

Bases Conceituais da **Saúde 7**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)



Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

7

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 7 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 7)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-138-1

DOI 10.22533/at.ed.381191502

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 |
| ANÁLISE DO IMPACTO DO JEJUM SOBRE A OXIDAÇÃO DE LIPÍDIOS ASSOCIADO AO EXERCÍCIO AERÓBIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA ATUAL | |
| <i>Pedro Crisóstomo Alves Freire Júnior</i> <i>Pollyanna Queiroz de Souza Freire</i> <i>Ana Paula Urbano Ferreira</i> <i>Pedro Augusto Mariz Dantas</i> <i>Eduardo Porto dos Santos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3811915021 | |
| CAPÍTULO 2 | 9 |
| ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, PERCENTUAL DE GORDURA E HIPERCIFOSE TORÁCICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES | |
| <i>Cristianne Morgado Montenegro</i> <i>Tatiana Affornali Tozo</i> <i>Beatriz Oliveira Pereira</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3811915022 | |
| CAPÍTULO 3 | 21 |
| ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE E A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO MAIS VIDA | |
| <i>Naerton José Xavier Isidoro</i> <i>Maria do Socorro Santos de Oliveira</i> <i>Cícero Joverlânio Sousa e Silva</i> <i>Jéssica Ramos Santana</i> <i>Maria de Fátima Oliveira Santos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3811915023 | |
| CAPÍTULO 4 | 29 |
| PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS DISCENTES DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI DA CIDADE DE CRATO - CE | |
| <i>Maria de Fatima Oliveira Santos</i> <i>José André Matos Leal</i> <i>Jéssica Ramos Santana</i> <i>Naerton José Xavier Isidoro</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3811915024 | |
| CAPÍTULO 5 | 37 |
| PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL EM ESTUDANTES DE CLASSES SOCIOECONÔMICAS A E B DE ESCOLAS PRIVADAS DE CAMPINA GRANDE - PB | |
| <i>Mirian Werba Saldanha</i> <i>Tatiana Shirley Félix da Conceição</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3811915025 | |
| CAPÍTULO 6 | 53 |
| RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA PSICOLOGIA | |
| <i>Natalya Lima de Vasconcelos</i> <i>Camila Batista Nóbrega Paiva</i> <i>Ericka Barros Fabião no Nascimento</i> <i>Mariana dos Santos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.3811915026 | |

CAPÍTULO 7 57

SAÚDE, SOCIEDADE E CULTURA: UM RETRATO DA POPULAÇÃO DO ARQUIPÉLAGO DO COMBÚ
À ÓTICA DA TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

William Dias Borges
Erlon Gabriel Rego de Andrade
Rosinelle Janayna Coêlho Caldas
Silvia Tavares de Amorim
Antonio Breno Maia de Araújo
Camila Neves Lima
Natália Cristina Costa dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3811915027

CAPÍTULO 8 64

FISIOTERAPIA REDUZ DOR, AUMENTA FORÇA E MELHORA A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTE
COM POLIARTRALGIA PÓS INFECÇÃO POR VÍRUS *CHIKUNGUNYA*

Abner Vinícius Rolim de Oliveira
Mylena Cristina Ever de Almeida
Izabela Cristina Nogueira Mesquita
Pamela Maria de Lima Tenório
Suellen Alessandra Soares de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.3811915028

CAPÍTULO 9 74

O USO DA OXIGENOTERAPIA EM UM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA
CRÔNICA INSERIDO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Anna Byatriz Tavares Souza Lopes
Rodrigo Santiago Barbosa Rocha
Larissa Salgado de Oliveira Rocha
George Alberto da Silva Dias
Luiz Euclides Coelho de Souza Filho

DOI 10.22533/at.ed.3811915029

CAPÍTULO 10 81

O IMPACTO DOS AVANÇOS TECNOLÓGICOS VERSUS ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA UNIDADE
TERAPIA INTENSIVA

Mayra Salgado de Lucena
Naiara Fernanda Mélo D'Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.38119150210

CAPÍTULO 11 90

CAIXA DE AFECÇÕES COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA PARA DIÁLOGOS ENTRE SISTEMAS
TERAPÊUTICOS

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza
Ana Gretel Echazú Böschemeier

DOI 10.22533/at.ed.38119150211

CAPÍTULO 12 97

UM OLHAR SOBRE A POPULAÇÃO DE ORIGEM HAITIANA EM PATO BRANCO - PR

Carlos Frederico de Almeida Rodrigues

Andressa Dahmer Colbalchini

Caroline Solana de Oliveira

Isadora Cavenago Fillus

DOI 10.22533/at.ed.38119150212

CAPÍTULO 13 107

ALLIUM SATIVUM: UMA NOVA ABORDAGEM FRENTE A RESISTÊNCIA MICROBIANA: UMA REVISÃO

Aniele Larice de Medeiros Felix

Iara Luiza Medeiros

Francinalva Dantas de Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.38119150213

CAPÍTULO 14 113

ELABORAÇÃO DE BULAS PARA PROMOÇÃO DO USO CORRETO E RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS PELA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CEARÁ.

Bianca Frota Monte

Bruna Linhares Prado

Francisca Valéria Bezerra Sampaio Marques

Josiane Lima Mendes

Olindina Ferreira Melo

Wilcare de Medeiros Cordeiro Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.38119150214

CAPÍTULO 15 119

PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS POR COMUNIDADES INDÍGENAS BRASILEIRAS NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Anna Beatriz Artigues de Araujo Vieira

Jane Baptista Quitete

Rosana de Carvalho Castro

Sandra Maria do Amaral Chaves

DOI 10.22533/at.ed.38119150215

CAPÍTULO 16 126

MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

Gustavo Dias Gomes da Silva

Julienne Dias Gomes da Silva

Priscyla Rocha de Brito Lira

Rosa Maria Mariz de Melo Sales Marmhoud Coury

DOI 10.22533/at.ed.38119150216

CAPÍTULO 17 132

PRÁTICAS PREVENTIVAS E PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE ADULTOS JOVENS EM RELACIONAMENTO AFETIVO

Elis Amanda Atanázio Silva
Amanda Trajano Batista
Juliana Rodrigues de Albuquerque
Iria Raquel Borges Wiese
Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga
Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

DOI 10.22533/at.ed.38119150217

CAPÍTULO 18 144

EMPATIA E RELAÇÃO EMPÁTICA: COMPETÊNCIAS BÁSICAS PARA O AGIR ÉTICO EM PSICOLOGIA

Rosalice Lopes
Blanches de Paula

DOI 10.22533/at.ed.38119150218

CAPÍTULO 19 157

ESTUDO DA QUALIDADE DO SONO EM IDOSOS URBANOS

Maria do Carmo Eulálio
Edivan Gonçalves da Silva Júnior
Beatriz da Silveira Guimarães
Talita Alencar da Silveira

DOI 10.22533/at.ed.38119150219

CAPÍTULO 20 173

O PAPEL DA VINCULAÇÃO NO AJUSTAMENTO CONJUGAL EM MULHERES COM HPV

B. Daiana Santos,
Rosana Pimentel Correia Moysés
Emília Campos de Carvalho
Maria da Graça Pereira

DOI 10.22533/at.ed.38119150220

CAPÍTULO 21 184

REDUÇÃO DOS RISCOS E DANOS DO ABORTO PROVOCADO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DIREITO EM CENA

Elis Amanda Atanázio Silva
Iria Raquel Borges Wiese
Amanda Trajano Batista
Juliana Rodrigues de Albuquerque
Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

DOI 10.22533/at.ed.38119150221

CAPÍTULO 22 194

PRINCIPAIS ASPECTOS DA TROMBOSE VENOSA ASSOCIADA AO USO DE CONTRACEPTIVO ORAL: UMA REVISÃO NA LITERATURA

Thamara Rodrigues de Melo
Clarice Silva Sales
Jennyfer Lara de Medeiros Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.38119150222

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 23 | 205 |
| PROMOÇÃO DA SAÚDE VOCAL EM UM GRUPO DE MULHERES IDOSAS | |
| <i>Lavinia Mabel Viana Lopes</i> | |
| <i>Tulia Fernanda Meira Garcia</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150223 | |
| CAPÍTULO 24 | 216 |
| REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES QUE TIVERAM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA POR ZIKA SOBRE A MATERNIDADE REAL | |
| <i>Michelle Araújo Moreira</i> | |
| <i>Marcella Bonifácio Lelles Dias</i> | |
| <i>Laíne de Souza Matos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150224 | |
| CAPÍTULO 25 | 232 |
| RODA DE CONVERSA COM HOMENS SOBRE CÂNCER DE MAMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| <i>Camila de Cássia da Silva de França</i> | |
| <i>Paula Regina Ferreira Lemos</i> | |
| <i>Thais de Oliveira Carvalho Granado Santos</i> | |
| <i>Heliana Helena de Moura Nunes</i> | |
| <i>Ilma Pastana Ferreira</i> | |
| <i>Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150225 | |
| CAPÍTULO 26 | 241 |
| SITUAÇÃO HIGIENICO - SANITÁRIA DOS BATEDORES DE AÇAÍ NO BAIRRO QUARENTA HORAS, ANANINDEUA, PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| <i>Letícia Gomes de Oliveira</i> | |
| <i>Leandro Neves Da Silva Costa</i> | |
| <i>Raissa Costa Simão</i> | |
| <i>Layse Rodrigues do Rozario Teixeira Lins</i> | |
| <i>Maria Josilene Castro de Freitas</i> | |
| <i>Caroline Martins da Silva Moia</i> | |
| <i>Rodolfo Marcony Nobre Lira</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150226 | |
| CAPÍTULO 27 | 255 |
| TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL, 1996 – 2014 | |
| <i>Karolayne Silva Souza</i> | |
| <i>Flávia Steffany L. Miranda</i> | |
| <i>Milena Roberta Freire da Silva</i> | |
| <i>Grazielle dos Santos Costa</i> | |
| <i>Rafaell Batista Pereira</i> | |
| <i>Kátia C. da Silva Felix</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150227 | |
| CAPÍTULO 28 | 263 |
| ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY: CONHECIMENTOS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM | |
| <i>Fernanda Lucia da Silva</i> | |
| <i>Alana Tamar Oliveira de Sousa</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150228 | |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 29 | 269 |
| VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE ARTICULAÇÃO EM REDE | |
| <i>Andressa Alves dos Santos</i> | |
| <i>Vanessa Cavalcante Pereira</i> | |
| <i>João Helder Fernandes Neto</i> | |
| <i>Ana Luiza e Vasconcelos Freitas</i> | |
| <i>Samira Valentim Gama Lira</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150229 | |
| CAPÍTULO 30 | 277 |
| VISÃO, CONHECIMENTO E VULNERABILIDADE DOS ADOLESCENTES FRENTE AO HIV/AIDS: IDENTIFICANDO ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS | |
| <i>Heloane Medeiros do Nascimento</i> | |
| <i>Amanda Haissa Barros Henriques</i> | |
| <i>Érica Dionísia de Lacerda</i> | |
| <i>Hortência Héllen de Azevedo Medeiros</i> | |
| <i>Marcela Lourene Correia Muniz</i> | |
| <i>Suzana Santos da Costa</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150230 | |
| CAPÍTULO 31 | 284 |
| VISITA DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA | |
| <i>Cássia Cristina Braghini</i> | |
| <i>Josiane Schadeck de Almeida Altemar</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150231 | |
| CAPÍTULO 32 | 288 |
| VITAMINA D: CORRELAÇÃO COM DÉFICITS COGNITIVOS | |
| <i>Laura Divina Souza Soares</i> | |
| <i>Brenda Cavalieri Jayme</i> | |
| <i>Fabiola Barbosa Campos</i> | |
| <i>Lara Cândida de Sousa Machado</i> | |
| <i>Maria Gabriela Alves Franco</i> | |
| <i>Natália Ataíde Moreira</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.38119150232 | |
| SOBRE A ORGANIZADORA | 292 |

ANÁLISE DO IMPACTO DO JEJUM SOBRE A OXIDAÇÃO DE LIPÍDIOS ASSOCIADO AO EXERCÍCIO AERÓBIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA ATUAL

Pedro Crisóstomo Alves Freire Júnior

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

João Pessoa – Paraíba

Pollyanna Queiroz de Souza Freire

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

João Pessoa – Paraíba

Ana Paula Urbano Ferreira

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

João Pessoa – Paraíba

Pedro Augusto Mariz Dantas

Instituto Federal da Paraíba – IFPB

João Pessoa – Paraíba

Eduardo Porto dos Santos

Instituto Federal da Paraíba – IFPB

João Pessoa – Paraíba

RESUMO: Atualmente muito se tem falado sobre a importância da prática regular de atividade física para o emagrecimento. O jejum tem sido utilizado como estratégia para aumentar a oxidação de lipídeos durante a prática do exercício e promover alterações da composição corporal em indivíduos praticantes de atividades físicas. Porém, a literatura atual apresenta vários resultados inconsistentes em relação aos seus efeitos. Em tese, níveis baixos de glicogênio e insulina causariam uma mudança na utilização de energia, poupando os carboidratos, permitindo assim, um aumento na utilização dos estoques de gordura como fonte

de energia. Contudo, a quantidade total de energia gasta ao longo de vinte e quatro horas após o exercício físico, precisa ser levada em consideração, e não apenas qual o substrato que está sendo utilizado durante o exercício. Tem-se assim como objetivo desta revisão, analisar comparativamente os argumentos atualmente utilizados pelos estudiosos sobre a oxidação dos lipídios decorrentes da associação do exercício aeróbio em jejum com o exercício no estado pós-prandial. Realizou-se uma revisão sistemática, utilizando-se estratégia de busca em base de dados computadorizada, incluindo Google Acadêmico, Pubmed Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. Os critérios de seleção foram artigos com data a partir do ano 1980 até 2014 e artigos na língua inglesa e portuguesa. Por mais que o raciocínio lógico nos leve a crer que o aeróbico em jejum seja uma proposta válida, várias revisões e meta-análises mostram que o estado de jejum não favorece a oxidação de gorduras e, portanto, não é a melhor estratégia para emagrecer.

PALAVRAS-CHAVE: fat burning, fat oxidation, lipolysis, aerobic exercise.

ABSTRACT: Much has been said about the importance of regular physical activity for weight loss. Fasting has been used as a strategy to increase lipid oxidation during exercise and to promote changes in body composition in

individuals practicing physical activity. However, the current literature presents several inconsistent results in relation to its effects. In theory, low levels of glycogen and insulin would cause a change in energy use, sparing carbohydrates, thereby allowing an increase in the use of fat stores as a source of energy. However, the total amount of energy spent over twenty-four hours after exercise needs to be taken into account, not just what substrate is being used during exercise. The objective of this review is to analyze comparatively the arguments currently used by the researchers about the oxidation of lipids due to the association of fasting aerobic exercise with exercise in the postprandial state. A systematic review was carried out, using a search strategy in a computerized database, including Google Scholar, Pubmed Virtual Health Library and Scielo. The selection criteria were articles dated from 1980 to 2014 and articles in English and Portuguese. However logical reasoning may lead us to believe that fasting aerobics is a valid proposition, several reviews and meta-analyzes show that fasting does not favor fat oxidation and therefore is not the best strategy for weight loss.

KEYWORDS: fat burning, fat oxidation, lipolysis, aerobic exercise.

1 | INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje muito se tem falado sobre a importância da prática de atividade física para a manutenção da saúde, e emagrecimento. Uma estratégia comum de queima de gordura utilizadas por bodybuilders, atletas, e entusiastas do fitness é o exercício aeróbico de manhã com o estômago vazio. Segundo Schoenfeld (2011), esta estratégia foi popularizada por Bill Phillips em seu livro “body for life”. De acordo com Phillips, 20 minutos de exercício aeróbico intenso em jejum teria a capacidade de oxidar três vezes mais gorduras do que em estado pós-prandial.

Por conceituação o treinamento e/ou exercício aeróbico é definido como o exercício no qual o oxigênio (O_2) funciona como fonte de queima dos substratos que produzem a energia transportada para o músculo em atividade. Segundo Curi et al. (2003) durante a prática de atividade física aeróbia, a lipólise está aumentada, o que resulta em um aumento significativo no número e na atividade das mitocôndrias além de um aumento na oxidação de ácidos graxos livres (AGL).

De acordo com Horowitz et al. (1997) e Civitarese et al. (2005), em tese, níveis baixos de glicogênio e insulina causa uma mudança na utilização de energia, poupando os carboidratos, permitindo assim, um aumento na utilização dos estoques de gordura como energia. Achados conclusivos de vários estudos agudos parecem apoiar esta teoria. Porém, de acordo com de Vene e Westerterp (1991) e Soko et al (2005), o corpo humano é dinâmico e continuamente ajusta o uso de substratos como combustível. Há evidências de que uma maior utilização de gordura como combustível durante determinado período de tempo é compensada por uma maior utilização de carboidratos no final do dia. Assim, a queima de gordura deve ser considerada durante o curso de dias e não em apenas um momento do dia, para avaliar de forma significativa o seu

impacto sobre a composição corporal (HANSEN E SHOELLER apud SCHOENFELD, 2011).

A oxidação das gorduras atinge seu ponto máximo por volta dos 64% do Vo2max, intensidade considerada de leve a moderada, tornando-se insignificante a 89% do Vo2max, o que corresponde a aproximadamente 92% da frequência cardíaca máxima (Achten et al., 2002; Romijn et al., 1993). Assim, podemos dizer que quanto mais intenso for um exercício, menos gordura será mobilizada durante sua execução. Diante disso, foi postulado que a prática de exercícios objetivando o emagrecimento, deveria ser realizada em baixa intensidade e longa duração.

Contudo, a quantidade total de energia gasta ao longo de 24 horas após o exercício físico, precisa ser levada em consideração, e não apenas qual o substrato que está sendo utilizado durante o exercício. Desse modo, justifica-se a maior eficiência dos exercícios executados em intensidades maiores (aproximadamente 70% do VO2 máximo), não importando em que momento do dia a gordura será utilizada como fonte energética (Hauser, Benetti e Rebelo, 2004).

Assim, várias estratégias foram idealizadas para se aproveitar tal fenômeno. Uma das estratégias envolve o treinamento em jejum para acelerar a redução de gordura corporal de acordo com Kang et al. apud Schoenfeld (2014).

Nesse contexto, entendendo a necessidade de otimizar o tempo no alcance dos objetivos pessoais dos praticantes de atividade física, e diante da falta de consenso na literatura, o objetivo desta revisão é analisar comparativamente os argumentos atualmente utilizados pelos estudiosos sobre a oxidação dos lipídios decorrentes da associação do exercício aeróbio em jejum com o exercício no estado pós-prandial.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática, entre os dias 28 de Agosto e 15 de Novembro de 2014, utilizando-se estratégia de busca em base de dados computadorizada, incluindo Google Acadêmico, Pubmed Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. Utilizando as palavras-chave isoladas e combinadas entre si: fat burning, fat oxidation, lipolysis, aerobic exercise, fasting condition, fed condition, fat loss. Outros artigos foram identificados a partir das referências bibliográficas citadas nos primeiros artigos.

Os critérios de seleção foram artigos com data a partir do ano 1980 até 2014 e artigos na língua inglesa e portuguesa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por mais que o raciocínio lógico nos leve a crer que o aeróbico em jejum seja uma proposta válida, Gentil (2010) cita várias revisões e meta-análises concluindo que a

priorização do metabolismo das gorduras durante o exercício, não é a melhor estratégia para emagrecer. Na maioria das vezes os textos que defendem o aeróbio em jejum (AEJ), se apoiam na figura de um pesquisador sueco chamado Torbjorn Akerfeldt. Ao digitar seu nome na pubmed, foram listados nove artigos, sendo o primeiro deles em 2003. Suas publicações em periódicos científicos, em nenhum momento tratam da oxidação de gorduras ou aeróbio em jejum.

Outras pessoas utilizam como referência pesquisas realizadas em mulçumanos durante o jejum do Ramadã. Porém vale lembrar que durante o Ramadã, mês sagrado para os mulçumanos, o ato de jejuar ocorre do nascer ao por do sol, caracterizando um jejum intermitente, com possível supercompensação de carboidratos. Sem contar que os próprios pesquisadores alertam para o fato da amostra já estar familiarizada com essa prática desde a infância, podendo ter desenvolvido uma adaptação específica, o que se torna uma séria limitação dos estudos com essa população (Trabelsi et al. 2012).

Horton e Hill (2001), por exemplo, observaram que o jejum prolongado (com duração de 72 horas), ao contrário do jejum noturno (com duração de 13 horas), é capaz de promover aumento significativo da oxidação de lipídeos em relação à oxidação de carboidratos, em homens saudáveis não obesos durante o repouso. Por outro lado, De Bock e colaboradores (2005) e Van Loon e colaboradores (2003) observaram que o jejum noturno com duração de 11 horas aumenta a degradação de triacilglicerol intramuscular durante o exercício em cicloergômetro, entre 50 e 75% do VO₂max. Isto nos leva a concluir que o por mais que a quantidade de ácido graxo livre (AGL) esteja elevada em decorrência do jejum, o triacilglicerol intramuscular forma uma importante fonte de reserva energética para o exercício aeróbio, já que a capacidade de captação do AGL é limitada.

Paoli et al. (2011), verificaram a diferença no metabolismo das gorduras durante um exercício aeróbio moderado (36min/65%FC) na esteira pela manhã em duas situações: alimentado e jejum. Doze horas após o exercício, o grupo que se alimentou continuava com o VO₂máx elevado, enquanto o quociente respiratório reduziu significativamente, indicando maior utilização de gorduras na situação alimentado, mas não quando o exercício era realizado em jejum, e 24hs após o exercício, a diferença ainda era significativa, com maior gasto energético e de gordura para quem se alimentou antes do exercício. Assim, os autores concluíram que o exercício aeróbio moderado, para perda de peso, realizado em jejum, não aumenta a oxidação de Gorduras e uma refeição leve é aconselhável.

Recentemente, Schoenfeld et al. (2014) investigou as alterações na massa gorda e massa livre de gordura em 20 voluntárias saudáveis do sexo feminino em quatro semanas de exercício aeróbio em estado de jejum versus estado alimentada. O treinamento consistiu de uma hora de esteira, realizado três dias por semana. Foi fornecido aos indivíduos dieta personalizada com indução de um deficit calórico. As orientações nutricionais aconteceram durante todo o período de estudo para ajudar a

garantir aderência à dieta e um auto-relato da ingestão alimentar era monitorado. Um shake substituto de refeição era fornecido imediatamente antes do exercício para o grupo alimentado ou imediatamente após o exercício para o grupo em jejum. Ambos os grupos mostraram uma perda de peso e de massa gorda significativa, porém não foi observado diferença significativa redução da massa de gordura entre os grupos, indicando que as mudanças na composição corporal associadas com o exercício aeróbio em conjunto com uma dieta hipocalórica são semelhantes, independentemente se o indivíduo está ou não em jejum antes do treino.

O jejum também não se mostrou superior mesmo após seis semanas de Treinamento Intervalado de Alta Intensidade (HIIT) em mulheres obesas ou com sobrepeso. Ou seja, não é o estado de jejum que favorece a oxidação de gorduras, como muitos acreditam, mas a intensidade do exercício (Gillen et al 2013).

Deve também notar-se que o consumo de alimento antes do treino aumenta o efeito térmico do exercício. Lee et al. (1999), compararam os efeitos termogênicos de uma sessão de exercícios em ambos os estados de jejum ou após o consumo de leite acrescido de glicose (GM). Em um estudo cruzado, foram estudadas quatro condições experimentais: exercício de baixa intensidade e longa duração com GM, exercício de baixa intensidade e longa duração sem GM, exercício de alta intensidade e de curta duração com GM, e exercício de curta duração e alta intensidade sem GM. Os indivíduos eram 10 estudantes universitários do sexo masculino que realizaram todos os 4 blocos de exercício em ordem aleatória no mesmo dia.

Os resultados mostraram que a ingestão de GM proporcionou um número significativamente maior no consumo de oxigênio pós-exercício em comparação com o exercício realizado em um estado de jejum, tanto de alta e baixa intensidades. Outros estudos têm produzido resultados semelhantes, indicando uma grande vantagem termogênica da ingestão de alimentos no pré-exercício (DAVIS et al. (1989); GOBEN & SFORZO (1992).

Durante o exercício de baixa intensidade (~ 40% do VO₂max), a demanda energética é satisfatoriamente suprida por mecanismos oxidativos (ciclo de Krebs e fosforilação oxidativa), através da degradação preferencial de ácidos graxos (Skinner & McClellan, 1980; Bonen, McDermott & Hutber, 1989; Wasserman, Hansen, Sue & Whipp, 1994; Holloszy, Kohrt & Hansen, 1998; Odland, Heigenhauser & Spriet, 2000). A manutenção da atividade oxidativa, portanto, é dependente da contínua produção de oxaloacetato. A redução dos estoques hepático e muscular de glicogênio, possível de ocorrer através do jejum e/ou durante o exercício prolongado, limitaria a síntese de oxaloacetato, a atividade oxidativa e a oxidação de ácidos graxos (Hermansen, Hultman & Saltin, 1967; Karlsson & Saltin, 1971; Turcotte, Hespel, Graham & Richter, 1994; Curi, Lagranha, Rodrigues Jr, Pithon-curi, Lancha Jr, Pellegrinotti & Procopio, 2003).

O jejum tem sido utilizado (associado ou não a dietas de restrição de carboidratos) como estratégia para aumentar a oxidação de lipídeos durante o exercício e promover

alterações da composição corporal em indivíduos praticantes de atividades físicas. Porém, a literatura apresenta resultados inconsistentes em relação aos seus efeitos. Enquanto alguns autores observaram aumento da oxidação de lipídeos e diminuição da oxidação de carboidratos após diferentes períodos de jejum, outros verificaram que a diminuição da disponibilidade de carboidratos limita a oxidação de ácidos graxos, além da alteração da composição corporal obtida estar relacionada à redução da massa magra, em sua maior parte, e as variações de peso observadas à perda de água principalmente, assim como sensível diminuição do desempenho (POLLOCK & WILMORE, 1993; MCARDLE, KATCH & KATCH, 1996; WILMORE & COSTILL, 2001).

4 | CONCLUSÃO

Em conclusão, a literatura não apoia a eficácia do treinamento aeróbio em jejum como tática para redução da gordura corporal. Na melhor das hipóteses, o efeito sobre a perda de gordura associada com tal abordagem não será melhor do que o treinamento após o consumo de uma refeição e muito possivelmente, produziria resultados inferiores. Além disso, dado que treinamento com níveis de glicogênio esgotados tem sido associado com o aumento da proteólise, a estratégia tem potencial efeito prejudicial para aqueles preocupados com treinamentos de força e hipertrofia.

Portanto, podemos concluir que a prática do AEJ não tem apoio em artigos científicos e está presa ao paradigma de que para emagrecer é preciso oxidar gorduras durante o exercício (abordagem metabólica). Na realidade, estratégias para emagrecimento, devem envolver treinamento de força com exercícios resistidos associados a protocolos de treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT), que estimulam a elevação da Taxa Metabólica de Repouso e mantém a oxidação de gorduras elevada, mesmo horas após sua execução (Hunter et al., 2000).

REFERÊNCIAS

American College of Sports Medicine. **Position stand: proper and improper weight loss programs.** *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Baltimore, v.15, p.9-13, 1983.

BJÖRNTORP, P. **Evolution of the understanding of the role of exercise in obesity and its complications.** *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, London, v.19, pS1-S4, 1995.

BURTON B. **Metabolismo energético.** In: *Nutrição humana*. Editora McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, p. 23-33, 1979.

CIVITARESE AE, HESSELINK MK, RUSSELL AP, RAVUSSIN E, SCHRAUWEN P. **Glucose ingestion during exercise blunts exercise-induced gene expression of skeletal muscle fat oxidative genes.** *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2005, 289(6):E1023–E1029.

CURI, R. et al. **Ciclo de Krebs como fator limitante na utilização de ácidos graxos durante o**

exercício aeróbico. Arq Bras Endocrinol Metab, v.47, n.2. p. 135-143. 2003.

DE BOCK K, DERAIVE W, EIJNDE BO, HESSELINK MK, KONINCKX E, ROSE AJ, SCHRAUWEN P, BONEN A, RICHTER EA, HESPEL P: **Effect of training in the fasted state on metabolic responses during exercise with carbohydrate intake.** J Appl Physiol 2008, 104(4):1045–1055.

DE VENNE WP V, WESTERTERP KR: **Influence of the feeding frequency on nutrient utilization in man: consequences for energy metabolism.** Eur J Clin Nutr 1991, 45(3):161–169.

DOMICIANO, A. M. O., et. al. **TREINAMENTO AERÓBIO E ANAERÓBIO: Uma Revisão.** UNINGÁ. Review. 2010 Abr. No 03. p. 71-80.

FRANCISCHI, R.P.P.; PEREIRA, L.O.; FREITAS, C.S.; KLOPFER, M.; SANTOS, R.C.; VIEIRA, P.; LANCHETA JR, A.H. **Obesidade: Atualização sobre sua Etiologia, Morbidade e Tratamento.** Revista de Nutrição. 2000, vol.13, no.1, p.17-28.

GENTIL, Paulo. **Emagrecimento: quebrando mitos e mudando paradigmas.** Rio de Janeiro: Sprint, 2ª edição, 2011.

GILLEN JB, PERCIVAL ME, LUDZKI A, TARNOPOLSKY MA, GIBALA MJ: **Interval training in the fed or fasted state improves body composition and muscle oxidative capacity in overweight women.** Obesity (Silver Spring) 2013, 21(11):2249–2255.

HANSEN K, SHRIVER T, SCHOELLER D: **The effects of exercise on the storage and oxidation of dietary fat.** Sports Med 2005, 35(5):363–373.

HILL, J.O.; DROUGAS, H.; PETERS, J.C. **Obesity treatment: can diet composition play a role?** Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v.119, n.7, Pt.2, p.694- 7, 1993.

HOROWITZ JF, MORA-RODRIGUEZ R, BYERLEY LO, COYLE EF: **Lipolytic suppression following carbohydrate ingestion limits fat oxidation during exercise.** Am J Physiol 1997, 273 (4 Pt 1): E768–E775.

HOROWITZ JF, MORA-RODRIGUEZ R, BYERLEY LO, COYLE EF: **Substrate metabolism when subjects are fed carbohydrate during exercise.** Am J Physiol 1999, 276(5 Pt 1):E828–E835.

KANG J, RAINES E, ROSENBERG J, RATAMESS N, NACLERIO F, FAIGENBAUM A: **Metabolic responses during postprandial exercise.** Res Sports Med 2013, 21(3):240–252.

KLOSTER, ROBERTA; LIBERALIL, RAFAELA. **EMAGRECIMENTO: COMPOSIÇÃO DA DIETA E EXERCÍCIO FÍSICO.** Revista Brasileira de Nutrição Esportiva, São Paulo v. 2, n. 11, p. 288-306, Setembro/Outubro, 2008. ISSN 1981-9927.

MARQUEZI, MARCELO LUIS; COSTA, ANDRÉ DOS SANTOS. **Implicações do jejum e restrição de carboidratos sobre a oxidação de substratos.** Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte – 2008, 7 (1): 119-129.

PAOLI, A.; MARCOLIN, G.; ZONIN, F.; NERI, M.; SIVIERI, A.; PACELLI, Q. **Exercising Fasting or Fed to Enhance Fat Loss? Influence of Food Intake on Respiratory Ratio and Excess Postexercise Oxygen Consumption After a Bout of Endurance Training.** International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 21, 2011, 48-54.

RACETTE, S.B.; SCHOELLER, D.A.; KUSHNER, R.F.; NEIL, K.M.; HERLING-IAFFALDANO, K. **Effects of aerobic exercise and dietary carbohydrate on energy expenditure and body composition during weight reduction in obese women.** American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda, v.61, n.3, p.486-494, 1995

- SANTAREM, J. M. **Exercício aeróbio e anaeróbio**. 1998. Disponível em:< <http://www.saudetotal.com/artigos/atividadefisica/exaerobio.asp>>.
- SARIS, W.H.M. **Exercise with or without dietary restriction and obesity treatment**. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, London, v.19, pS113- S116, 1995.
- SCHOENFELD, BRAD JON; MS, CSCS. **Does Cardio After an Overnight Fast Maximize Fat Loss?**. Strength and Conditioning Journal. Global Fitness Services, Scarsdale, New York, 23-25, 2011.
- SCHOENFELD, BRAD JON; ARAGON, ALAN ALBERT; WILBORN, COLIN D; KRIEGER, JAMES W; SONMEZ, GUL T. **Body composition changes associated with fasted versus non-fasted aerobic exercise**. *Journal of the International Society of Sports Nutrition* 2014, 11:54 doi:10.1186/s12970-014-0054-7
- SEIP RL, SEMENKOVICH CF. **Skeletal muscle lipoprotein lipase: molecular regulation and physiological effects in relation to exercise**. *Exerc Sport Sci Rev*. 1998;26:191-218.
- TRABELSI , KHALED; ABED, KAIS EL; STANNARD, STEPHEN R.; JAMMOUSSI, KAMEL; ZEGHAL, KHALED M.; HAKIM, AHMED. **Effects of Fed- Versus Fasted-State Aerobic Training During Ramadan on Body Composition and Some Metabolic Parameters in Physically Active Men**. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 2012, 22, 11 -18.
- VAN LOON, LUC J. C.; KOOPMAN, R.; STEGEN, JOS H. C. H.; WAGENMAKERS A. J. M.; KEIZER, H. A.; SARIS, W. H. M. **Intramyocellular lipids form an important substrate source during moderate intensity exercise in endurance-trained males in a fasted state**. *Physiol* (2003), 553.2, pp. 611–625.
- VAN PROEYEN K, SZLUFCHIK K, NIELENS H, PELGRIM K, DELDICQUE L, HESSELINK M, VAN VELDHOVEN PP, HESPEL P: **Training in the fasted state improves glucose tolerance during fat-rich diet**. *J Physiol* 2010, 588(Pt 21):4289–4302.
- VAN PROEYEN K, SZLUFCHIK K, NIELENS H, RAMAEKERS M, HESPEL P: **Beneficial metabolic adaptations due to endurance exercise training in the fasted state**. *J Appl Physiol* 2011, 110(1):236–245.
- WU T, GAO X, CHEN M, VAN DAM RM: **Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis**. *Obes Rev* 2009, 10(3):313–323.
- ZANG, YI; KOBAYASHI, H.; MAWATARI, K.; SATO, J.; BAJOTTO, G.; KITAJURA, Y.; SHIMOMURA, Y. **Effects of branched-chain amino acid supplementation on plasma concentrations of free amino acids, insulin, and energy substrates in young men**. *J Nutr Sci Vitaminol*, 57, 114-117, 2011.

ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, PERCENTUAL DE GORDURA E HIPERCIFOSE TORÁCICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Cristianne Morgado Montenegro

Universidade do Minho, CIEC – Centro de Investigação em Estudos da Criança, Braga, Portugal.

Tatiana Affornali Tozo

Universidade do Minho, CIEC – Centro de Investigação em Estudos da Criança, Braga, Portugal.

Beatriz Oliveira Pereira

Universidade do Minho, CIEC – Centro de Investigação em Estudos da Criança, Braga, Portugal.

RESUMO: A hipercifose torácica pode causar danos à coluna vertebral e possivelmente evoluir cronicamente. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a hipercifose torácica, Índice de Massa Corporal (IMC) e percentagem de gordura corporal (GC%) em crianças e adolescentes. O estudo incluiu 149 crianças e jovens, sendo 56% do sexo feminino e 44% do sexo masculino, entre 10 a 18 anos. Os instrumentos realizados foram Equações de Slaughter, Índice de Massa Corporal (IMC) e Método DIPA versão 3.1. (Avaliação Postural Baseada em Imagem Digital). Os Dados analisados utilizaram SPSS 24.0, tendo sido aplicados os testes Qui-Quadrado e Mann Whitney ($\alpha = 0,5$). Observou-se que a idade média dos alunos foi de 13 ($\pm 1,9$). O IMC

apresentou uma média de 19,47 ($\pm 3,8$) e GC% de 22,4 ($\pm 8,74$), ambos na zona saudável. Dos 149 alunos analisados, 32% apresentaram hipercifose torácica. Os alunos com 11 anos indicaram maior ocorrência de hipercifose (44%), apresentando significância estatística de $p=0,027$. Verificou-se que 34% das crianças com hipercifose torácica foram classificadas na zona saudável do IMC e 33% na zona saudável do GC%. Crianças saudáveis apresentaram alta incidência de hipercifose torácica. A hipercifose torácica pode estar relacionada ao conteúdo de massa muscular.

PALAVRAS-CHAVE: Cifose, Índice de massa corporal, Gordura corporal, crianças, Adolescentes

ABSTRACT: The thoracic hyperkyphosis can cause damage to the spine and possibly evolve chronically. To analyse the association between Thoracic kyphosis, Body Mass Index (BMI) and Body Fat percentage (BF %) in children and adolescents. The study includes 149 children and youth, 56% females and 44% males, aged 10 to 18. It was performed Slaughter's equation, Body Mass Index (BMI) and method DIPA version 3.1. (Digital Image-based Postural Assessment). The Data were analysed through SPSS 24.0 and the tests Chi-Square and Mann Whitney test ($\alpha=0,5$). It observed that the mean age of the students was 13 ($\pm 1,9$). The BMI

presented a mean of 19,47 ($\pm 3,8$) and BF% was 22,4($\pm 8,74$), both in healthy zone. Of the 149 students analyzed, 32% presented hyperkyphosis. The Students aged 11 years had the highest occurrence of hyperciphosis (44%), presents statistical significance of $p=0,027$. We also conclude that 34% of children have thoracic hyperkyphosis in healthy zone of BMI and 33% in healthy zone BF %. Healthy students had a hight incidence of thoracic hyperkyphosis. Hyperkyphosis maybe relate to the content of muscle mass.

KEYWORDS: Kyphosis, Body mass index, Body fat percentage, Children, Youth

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a incidência de alterações posturais vem aumentado significativamente entre crianças e adolescentes, sendo considerada como uma das mais graves doenças crônico degenerativas (OSHIRO; FERREIRA; COSTA, 2007). Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento das alterações posturais, podendo estar associadas à problemas de saúde do sistema neuro e musculoesquelético; se estas não forem detectadas precocemente (MINGHELLI et al., 2009). O desenvolvimento do sistema ósseo desta população é mais suscetível à mudanças, podendo ser mais facilmente corrigida durante a infância e adolescência (BATISTÃO et al., 2016). Entre as principais alterações posturais podemos destacar: a hipercifose torácica, a escoliose tóracolombar e a hiperlordose lombar (FERRARI et al., 2008).

Estima-se que no Brasil, 70% da população de crianças e adolescentes ainda em fase escolar apresentem alguma patologia na coluna vertebral ou irão adquirir alguma alteração postural (ALMEIDA; BARROS, 2007). Dessa forma, estudos epidemiológicos apontam grande prevalência de desvios posturais da coluna vertebral entre crianças e adolescentes (DETSCH et al., 2007). Seguindo esta tendência, a pesquisa de Guadagnin e Matheus (2012), aponta grande prevalência dos desvios posturais entre escolares de 10 a 15 anos como: 67,18% de hipercifose torácica, 64,10% hiperlordose lombar e 64,62% de escoliose; indicando a hiperlordose cervical com menor prevalência (11,28%). Outro estudo dos pesquisadores Noll et al. (2012) sinaliza resultados semelhantes, entre escolares de 11 a 16 anos com 63,1% de escoliose, 46,2% hiperlordose lombar e 40% de hipercifose torácica.

Alguns fatores de risco são citados na literatura como os maiores responsáveis pelo surgimento da alterações posturais dentre eles destacam-se, inatividade física, manutenção da posição sentada por várias horas, tempo dispendido em frente à televisão, computador, estatura, fatores demográficos como escolaridade, crescimento acelerado durante a puberdade e elevado Índice de Massa Corporal (IMC) (BRACCIALLI; VILARTA, 2000).

Segundo Neovius et al. (2004), o IMC ainda hoje é um dos tipos de avaliações antropométricas mais utilizados para correlacionar a adiposidade geral, entretanto, não estratifica os componentes da massa corporal e gordura corporal. Por outro lado

a análise do percentual de gordura através do somatório das dobras cutâneas, indica a quantidade de gordura corporal total do indivíduo (MEI et al., 2007). O IMC e a Percentagem de Gordura Corporal (%GC) apresentam significativa concordância na predição da adiposidade corporal entre crianças e adolescentes (AL-MOHAIMEED et al., 2015).

Ainda são insuficientes as pesquisas que relacionam os níveis de adiposidade corporal e as alterações posturais entre crianças e adolescentes (CAMPOS; DA SILVA; FISBERG, 2002).

Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre a hipercifose Torácica, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Percentagem de Gordura Corporal (%GC) entre crianças e adolescentes.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa realizada é um estudo transversal, analítico e descritivo e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Estácio do Amazonas sob o parecer CAAE nº 73683517.9.0000.5017, estando de acordo com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque de 1995. Os escolares só foram incluídos no estudo, após os pais e ou responsáveis assinarem à sua participação através do Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE). Foram analisados 149 alunos, sendo 56% do sexo feminino e 44% do sexo masculino entre 10 e 18 anos de idade, todos devidamente matriculados em duas (02) escolas Municipais de Manaus, estado do Amazonas, Brasil. Só participaram do estudo os alunos que entregaram o Termo de Consentimento assinado pelos pais e ou responsáveis. Os critérios de exclusão foram: escolares que apresentaram diagnóstico para doença neurológica, reumatológica, ortopédica ou qualquer outra que afetasse as condições da postura corporal e do aparelho locomotor, como também se mostrassem infrequentes às aulas e que se negaram durante a pesquisa de realizar qualquer um dos testes físicos e análise postural.

A coleta de dados foi iniciada primeiramente pelo preenchimento da ficha de identificação do aluno(a), com as seguintes informações: idade, sexo, data de nascimento, série, nível de escolaridade dos pais e/ou responsáveis e turno, sendo estes dados confirmadas posteriormente na secretaria da escola pela pesquisadora responsável.

Após esta etapa o(s) aluno(s) realizaram as avaliações antropométricas. Para a realização do cálculo do IMC, os meninos trajaram short de malha, deveriam estar sem blusa e descalços. As meninas utilizaram duas peças, short de malha e top ou mini blusa, como também estavam descalças. Neste momento foram destacadas 02(duas) dobras cutâneas; a tricipital e geminal com compasso para dobras cutâneas, da marca Lange com unidade de medida 1mm e resolução de 0,5mm. Para calcular o percentual de gordura foi utilizado a fórmula de Slaughter et al. (1988). O peso corporal foi mensurado através da balança antropométrica Filizolla com capacidade

máxima para 150 Kg e precisão de 100 gramas e para a aferição da estatura foi utilizado o estadiômetro, apresentando unidade de medida de 1mm acoplado à referida balança, sendo a mensuração obtida em centímetros, com uma casa decimal. Os referidos instrumentos foram classificados de acordo com os valores de referência da bateria de testes do programa de avaliação física FITNESSGRAM (WELK et al., 2011), bem como o protocolo de padronização utilizado. Após esta etapa foi realizada a análise da postura corporal através do método de fotogrametria Digital Image-based Postural Assessment (DIPA) versão 3.1. O referido método é pouco invasivo, apresenta baixo custo, representando instrumento avaliativo simples, válido e prático para analisar a coluna vertebral nos planos sagital e frontal, como também é possível obter informações mensuráveis pelos avaliadores e entre os mesmos. Durante este procedimento o(a) aluno(a) foi convidado a se posicionar no plano sagital direito, em posição ortostática e queixo paralelo ao solo. Foi fixado um pano preto ao fundo da sala de avaliação. A seguir foram realizadas as seguintes etapas: (1) palpação e marcação de pontos de referência específicos do protocolo DIPA, através de 06 (seis) marcadores brancos pequenos (bolas de isopor) com diâmetro de 1,0 cm (BP) que foram fixados nos pontos anatômicos de: CO, C1, C2, C4, C6 e C7 e 10(dez) marcadores em formato de hastes, sendo cada um deles formado por uma base de plástico e uma bola branca pequena (BP), cujo comprimento total é de 4,5 cm., para a seguir serem colados nos pontos anatômicos: T1, T2, T4, T6, T8, T10, T12, L2, L4 e S2; (2) preparação e posicionamento da câmera fotográfica Canon digital Power Shot SX500 IS, 16 megapixels, posicionada sobre um tripé com nível para acoplar a câmera a 2,80m do avaliado e com altura de 0,95m, com objetiva de 35mm; (3) um fio de prumo com dois marcadores brancos médios (BM) distantes entre si 1,00 m.; (4) aquisição das fotografias, observação e análise das fotos por computador Samsung modelo AD 4019F; (5) digitalização dos pontos no software e (6) geração do Laudo Postural do DIPA (FURLANETTO et al., 2012).

Para a análise da associação entre variáveis qualitativas de grupos diferentes utilizou-se o teste Qui-Quadrado. O Teste de Mann Whitney foi empregado para analisar a comparação entre os grupos. Os dados foram tratados, no programa de software IBM SPSS Statistics 24.

3 | RESULTADOS

O IMC apresentou média de $19,47 \pm 3,8$ com mínimo de 11,98 e máximo de 37,81, sendo 36% não saudáveis e 64% saudáveis, segundo a classificação dos valores de referência Fitnessgram. Já com relação às dobras cutâneas a média da Percentagem de Gordura Corporal (%GC) foi de $22,4 \pm 8,74$, com mínimo de 7,61 e máximo de 63,48, sendo 26% não saudáveis e 74% saudáveis.

Observou-se que a média de idade dos alunos foi de $13 \pm 1,9$ anos, sendo 56% do

sexo feminino e 44% do sexo masculino.

Para verificar se a diferença de idade entre os grupos com ausência ou ocorrência de hipercifose torácica é significativa, foi aplicado o teste de Mann-Whitney. O valor de $p=0,027$ foi obtido, apresentando significância estatística entre a Hipercifose torácica e a idade das crianças e adolescentes.

Na Tabela 1, dos 149 estudantes analisados, 32% apresentaram a hipercifose. Se observarmos por idade, os estudantes com 11 anos apresentaram o maior percentual de hipercifose torácica (44%), seguido pelos estudantes de 10 e 13 anos que apresentaram 36%. A menor ocorrência da hipercifose torácica foi observada entre as idades de 16,17 e 18 anos (14%).

| Idade | Hipercifose Torácica | | Total | p-valor |
|--------------|----------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| | Não | Sim | | |
| 10 | 7 (64%) | 4 (36%) | 11(100%) | |
| 11 | 15 (56%) | 12 (44%) | 27(100%) | |
| 12 | 16 (67%) | 8 (33%) | 24(100%) | |
| 13 | 16 (64%) | 9 (36%) | 25(100%) | |
| 14 | 19 (70%) | 8 (30%) | 27(100%) | |
| 15 | 17 (81%) | 4 (19%) | 21(100%) | |
| 16 ,17 e 18 | 12 (86%) | 2 (14%) | 14(100%) | |
| Total | 102 (68%) | 47 (32%) | 1149(100%) | 0,027* |

Tabela 1 - Incidência de Hipercifose Torácica pela Idade.

*Valor significativo para $p\text{-valor}<0,05$

Na tabela 2, pode-se observar que a Hipercifose torácica ocorreu com maior frequência na fase P2 em 42% dos alunos analisados, sugerindo que o desenvolvimento desta patologia ocorra no 1º estágio da puberdade, seguida pela fase P1 com 40% das ocorrências no estágio da pré-puberdade. Entretanto, quando associamos a Hipercifose torácica com a puberdade os dados não sugerem significância estatística ($p=0,268$).

| Puberdade | Hipercifose Torácica | | Total | p-valor |
|-----------|----------------------|----------|-----------|---------|
| | Não | Sim | | |
| P1 | 6 (60%) | 4 (40%) | 10 (100%) | |
| P2 | 22 (58%) | 16 (42%) | 38 (100%) | |
| P3 | 41 (68%) | 19 (32%) | 60 (100%) | |
| P4 | 29 (81%) | 7 (19%) | 36 (100%) | |
| P5 | 4 (80%) | 1 (20%) | 5 (100%) | |

| | | | |
|-------|-----------|----------|--------------------------|
| Total | 102 (68%) | 47 (32%) | 1149(100%) p= 0,268NS |
|-------|-----------|----------|--------------------------|

Tabela 2 – Incidência da Hipercifose Torácica pela Puberdade.

NS- Não significativo

Na Tabela 3, identificamos proporções muito próximas da ocorrência da Hipercifose torácica entre os sexos masculino e feminino. Os resultados apontaram que no sexo feminino, 28,5% desta população apresentou esta patologia e 35% relacionado ao sexo masculino.

| Gênero | Hipercifose Torácica | | Total | p-valor |
|--------------|----------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| | Não | Sim | | |
| Feminino | 60 (71,5%) | 24 (28,5 %) | 84 (100%) | |
| Masculino | 42 (65%) | 23 (35%) | 65 (100%) | |
| Total | 102 (68%) | 47 (32%) | 149 (100%) | p=0,375 NS |

Tabela 3 - Incidência da Hipercifose Torácica pelo Gênero.

NS- Não significativo

Ao relacionarmos a hipercifose torácica com o IMC, a Tabela 4 indica que 27% dos escolares não saudáveis apresentaram essa característica e 34% dos indivíduos saudáveis com essa alteração postural.

| IMC | Hipercifose Torácica | | Total | p-valor |
|--------------|----------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | Não | Sim | | |
| Não saudável | 39 (73%) | 14 (27%) | 53 (100%) | |
| Saudável | 63 (66%) | 33 (34%) | 96 (100%) | |
| Total | 102 (68%) | 47 (32%) | 149(100%) | p=0,317NS |

Tabela 4 - Incidência de Hipercifose Torácica pelo IMC.

MC-Índice de Massa Corporal

NS- Não significativo

A mesma situação foi observada quando relacionamos a hipercifose torácica e a % GC (Tabela 5). A população não saudável apresentou 26% desta ocorrência e a saudável 33%, portanto em ambos os casos tanto no IMC quanto na %GC, a população saudável apresentou maior incidência da hipercifose torácica, entretanto não foi apresentado significância estatística em ambos os casos.

| % Gordura Corporal | Hipercifose Torácica | | Total lor | p-va- |
|--------------------|----------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| | Não | Sim | | |
| Não saudável | 28 (74%) | 10 (26%) | 38 (100%) | |
| Saudável | 74 (67%) | 37 (33%) | 111 (100%) | |
| Total | 102 (68%) | 47 (32%) | 149 (100%) | p=0,422NS |

Tabela 5 - Incidência da Hipercifose Torácica pela % GC.

%CG- Percentagem de Gordura Corporal

NS- Não significativo

4 | DISCUSSÃO

No trabalho apresentado observou-se que a amostra constituída por crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos de idade foi classificada na zona saudável tanto na avaliação do IMC, como também na %GC indicando dados percentuais significativos de 64% e 74% respectivamente. Estes resultados podem estar relacionados ao fato da escola analisada pertencer à zona rural do Município de Manaus, na localidade norte deste país e esta região especificamente apresenta grande qualidade ambiental (NAHAS et al., 2016). No estudo de Wyszynska et al. (2016) em sua pesquisa com crianças de 11 a 13 anos de idade aponta valores saudáveis de referência tanto para o IMC (19,9 kg/ m²) quanto para a % GC (20,2%).

Neste estudo, a hipercifose torácica foi identificada em 32% dos alunos analisados e 68% das crianças analisadas não apresentaram essa patologia. Esses resultados se assemelham aos encontrados na pesquisas de Batistão et al. (2016) *only a few studies have examined the association between body posture and intrinsic and extrinsic factors. Objective: To assess the prevalence of postural changes in school children, and to determine, using multiple logistic regression analysis, whether factors such as age, gender, BMI, handedness and physical activity might explain these deviations. Methods: The posture of 288 students was assessed by observation. Subjects were aged between 6 and 15 years, 59.4% (n = 171 sendo observado entre crianças de 6 a 15 anos, resultados significativos de Hipercifose Torácica (30,2%), Hiperlordose Lombar (37,2%) e ombros alados (66,3%). Corroborando estes resultados, o estudo de Noll et al. (2012) por meio da fotogrametria, se existe diferença na prevalência de alterações posturais entre os sexos, masculino e feminino, e verificar se existe um aumento desta prevalência com o avanço da idade em escolares do Ensino Fundamental de uma escola da cidade de Teutônia, Rio Grande do Sul. A amostra, composta por 65 escolares, foi submetida a uma avaliação postural, a qual consistiu na palpação e marcação*

u00e3o de pontos anat\u00f4micos, com marcadores reflexivos, no plano sagital (PS indicou que entre estudantes do 5º ao 9º ano do Ensino Fundamental, 40% apresentou hipercifose dorsal. Entretanto, o estudo de Detsch et al. (2007) aponta níveis elevados de alterações anteroposteriores (70%), como também aos desvios laterais (66%).

Quando relacionamos a faixa etária e a ocorrência da hipercifose torácica ($p= 0,027$) observou-se que a idade de 11 anos (44%), apresentou maior incidência, seguidos do grupo de 10 e 13 anos, ambas com 36%. Estes resultados podem estar relacionados ao início da adolescência, pois segundo a WHO (2003) a puberdade é observada durante o período de 10 aos 19 anos, onde ocorrem muitas transformações biológicas e morfológicas dentre outras; como o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, crescimento em estatura, o amadurecimento neuroendócrino, como também o sistema cardiovascular e músculo esquelético (SILVA; TEIXEIRA; GOLDBERG, 2003). Segundo Martins, Andrade e Cunha (2016), o estirão de crescimento observado durante a puberdade, pode ocasionar uma desproporção corporal entre crianças e adolescentes, provocando hipotonia do sistema muscular durante aproximadamente dois anos, não conseguindo acompanhar a velocidade da maturação óssea.

O estudo de Minghelli et al. (2009), apresentou resultados semelhantes com crianças e adolescentes portuguesas de 9 a 19 anos de idade, apontando que a hipercifose torácica apresentou maior incidência aos 10 anos de idade em 42% dos alunos analisados e recentemente no estudo de Batistão et al. (2016), a hipercifose torácica foi observada entre crianças de 9 e 10 anos de idade apontando resultados na ordem de 45% e 42% respectivamente entre as meninas analisadas.

Quando analisamos a hipercifose torácica e o gênero pode-se observar que valores percentuais encontrados apresentaram diferenças entre as meninas com 28,5% e meninos com 35%, entretanto não temos indícios que o gênero tenha influenciado na ocorrência da hipercifose torácica ($p=0,375$). Outros estudos apontam que não existe diferença significativamente estatística na postura corporal entre meninos e meninas (COELHO et al., 2014).

No estudo de Guadagnin e Matheus (2012) com crianças de 10 a 15 anos foi observado que os valores de prevalência da hipercifose torácica no grupo dos meninos foi maior aos 10 e 11 anos com resultados respectivamente de 71,43% e 70,37%, já no grupo feminino os valores de referência ficaram de 61,54% e 67,86%, indicando níveis bastante elevados relacionados à este desvio postural. Outras alterações posturais têm sido observadas no grupo dos meninos, como no estudo de Batistão et al. (2016) que apontou maior associação deste gênero com ombros alados quando comparados ao grupo das meninas. Segundo Minghelli et al. (2009) a hipercifose torácica apresenta associação com a projeção anterior dos ombros, podendo esta situação incrementar o desenvolvimento das escápulas aladas. Pode-se observar que nas referidas pesquisas a hipercifose torácica se apresentou diferentemente entre os gêneros, como também no estudo exposto. Talvez esta situação esteja associada ao fato de que o início da

puberdade se apresente diferentemente entre o sexo masculino e feminino, sendo muito importante adequar a idade cronológica às fases da maturação biológica entre estes grupos especificamente (COLLI; MAAKAROUN; CRUZ, 1991), pois de acordo com Ferriani et al. (2000) a puberdade se inicia no sexo feminino próxima dos 10-11 anos e do sexo masculino entre 11 e 12 anos.

No que diz respeito a ocorrência da hipercifose torácica na população saudável quando relacionada ao IMC, 22% dos alunos saudáveis apresentaram essa alteração postural. Situação similar foi observada quando relacionamos esta patologia à %GC; a população saudável apresentou 25% desta característica, portanto tanto no IMC quanto a %GC; a população saudável apresentou maior incidência da hipercifose torácica. O estudo prospectivo de Smith et al. (2011) apontou associação entre o excesso de peso durante a infância e a adolescência e a postura corporal das crianças analisadas no plano sagital. Entretanto, a angulação das oscilações posturais encontradas não foi indicada.

Alguns estudos apontam a presença dos desvios posturais tanto em indivíduos obesos como não obesos. No estudo de Brzęk e colaboradores (2016) foram apontadas significativas alterações posturais em crianças obesas, quando comparadas às crianças sem essa característica. Como também no estudo de da Silva et al. que sinalizou crianças obesas com maior prevalência de alterações posturais e prevalência de dor do que as não-obesas em ambos os sexos. Entretanto, no mesmo estudo é relatado que as alterações posturais não são exclusivas de indivíduos obesos. Como também foi observado no estudo de Detsch et al. (2007) que as alunas com IMC normal e que assistiam televisão por mais de 10 horas semanais, foi o grupo que apresentou maior prevalência de alterações laterais.

Em 2006, foi apontado no estudo de Ribeiro Filho et al. (2006) que disfunções metabólicas em indivíduos com IMC normal, estariam associadas com a localização e distribuição da adiposidade corporal e não com o excesso de gordura corporal. Nesse sentido foi apontado no estudo de Guerrero-Romero e Rodríguez-Moran (2012), que indivíduos que apresentam IMC normal e alto teor de tecido adiposo, especialmente ao redor das vísceras e diminuição da massa muscular foram caracterizados como Obesos Metabólicos com Peso Normal (MONW). Segundo Wyszzyńska et al. (2016) o nível de massa muscular, adiposidade e níveis de atividade física podem influenciar nos padrões da postura corporal, pois em sua pesquisa com crianças entre 11 e 13 anos, foi observado que as maiores diferenças na altura dos ângulos inferiores da escápula foram apontadas em crianças com pouca massa muscular, além de excessiva adiposidade relacionada à menor inclinação na coluna torácica e lombar além de grandes diferenças na profundidade dos ângulos inferiores das escápulas e maior ângulo na linha dos ombros. Estes resultados podem sugerir que a postura corporal pode estar relacionada também pelo nível de massa muscular e adiposidade corporal (NAHAS, 2001).

5 | CONCLUSÕES

Neste artigo original foi observado que estudantes saudáveis possuem maior incidência de hipercifose torácica, este resultado pode estar relacionado não só ao nível de adiposidade corporal como também ao conteúdo da massa muscular. Os dados sugerem que a idade influencia no desenvolvimento da hipercifose torácica entre esta população especificamente. Considerando que os desvios posturais quando instalados durante a infância e adolescência podem predispor a prejuízos irreparáveis à coluna vertebral na vida adulta; os resultados apresentados podem colaborar na investigação de novas e futuras pesquisas que contribuam na prevenção desta patologia.

6 | AGRADECIMENTOS

Este estudo teve o financiamento do CIEC (Centro de Investigação em Estudos da Criança), pelo Projeto Estratégico UID/CED/00317/2013, através dos Fundos Nacionais da FCT(Fundação para a Ciência e a Tecnologia), cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE 2020 - Programa Operacional Competividade e Internacionalização (POCI) com a referência POCI-01-0145-FEDER-007562.

REFERÊNCIAS

AL-MOHAIMEED, A. et al. Concordance of obesity classification between body mass index and percent body fat among school children in Saudi Arabia. **BMC pediatrics**, v. 15(1), p. 16, 2015.

ALMEIDA, A.; BARROS, R. V. **Importância da avaliação física na criança e no adolescente em fase escolar**. Disponível em: <<http://www.construirnoticias.com.br/asp/materia.asp?id=925%3E>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

BATISTÃO, M. V. et al. Prevalence of postural deviations and associated factors in children and adolescents : a cross-sectional study. **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, n. 4, p. 777–785, 2016.

BRACCIALLI, L. M. P.; VILARTA, R. Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 14, n. 2, p. 159–71, 2000.

BRZEK, A. et al. Body posture in children with obesity-the relationship to physical activity (PA). **Pediatric Endocrinology, Diabetes & Metabolism**, v. 22, n. 4, p. 148–155, 2016.

CAMPOS, F. DE S.; DA SILVA, A. S.; FISBERG, M. A. U. R. O. **Descrição fisioterapêutica das alterações posturais de adolescentes obesos**. **Braz Pediatr News**, 4 (2), 2002.

COELHO, J. J. et al. Influence of flexibility and gender on the posture of school children. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 223–228, 2014.

COLLI, A. S.; MAAKAROUN, M. F.; CRUZ, A. R. **Crescimento e desenvolvimento físico do adolescente. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 5-27, 1991.

- DA SILVA, L. R. et al. Alterações posturais em crianças e adolescentes obesos e não-obesos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 6, p. 448–454, 2011.
- DETSCH, C. et al. Prevalência de alterações posturais em escolares do ensino médio em uma cidade no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 4, p. 231–238, 2007.
- FERRARI, G. L. et al. Influência da maturação sexual na aptidão física de escolares do município de Ilhabela - um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 3, p. 141–148, 2008.
- FERRIANI, M.G. et al. Levantamento epidemiológico dos escolares portadores de escoliose da rede pública de ensino de 1º grau no município de Ribeirão Preto. **Revista Electrónica de Enfermagem**, v.02, n.01, 2000.
- FURLANETTO, T. S. et al. Validating a postural evaluation method developed using a Digital Image-based Postural Assessment (DIPA) software. **Computer Methods and Programs in Biomedicine**, v. 108, n. 01, p. 203–212, 2012.
- GUADAGNIN, E. C.; MATHEUS, S. C. Prevalência de Desvios posturais de Coluna Vertebral em Escolares. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 10, n. 31, p. 31–37, 2012.
- GUERRERO-ROMERO, F.; RODRÍGUEZ-MORAN, M. Metabolically obese normal-weight children. **World journal of clinical pediatrics**, v. 1(4), p. 37, 2012.
- MARTINS, R. M. L.; ANDRADE, A.; CUNHA, M. Perturbações músculo-esqueléticas em adolescentes. In: **Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente**, p. 70-72, 2016.
- MEI, Z. et al. Do skinfold measurements provide additional information to body mass index in the assessment of body fatness among children and adolescents?. *Pediatrics*, 119(6). **Pediatrics**, v. 119(6), p. e1306–e1313, 2007.
- MINGHELLI, B. et al. Prevalência de alterações posturais em crianças e adolescentes em escolas do Algarve. **Saúde & Tecnologia**, p. 33–37, 2009.
- NAHAS, M. I. P., GONÇALVES, É., DE SOUZA, R. G. V., & VIEIRA, C. M. **Sistemas de Indicadores Municipais no Brasil: experiências e metodologias**. Anais, 2016.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina. 3 ed ed. Londrina: Midiograf, 2001.
- NEOVIUS M, LINNE Y, BARKELING B, R. S. Discrepancies between classification systems of childhood obesity. **Obes Rev**, v. 5, p. 105–114, 2004.
- NOLL, M. et al. Alterações Posturais em Escolares do Ensino Fundamental de uma Escola de Teutônia. **Ciencia & Movimento**, n. 2, p. 33–42, 2012.
- OSHIRO, V. A.; FERREIRA, G. P.; COSTA, R. F. Alterações Posturais Em Escolares: Uma Revisão Da Literatura Postural Deviations in Schoolchildren: a Literature Review. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 3, n. 13, p. 15–22, 2007.
- RIBEIRO FILHO et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50(2), p. 230–8, 2006.
- SILVA, C. C. DA; TEIXEIRA, A. S.; GOLDBERG, T. B. L. O esporte e suas implicações na saúde óssea de atletas adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, n. 6, p. 426–432, 2003.

SMITH, A. J. et al. Trajectories of childhood body mass index are associated with adolescent sagittal standing posture. **International Journal of Pediatric Obesity**, v. 6(sup3), p. e97-106, 2011.

WELK, G. J., et al. Development of new criterion-referenced fitness standards in the Fitnessgram program. **American journal of preventive medicine**, v. 41(4), p. 63-S67, 2011.

WHO SCIENTIFIC GROUP ON THE BURDEN OF MUSCULOSKELETAL CONDITIONS AT THE START OF THE NEW MILLENNIUM; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium: report of a WHO Scientific Group**. World Health Organization, 2003.

WYSZYŃSKA, J. et al. Analysis of Relationship between the Body Mass Composition and Physical Activity with Body Posture in Children. **BioMed Research International**, p. 3–9, 2016.

ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE E A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO MAIS VIDA

Naerton José Xavier Isidoro

Universidade Regional do Cariri,
Departamento de Educação Física, Crato-CE.

Maria do Socorro Santos de Oliveira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Faculdade
de Enfermagem, Juazeiro do Norte-CE.

Cícero Joverlânio Sousa e Silva

Universidade Regional do Cariri,
Departamento de Educação Física, Crato-CE.

Jéssica Ramos Santana

Universidade Regional do Cariri,
Departamento de Educação Física, Crato-CE

Maria de Fátima Oliveira Santos

Universidade Regional do Cariri,
Departamento de Educação Física, Crato-CE

RESUMO: As alterações provocadas pelo envelhecimento afetam negativamente a qualidade de vida e saúde do idoso. A atividade física tem se tornado um antídoto indispensável para o retardo deste processo natural. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência do projeto de extensão universitária Mais Vida da Universidade Regional do Cariri-URCA. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência. O Projeto denominado “Mais Vida: Atividade Física e Saúde na Terceira Idade” foi idealizado pelo curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri-URCA, por intermédio do Núcleo de

Pesquisa, Estudo e Extensão em Educação Física-NUPEF, através do eixo temático de estudos “Atividade Física e Saúde”. A iniciativa do projeto oferece a prática de atividades físicas gratuitas para idosos do município de Crato-CE, buscando contribuir com a ideia de uma terceira idade mais ativa e consciente. Em relação ao aspecto psicológico, direciona seus conteúdos com a finalidade de estimular a autoestima e autoimagem dos participantes, integração e socialização entre o grupo, propondo, também, a realização de palestras sobre temas relacionados ao envelhecimento. Através do Projeto de Extensão Universitária Mais Vida os idosos da cidade do Crato podem apropriar-se diariamente de inúmeras atividades corporais potencialmente capazes de contribuir com um envelhecimento saudável dotado de autonomia e disposição para a realização das tarefas do dia a dia.

PALAVRAS-CHAVE: Projeto, Extensão, Idoso.

ABSTRACT: The changes caused by aging negatively affect the quality of life and health of the elderly. Physical activity has become an indispensable antidote to the delay of this natural process. The present work has as objective to report the experience of the project of university extension More Life of the Regional University of Cariri-URCA. It is a descriptive research of the type of experience report. The project called

“More Life: Physical Activity and Health in the Third Age” was conceived by the Physical Education course of the Regional University of Cariri-URCA, through the Research, Study and Extension Nucleus in Physical Education-NUPEF, through the thematic axis of “Physical Activity and Health” studies. The project initiative offers the practice of free physical activities for the elderly in the municipality of Crato-CE, seeking to contribute to the idea of a more active and conscious elderly. In relation to the psychological aspect, it directs its contents with the purpose of stimulating the participants’ self-esteem and self-image, integration and socialization among the group, and also proposes lectures on themes related to aging. Through the Life Extension Project, the elderly in the city of Crato can take daily possession of innumerable bodily activities potentially capable of contributing to a healthy aging endowed with autonomy and willingness to perform daily tasks.

KEYWORDS: Project, Extension, Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

A sociedade moderna vem vivenciando nas últimas décadas um processo de envelhecimento populacional sem precedentes na história da humanidade. Este fenômeno mundial desencadeou um aumento na incidência de doenças crônicas – degenerativas, comumente desenvolvidas em idades avançadas (MAZO, 2008).

A elevação na expectativa de vida populacional foi provocada pelos avanços da medicina que levaram ao surgimento de novos remédios capazes de minimizar os efeitos deletérios de doenças relacionadas ao envelhecimento e em decorrência da expansão na produção mundial de alimentos que passou a ser mais acessível para todas as classes sociais em torno do mundo.

A maioria dos indivíduos, no entanto, ao chegar à terceira idade sofre com doenças que afetam sua funcionalidade física e psíquica, fazendo com que o idoso se torne um ser menos autônomo em suas atividades numa velhice pouco produtiva e menos prazerosa.

Esses males têm uma relação direta com o estilo de vida adotado pelo indivíduo e podem ter seus efeitos minimizados com a adoção de comportamentos positivos ao longo da vida que privilegiem a prática regular de atividades físicas, controle do stress, uma dieta nutricional saudável e hábitos preventivos (MASCARO 2004).

A OMS (2005) destaca uma tabela classificatória do processo de envelhecimento que vai desde a meia idade (dos 45 aos 59 anos), considerando idosos aqueles acima de 60 anos para nações desenvolvidas e 65 anos para as nações não desenvolvidas, sendo velho (dos 75 a 89 anos) e muito velho indivíduos acima dos 90 anos.

Nahas (2010) descreve o envelhecimento como um processo gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade, provocando perda funcional progressiva do organismo. Assume característica gradual, pois as mudanças como um todo não ocorrem radicalmente e sim, ao poucos. Se as mudanças físicas ou psicológicas ocorrem

subitamente, são provavelmente indicadores de doenças, mas não de envelhecimento. Ao falar de universal, impõe-se a natural condição que atinge normalmente todos os organismos vivos e que não pode ser revertida, mas sim, acelerada ou desacelerada de acordo com fatores ambientais e comportamentais.

Almeida (2005) ressalta que o envelhecimento é um fenômeno biológico e psicológico que abrange influências para além de alterações fisiológicas, tendo desdobramentos em nível familiar e social.

Os aspectos psicológico e social não se limitam por si só, mas serão diretamente afetados com base no estado físico que o indivíduo se encontrará na terceira idade. As novas mudanças fisiológicas e conseqüentemente as debilidades adquiridas comprometem diretamente a qualidade da mente e das relações sociais desenvolvidas pelo geronte.

Isso pode gerar uma perda da autoimagem e autoestima, tornando o processo de envelhecimento deprimente e cheio de sentimentos negativos. Fatos como a perda do cônjuge, a inatividade laboral e a aposentadoria contribuem ainda mais para a sensação de solidão e de inutilidade social, provocando a autodesvalorização e o não aproveitamento de uma vida saudável em todos os aspectos (op. cit.).

Diante de um contexto onde o processo de envelhecimento leva o corpo às alterações deletérias da funcionalidade humana em todos os aspectos, os maus hábitos alimentares, a falta de ações preventivas e, principalmente, a falta de atividades físicas aceleraram este processo, atingindo a capacidade funcional do idoso, levando-o a depender do auxílio de outros para o desenvolvimento das atividades diárias.

Com o envelhecimento, ocorre perda progressiva desta capacidade funcional do organismo, pois as alterações biopsicossociais fazem com que o corpo funcione de forma diferenciada: diminui a flexibilidade, os movimentos tornam-se mais lentos, há perdas na agilidade e na mobilidade e elasticidade das articulações, os ossos ficam mais frágeis. Estas modificações limitam a capacidade do idoso para realizar, com eficácia, as atividades do cotidiano e diminuem sua disposição e saúde, gerando maior sedentarismo e colocando em risco sua qualidade de vida (MARQUES, 2012).

Observadas as alterações provocadas pelo envelhecimento e como a qualidade de vida e saúde são diretamente afetadas, a atividade física tem se tornado um antídoto indispensável para o retardo deste processo, oferecendo maior qualidade de vida e saúde. A atividade física é determinada por Nahas (2010) como todo movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, sendo então voluntário e resultando em gasto energético além dos níveis de repouso. Já o exercício físico também é considerado uma atividade física, porém assume um caráter de “[...] atividade planejada, estruturada e repetitiva, que objetiva o desenvolvimento ou manutenção da aptidão física, de habilidades motoras ou reabilitação orgânico-funcional”. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência do projeto de extensão universitária Mais Vida da Universidade Regional do Cariri-URCA que oferta à população idosa do Bairro Pimenta na Cidade do Crato-CE e áreas próximas a prática de diferentes atividades

físicas com o intuito de influenciar positivamente a qualidade de vida e saúde destes indivíduos.

Justifica-se por divulgar as ações extensionistas cuja finalidade é o desenvolvimento de ações práticas que promovam o bem-estar físico, espiritual e social das pessoas, através de atividades acadêmicas de caráter interdisciplinar que possibilitem intensas trocas entre áreas distintas do conhecimento.

A intrínseca relação da extensão com a pesquisa e o ensino no contexto acadêmico colabora com o processo de formação humana e profissional dos alunos, fortalecendo os atos de aprender, ensinar e formar qualificados profissionais. Na extensão, além do treinar e se capacitar, também acontecem enriquecedoras interações junto à comunidade através de atividades permanentes ou temporárias de caráter educativo, cultural, artístico ou científico, desenvolvidas através de ações sistematizadas, planejadas e organizadas voltadas para as diferentes e relevantes questões sociais presentes na sociedade moderna.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa em questão caracteriza-se como teórica e empírica. Segundo Gerhardt e Silveira (2009) o caráter teórico da pesquisa dedica-se à discussão ou reconstrução de teorias, conceitos, tendo em vista possíveis aprimoramentos de fundamentos teóricos. A mesma autora também elucida que o empírico refere-se ao censo comum, a forma espontânea e direta de se entender algo, adquirido no cotidiano, por meio de experiências.

Classifica-se, também, como descritiva do tipo relato de experiência. Gil (2002) afirma que a pesquisa descritiva tem por objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, contribuindo com relato de experiência, que por sua vez, apresenta grande relevância científica, uma vez que possibilita o registro formal das possibilidades e dificuldades que compõe a realidade da prática profissional.

A amostra do trabalho contemplou 40 participantes inscritos no projeto Mais Vida, compreendendo predominantemente mulheres a partir dos 60 anos que participaram das aulas desenvolvidas numa frequência de um ou dois dias semanais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Projeto denominado “Mais Vida: Atividade Física e Saúde na Terceira Idade” foi idealizado pelo curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri-URCA, por intermédio do Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Educação Física-NUPEF, através do eixo temático de estudos “Atividade Física e Saúde”.

A iniciativa do projeto tem como objetivo oferecer a prática de atividades físicas gratuitas para idosos do município de Crato-CE, buscando contribuir com a ideia de uma terceira idade mais ativa, consciente, com qualidade de vida e saúde. Em relação ao aspecto psicológico, direciona seus conteúdos com a finalidade de estimular a autoestima e autoimagem dos participantes, integração e socialização entre o grupo, propondo, também, a realização de palestras sobre temas relacionados ao envelhecimento.

A inscrição no projeto acontece mediante preenchimento de uma ficha que requer informações sobre dados pessoais para identificação do aluno e dados socioeconômicos.

A adesão ao projeto acontece de forma espontânea, sendo realizado um contínuo trabalho de divulgação no Bairro Pimenta e áreas próximas. Os participantes, inicialmente, respondem a determinados questionários, contendo informações essenciais para a elaboração dos exercícios físicos que posteriormente serão desenvolvidos pelos gerontes. Previamente é solicitado um atestado médico que autorize a prática de atividades físicas.

Os idosos realizam uma avaliação física e funcional prévia que fundamenta a prescrição dos exercícios físicos a serem posteriormente aplicados.

Aplica-se o Teste de Aptidão Física para Idosos desenvolvido por Rikli e Jones (2008) que avalia a aptidão física funcional do idoso, observando os níveis adequados de força, resistência, agilidade, flexibilidade, capacidades estas essenciais para realizar as atividades da vida diária na terceira idade.

A aptidão física funcional pode ser conceituada como “[...] capacidade física de realizar as atividades normais da vida diária de forma segura e independente, sem fadiga injustificada (op. cit.)”.

Os testes propostos por Rikli e Jones (op.cit.) são os seguintes:

- a) Teste de levantar da cadeira: avaliar a força dos membros inferiores;
- b) Teste de flexão de braço: medir a força dos Membros Superiores;
- c) Teste de marcha estacionária: avaliar a resistência aeróbia;
- d) Teste de sentar e alcançar os pés: avaliar a flexibilidade dos membros inferiores;
- e) Teste de Alcançar as Costas: avaliar a flexibilidade dos membros superiores;
- f) Teste de Levantar e Caminhar: avaliar a agilidade e o equilíbrio dinâmico;
- g) Altura e Peso (IMC): Avaliar o índice de massa corporal (IMC);

Os participantes do projeto residem em diferentes bairros da cidade do Crato, destacando-se alunos dos bairros Pimenta, Grangeiro, Vila Alta, Centro, Belmonte, São Miguel, Zacarias Gonçalves, Ossean Araripe, Sossego, Seminário, Pinto Madeira, Lameiro e Pantanal.

As aulas são desenvolvidas por alunos do curso de Educação Física da URCA

integrantes do NUPEF, apresentando nos seus quadros dois bolsistas ligados à Pró-Reitoria de Extensão-PROEX.

O projeto oferece a seus participantes a possibilidade de adesão à programas de musculação realizados na Academia Escola da URCA numa frequência de duas sessões semanais de cinquenta minutos. Os idosos são acompanhados por bolsistas orientados pelo Professor Coordenador da referida ação acadêmica.



Figura 1 – Aula de musculação com os participantes do Projeto Mais Vida

Fonte: Arquivo Pessoal

Campos (2008) ressalta que um “[...] um programa de musculação bem elaborado resulta em aumento da massa muscular, hipertrofia das fibras musculares, aumento da densidade óssea e melhoria na performance.

Periodicamente, as participantes do projeto verificam seus índices glicêmicos e pressóricos, recebendo orientações acerca da necessidade de se adotar um estilo de vida ativo e saudável que privilegie a prática de exercícios físicos e uma alimentação balanceada assim como o controle do estresse e a inclusão de práticas preventivas.



Figura 2 – Verificação da Glicemia dos Idosos do Projeto Mais Vida

Fonte : Arquivo Pessoal

Os idosos têm acesso, também, à dança nos seus mais variados estilos: forró, pagode, jovem-guarda, dança do ventre. Também acontecem sessões de treinamento funcional, ginástica aeróbica (step), dinâmicas com jogos populares, assim como a prática da musculação na Academia Escola da URCA. O material utilizado nas aulas pertence ao curso de Educação física da URCA, contemplando colchonetes, caixa de som, steps, cones, bambolês, bolas suíças, bancos de step.

4 | CONCLUSÃO

A extensão universitária permite que a comunidade possa entrar em contato com o conhecimento desenvolvido a partir das pesquisas realizadas no contexto acadêmico assim como se evidencia como um espaço para novas investigações científicas.

Através do Projeto de Extensão Universitária Mais Vida os idosos da cidade do Crato podem apropriar-se diariamente de inúmeras atividades corporais potencialmente capazes de contribuir com um envelhecimento saudável dotado de autonomia e disposição para a realização das tarefas do dia a dia com repercussão não somente no aspecto físico-motor, mas no âmbito psicológico e social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Christiane Maria Azevedo de. **Abordagem ergonômica da contribuição da fisioterapia para melhoria da execução das atividades da vida diária pelos idosos portadores da doença de Parkinson**. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de gestão). Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2005.

CAMPOS, M. A. **Musculação: Diabéticos, osteoporóticos, Idosos, crianças, obesos**. Rio de Janeiro: Sprint, 2008.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. 120p. Porto Alegre. 1º Ed. Ed. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. 4 ed. Editora Atlas: 2002.

MARQUES, Daniel. **Análise da capacidade funcional de mulheres idosas praticantes do método pilates**. 2009. 67 f. Trabalho de conclusão de curso (bacharel em Educação Física.) - Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma. 2012.

MASCARO, Sônia de Amorim. **O Que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MAZO, Giovana Zarpellon. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

NAHAS, Markus Vinícios. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo**. 5º Ed. Londrina: Midiograf, 2010.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde**. 2005.

RIKLI, Roberta E; JONES C. Jessie. **Teste de Aptidão Física para Idosos**. Barueri, SP: Manole, 2008.

PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS DISCENTES DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI DA CIDADE DE CRATO - CE

Maria de Fatima Oliveira Santos

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará.

José André Matos Leal

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará.

Jéssica Ramos Santana

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará.

Naerton José Xavier Isidoro

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará.

RESUMO: Estilo de vida refere-se a um conjunto de práticas cotidianas e habituais que expressam as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Este trabalho tem como objetivo identificar o perfil do estilo de vida dos alunos do curso de educação física da Universidade Regional do Cariri – URCA da cidade de Crato – CE. O presente estudo classifica-se como descritivo exploratório e transversal. A amostra contemplou 40 alunos do sexo masculino e feminino do curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri. Utilizou-se como instrumento de pesquisa o Pentáculo do BemEstar, proposto por Nahas (2010), que contém 15 itens relacionados ao estilo de vida: nutrição, atividade física, comportamento preventivo,

relacionamento e controle do estresse. Utilizou-se para a estatística o programa Microsoft Excel 2010, considerando médias conquistadas nos itens avaliados menor que 2 negativo e igual ou maior como positivo. Observou-se de maneira geral que o estilo de vida dos alunos é negativo, porém apresenta dois componentes satisfatórios. Os resultados apontam para a necessidade do grupo em questão: rever seus hábitos nutricionais, assim como adotar uma melhor postura diante das situações de estresse e no tocante uma maior preocupação com a prevenção de determinadas patologias e acidentes. Em relação aos componentes: atividade física e relacionamentos os resultados foram satisfatórios.

PALAVRAS-CHAVE: Estilo de vida, Estudantes, Educação física.

ABSTRACT: Lifestyle refers to a set of daily and habitual practices that express the attitudes, values and opportunities in people's lives. This work aims to define the lifestyle profile of the students of the physical education course of the Regional University of Cariri - URCA of the city of Crato - CE. The present study is classified as descriptive, exploratory and cross-sectional. It was classified 40 male and female students of the Physical Sciences course of the Regional University of Cariri. Use as a research tool in the BemEstar Pentacle, proposed by Nahas (2010),

contains 15 items related to lifestyle: nutrition, physical activity, preventive behavior, relationship and stress control. Used to make a statistic of the program Microsoft Excel 2010, the messages have conquered the items more important than expected and what is more positive. Observing the students' lifestyle in general is negative, but it has two satisfactory components. The indicators point to the need for a group in question: to review their own nutritional habits as well as reduce the capacity to deal with stress situations and not to reach a greater problem with the prevention of pathologies and accidents. Regarding the components: physical activity and logistics, the results were satisfactory.

KEYWORDS: Lifestyle, Students, Physical education.

1 | INTRODUÇÃO

Nahas (2010) define estilo de vida como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e oportunidades na vida das pessoas.

Os hábitos caracterizam o modo típico de viver de um indivíduo ou grupo associando-se às transformações sociais ocorridas ao longo do tempo, tais como os avanços tecnológicos, a crescente urbanização e a industrialização. Para United States Department of Health and Human Services (2000) apud Marinho (2002), modificações ocorridas no estilo de vida moderno advindas da industrialização e urbanização têm proporcionado efeitos negativos à saúde, desencadeando um aumento do número de sedentários e um conseqüente aumento do peso corporal.

Muitos fatores podem influenciar no estilo de vida das pessoas: preferências dietéticas, quantidades de calorias ingeridas diariamente, o consumo de álcool e tabaco, o uso de medicação sem prescrição médica, a inatividade física, a opção pelo lazer sedentário e a não adoção de tratamentos ou medidas preventivas (NAHAS, 2010).

Nahas (2010) relata que pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida passou a ser um dos importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades.

O estilo de vida é influenciado por fatores como nutrição, atividade física, comportamento preventivo, estresse e relacionamentos.

Brandão (2002) recomenda comer bastantes frutas, verduras e legumes, evitar doces e alimentos gordurosos, além de diminuir a quantidade de carboidratos, configurando assim uma dieta saudável capaz de evitar doenças como diabetes e hipertensão.

Matsudo (2009) afirma que a atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, melhorando a mobilidade, capacidade funcional e a qualidade de vida. Um programa de exercícios físicos deve contemplar aspectos como: fortalecimento muscular, equilíbrio, resistência,

flexibilidade e coordenação motora.

Um comportamento preventivo relacionado a um positivo estilo de vida deve privilegiar as seguintes atitudes: uso de cinto de segurança; direção defensiva; cuidados com a pele antes de sair de casa a partir da adoção de protetor solar; uso de preservativos; uso de equipamentos de segurança e não utilização de drogas lícitas ou ilícitas (NAHAS, 2010).

Os seres humanos estão sempre se relacionando uns com os outros, seja no ambiente familiar, entre amigos e vizinhos ou na comunidade. Segundo Sanches (2016), o homem é um ser sociável que busca participar de grupos ou tribos no qual possa compartilhar afinidades em relação a determinados costumes e valores.

Segundo Damasceno (2014), estresse é um processo passageiro de adaptações que ocasionam mudanças físicas e mentais. O termo estresse expressa um conjunto de estímulos percebidos que provoca uma mudança emocional, e ao perturbar a homeostasia, inicia um processo de adaptações e alterações pelo aumento da secreção de adrenalina desencadeando várias manifestações sistêmicas com distúrbios fisiológicos e principalmente psicológicos.

O presente trabalho tem como objetivo geral identificar o perfil do estilo de vida dos alunos do curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal.

O estudo descritivo consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis (TRIPODI et al, 1975 apud MARCONI; LAKATOS, 2003).

As pesquisas exploratórias dizem respeito às investigações empíricas cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos (TRIPODI et al, 1975 apud MARCONI; LAKATOS, p.186, 2003).

O estudo transversal, segundo Bastos e Duquia (2007), consiste em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde.

2.2 População e amostra

O presente estudo foi realizado na Universidade Regional do Cariri da Cidade de Crato-CE, com 40 alunos, sendo 18 do sexo masculino e 22 do sexo feminino.

2.3 Critério de inclusão

Foram incluídos alunos de ambos os sexos devidamente matriculados no curso de Educação Física da URCA que previamente tivessem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.

2.4 Instrumento da pesquisa

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o Pentáculo do Bem-Estar proposto por Nahas (2010), que inclui cinco componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do estresse. Cada componente compõem-se de três perguntas, cujas respostas são dadas por meio da enumeração que vai de 0 a 3, correspondendo ao nível de comprometimento com o estilo de vida. São nomeadas de acordo com a seguinte escala:

0. Absolutamente não fazer parte do estilo de vida.
1. Às vezes corresponde ao seu comportamento.
2. Quase sempre verdadeiro no seu comportamento.
3. A afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do estilo de vida.

O questionário contém no geral cinco (5) componentes e 15 perguntas. Ao final do questionário, teremos uma representação imagética correspondente a uma estrela dividida de acordo com a disposição do questionário. Cada item respondido preenche uma parte da estrela. Se a resposta for zero, nada será marcado na parte da estrela correspondente a este item. A partir de uma média de todos os resultados delinea-se uma visão geral do estilo de vida dos alunos assim como médias para ambos os sexos.

2.5 Cenário

A pesquisa foi realizada no curso de educação física da Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato/CE – Campus Pimenta.

2.6 Questões éticas

Os participantes do presente estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

2.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi obtida a partir do questionário sobre o perfil do estilo de vida individual. Para identificar o perfil dos participantes, foi levada em consideração uma variável que vai de zero (0) a três (3), de acordo com a afirmação do participante com relação a cada componente pesquisado: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do estresse. Convencionou-se que abaixo de 2

o resultado seria considerado negativo e igual ou acima deste valor, estabeleceu-se com positivo.

Utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010 para obtenção das médias e desvios padrão dos itens.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta o estilo de vida dos alunos do curso de educação física em relação aos componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do estresse.

| Itens | Média | | Média Geral \pm Desvio Padrão |
|-------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | Média (Homens) \pm Desvio Padrão | Média (Mulheres) \pm Desvio Padrão | |
| A | 0,7 \pm 0,5 | 0,8 \pm 0,6 | 0,8 \pm 0,6 |
| B | 1,4 \pm 0,8 | 1,3 \pm 0,8 | 1,4 \pm 0,8 |
| C | 1,6 \pm 0,9 | 2,0 \pm 0,7 | 1,8 \pm 0,8 |
| D | 2,5 \pm 0,5 | 1,7 \pm 1,0 | 2,1 \pm 0,9 |
| E | 2,4 \pm 0,8 | 2,4 \pm 0,8 | 2,4 \pm 0,8 |
| F | 1,9 \pm 0,9 | 2,4 \pm 0,7 | 2,2 \pm 0,8 |
| G | 1,4 \pm 1,3 | 1,6 \pm 1,3 | 1,5 \pm 1,3 |
| H | 1,3 \pm 1,1 | 1,9 \pm 1,1 | 1,6 \pm 1,2 |
| I | 2,1 \pm 0,6 | 2,3 \pm 0,8 | 2,2 \pm 0,7 |
| J | 2,6 \pm 0,6 | 2,8 \pm 0,4 | 2,7 \pm 0,5 |
| K | 2,0 \pm 1,0 | 2,5 \pm 0,6 | 2,3 \pm 0,8 |
| L | 1,5 \pm 1,0 | 2,0 \pm 0,9 | 1,8 \pm 1,0 |
| M | 2,6 \pm 0,5 | 2,5 \pm 0,8 | 2,5 \pm 0,7 |
| N | 1,8 \pm 1,0 | 1,2 \pm 0,9 | 1,5 \pm 1,0 |
| O | 1,6 \pm 0,9 | 1,5 \pm 0,6 | 1,5 \pm 0,8 |

Tabela 1 – Média e desvio padrão correspondente ao perfil do Estilo de Vida dos discentes do curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri – URCA.

Fonte: autoria própria.

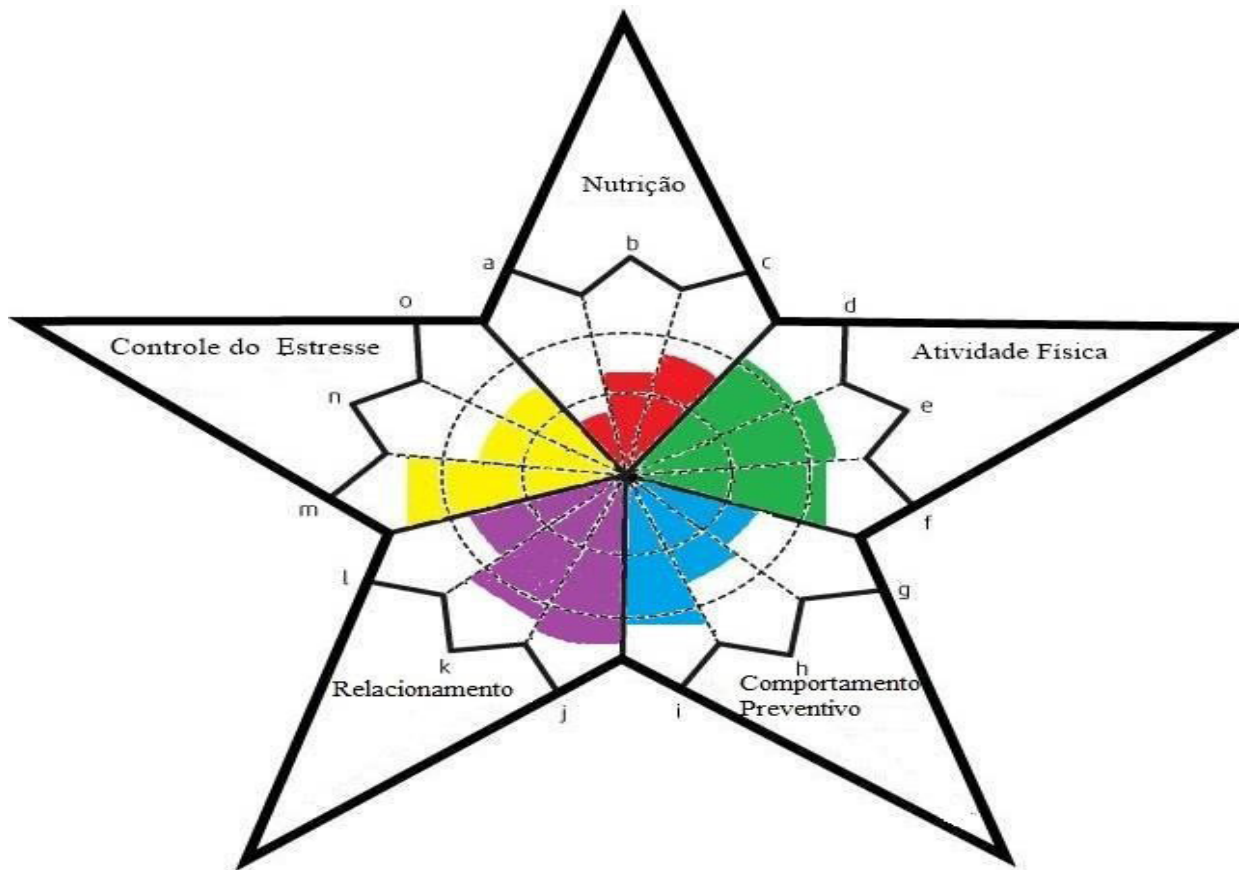


Figura 1- Pentágulo do Bem-Estar dos alunos do curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri – URCA.

Observaram em relação à componente nutrição, respectivamente, as seguintes médias 0.8, 1.4, 1.8, considerados valores negativos.

Uma dieta saudável deve conter aspectos quantitativos (números de calorias ingeridas) e qualitativos (composição das refeições). Estas necessidades energéticas e de nutrientes são características individuais e, ainda que a composição (qualidade) da dieta recomendável siga um padrão geral para toda a população, quantidade (em quilocalorias- kcal) é extremamente variável, em função, principalmente, do tamanho corporal, da fase do desenvolvimento e das atividades físicas realizadas (NAHAS, 2017).

Com relação ao comportamento preventivo as médias obtidas foram 1.5, 1.6 e 2,2. Somente no item referente às normas de trânsito verificou-se um valor positivo. Segundo Policeno, Pagliari e Zawadzki (2013), o comportamento preventivo representa o primeiro passo para a mudança do estilo de vida tanto no que se refere à saúde como sobre outros aspectos inerentes ao bem-estar, garantindo um estilo de vida seguro. Adquirir hábitos saudáveis tais como conhecer sua pressão arterial e o nível de colesterol e tentar controlá-los, evitar o consumo de drogas lícitas e ilícitas, fazer o uso de medicamentos apenas com orientação médica, procurar a prática de uma atividade física, são comportamentos essenciais para um modo de vida saudável.

As médias do componente controle do estresse foram 2.5, 1.5 e 1.5, exibindo somente um tópico cuja média ficou acima de 2 pontos referente ao tempo diário para

relaxamento.

Está sujeito a uma situação de estresse não necessariamente irá provocar algo muito grave à saúde, mas segundo Filho (2017) o excesso de estresse agrava doenças como a hipertensão, acarreta problemas cardiovasculares, psoríase, alopecia areata (queda de cabelo) e gastrite, além de prejudicar o rendimento no trabalho, levando muitas pessoas a pedirem afastamento de suas funções. Há também um grande prejuízo nas relações interpessoais, pois pessoas estressadas tendem a terem maiores dificuldades em lidar com situações conflituosas em seus relacionamentos.

Com relação à componente atividade física as médias alcançadas foram 2.1, 2.4 e 2.2, resultados estes considerados positivos.

A prática da atividade física resulta em importantes benefícios psicológicos e fisiológicos, minimizando o estresse, reduzindo o peso corporal, melhorando a capacidade cardiorrespiratória e musculoesquelética, o que repercute na prevenção de disfunções cardiovasculares e metabólicas ao longo da idade (LEGNANI, 2011).

A respeito do componente relacionamento foram encontradas às médias 2.7, 2.3 e 1,8. Nos itens referentes à satisfação com relacionamento e participação em atividades de grupos, associações e entidades sociais as médias dos valores obtidos foram positivas. Quanto ao quesito referente à participação nas atividades da comunidade a média alcançada evidenciou-se como insatisfatória.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados apontam para a necessidade do grupo em questão: rever seus hábitos nutricionais, assim como adotar uma melhor postura diante das situações de estresse e no tocante uma maior preocupação com a prevenção de determinadas patologias e acidentes. Em relação aos componentes: atividade física e relacionamentos os resultados foram satisfatórios. Perspectiva-se ampliar os estudos acerca desta temática em diferentes faixas etárias.

REFERÊNCIAS

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Rev. Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BRANDÃO, Juliana da Silva. **Perfil do estilo de vida dos professores de educação física aposentados no vale do itajaí - s.c.** p. 112 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos Coordenadoria de Pós-graduação em Educação Física, 2002.

BRITO, Sérgio Cronemberger; RODRIGUES, Eleonardo Pereira. **O estresse e a ansiedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental.** Rev. FSA, Teresina, 2011.

BOURDIEU, P. **Gostos de classe e estilos de vida.** Goffts de classe et styles de vie. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n° 5, out. 1976. Extraído de: ORTIZ, Renato (org.). Bourdieu –

Sociologia. São Paulo: Ática. Coleção Grandes Cientistas Sociais, vol. 39. 1983.

DAMASCENO, Gustavo de Paiva. **Fatores de pressão no Trabalho, estresse e estilo de vida:** um estudo com educadores físicos do estado de Minas Gerais. p. 116 Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Empresariais (FACE-FUMEC). Estratégia em Organizações e Comportamento Organizacional. Belo Horizonte, 2014.

FILHO, Jonas Fernando Mülle. **Estresse e qualidade de vida.** 2017. Disponível em: < <https://www.mbcv.org/single-post/2017/06/15/Estresse-e-qualidade-de-vida> >. Acesso em 19 de maio 2018.

JOIA, L.C. Perfil do Estilo de Vida Individual Entre Estudantes Universitários. **Revista Movimenta**, vol 3, nº 1, 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEGNAN, Rosimeide Francisco Santos et al. Fatores motivacionais associados à prática de exercício físico em estudantes universitários. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 33, n. 3, p. 761772, 2011.

MARGIS, Regina et al. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade.** vol. 25, suppl.1, pp.65-74, 2003.

MARINHO, C.S. **Estilo de vida e indicadores de saúde de estudantes universitários da UNIPLAC.** p.111 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. 2002.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** n. 47, São Paulo, 2009.

NAHAS, Markus Vinícios. **Atividade Física, Saúde e qualidade de vida:** Conceitos e Sugestão para um Estilo de Vida Ativo. 7º ed. Florianópolis, editora do autor, 2017.

NAHAS, Markus Vinícios. **Atividade Física, Saúde e qualidade de vida:** Conceitos e Sugestão para um Estilo de Vida Ativo. 5º ed. Londrina: Midiograf, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. FACAMP MODEL UNITED NATIONS FAMUN-2015. Disponível em:< http://famun.com.br/2015/em/wpcontent/uploads/2015/04/FAMUN-2015_OMS.pdf >. Acesso: 3 de março de 2018.

POLICENO, Ana Claudia; PAGLIARI, Paulo; ZAWADZKI, Patrick. Perfil do estilo de vida dos funcionários da UNOESC – Chapecó. **Rev. Biosaúde**, v. 15, n. 2, 2013.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Comportamento preventivo (tabagismo, álcool, drogas)** Disponível em: < [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:H2p7JFAMwFcJ:https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/comportamento-preventivo-\(tabagismoalcohol-drogas\)/34163+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:H2p7JFAMwFcJ:https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/comportamento-preventivo-(tabagismoalcohol-drogas)/34163+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) >. Acesso em 19 de maio de 2018.

SANCHES, Lilian . **Qual a importância de ter relacionamentos saudáveis?**. São Paulo, 2016. Disponível em: < <https://www.intentus.me/qual-a-importancia-de-ter-relacionamentossaudaveis/> >. Acesso em 07 de maio de 2018.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17 nº1 p. 29-41, 2007.

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL EM ESTUDANTES DE CLASSES SOCIOECONÔMICAS A E B DE ESCOLAS PRIVADAS DE CAMPINA GRANDE - PB

Mirian Werba Saldanha

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Educação Física, Campina Grande-Paraíba

Tatiana Shirley Félix da Conceição

Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Educação Física, Campina Grande-Paraíba

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do 4º e 5º anos do ensino fundamental, de classes socioeconômicas A e B, de escolas privadas de Campina Grande-PB. Caracterizou-se como uma pesquisa transversal, do tipo descritivo de natureza quantitativa. A população foi constituída por estudantes do 4º e 5º anos do ensino fundamental, de três escolas privadas da cidade de Campina Grande PB, meninos e meninas, com faixa etária de 8 a 11 anos, dos turnos manhã e tarde, totalizando 466 alunos. A amostra foi composta por 181 estudantes, 85 meninos e 96 meninas. Os valores do IMC, foram determinados pelo cálculo do $\text{Peso} / \text{Altura}^2$. Nos resultados da classificação do IMC na amostra total cerca de 20,4% e 18,2% apresentam sobrepeso e obesidade. Na comparação entre os sexos, ambos os sexos apresentaram índices muito elevados, a prevalência mais elevada foi encontrada no sexo masculino, com significado estatístico, dos quais 23,5% apresentaram

índices de sobrepeso e 23,5% de obesidade, comparado ao feminino (17,7% e 13,5%). Entre os anos escolares avaliados o 4º ano obteve maior prevalência, porém sem diferença estatística. Pode-se concluir que a prevalência de sobrepeso e obesidade é bastante elevada em estudantes de nível socioeconômico elevado e que devem ser realizadas intervenções emergenciais nesta população.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrepeso. Obesidade. Saúde. Crianças. Escolares

ABSTRACT: This study aimed to describe the overweight and obesity prevalence in children of the 4th and 5th grades of elementary education, socioeconomic classes A and B, who study at private schools in Campina Grande-PB. Characterized as a cross-sectional, descriptive and quantitative research. The population was composed by all the students of the 4th and 5th grades of elementary school of three private schools in the city of Campina Grande PB, boys and girls, aged 8-11 years, morning and afternoon shifts, totaling 466 students. The sample was composed by 181 students, 85 boys and 96 girls. BMI values were determined by calculating the $\text{weight} / \text{height}^2$. In the results of the classification of the BMI in the total sample about 20.4% and 18.2% are overweight and obese. In the comparison between the sexes, both sexes had very high indexes, the highest

prevalence was found in males, with statistical significance, of which 23.5% presented overweight and 23.5% of obesity, compared to the female (17.7% and 13.5%). Among the school years evaluated, the 4th year was more prevalent, but with no statistical difference. It can be concluded that the prevalence of overweight and obesity is very high in students of high socioeconomic level and that emergency interventions should be performed in this population.

KEYWORDS: Overweight. Obesity. Health. Children. Students

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente a obesidade tem sido tratada como um assunto de interesse universal e interdisciplinar. É caracterizada pelo excesso de tecido adiposo no corpo que pode advir de uma ingestão energética alimentar além da necessidade individual, da inatividade física ou de uma predisposição genética para armazenar estoques de gordura através de um balanço energético positivo de energia.

A obesidade configura-se como uma enfermidade crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, em tal proporção que compromete a saúde, sendo as complicações mais comuns: alterações osteomusculares, dislipidemias, hipertensão arterial e Diabetes Mellitus (OMS, 1998).

Segundo Dietz, (1998) e Cole, (2000) o aumento da prevalência de obesidade é responsável pelo aumento da morbidade e mortalidade, com implicações no indivíduo, na família e na comunidade. O Brasil e a China são os países em que obesidade está aumentando de forma mais rápida no mundo (OMS 2011). De acordo com Zaché, (2003) o planeta está engordando. Dos seis bilhões de habitantes, 1,4 bilhões está em excesso de peso, e a tendência é de que esse contingente continue crescendo.

A obesidade pode ter como origem o aumento do número de células adiposas ou o aumento do volume da referida célula. A obesidade do tipo hiperplásica se manifesta na infância, causada pelo aumento de números de células adiposas no organismo, aumentando a dificuldade da perda de peso e gera uma tendência natural à obesidade futura. Quanto à obesidade hipertrófica, esta pode ser manifestada ao longo de qualquer fase da vida adulta, e é causada pelo aumento do volume das células adiposas (SOARES et al, 2003).

A obesidade causa uma série de alterações não só físicas, mas também psicológicas (CARPENTER et al, 2000) e, na infância essas alterações podem ser ainda mais frustrantes. Uma criança obesa tem de lutar com a insegurança e a agressividade, o que muitas vezes as torna retraídas, isolando-se socialmente. Fisberg, (2005) afirma que além do aparecimento de diversas patologias, as consequências da obesidade na infância acarretam distúrbios biopsicossociais como discriminação, autoimagem negativa, depressão e socialização diminuída.

A obesidade infantil prepondera no primeiro ano e após o oitavo ano de vida, e é

mais elevado nas famílias de renda maior (11,3%), do que nas de menor renda (5,3%) (FISBERG, 1995). Entretanto, com os estilos de vida modernos, principalmente no que se refere à alimentação e ao baixo nível de atividades físicas habituais, observa-se que todos os níveis socioeconômicos têm criado condições para o desenvolvimento da obesidade em crianças. Em 90% dos casos, a causa da obesidade está no ambiente onde o indivíduo vive, atualmente, as crianças ficam muito em casa, dentro de seus quartos, sentadas ou deitadas na cama, jogando videogame, navegando na internet, assistindo vídeos ou ligadas à televisão (BRASIL, 1997, BRASIL 2016).

Assim, pressupõe-se que a criança que tem um elevado nível socioeconômico torna-se cada vez mais fácil o acesso a esse mundo virtual, deixando de lado as práticas de brincadeiras que envolvem atividades físicas.

O computador e a televisão vêm roubando espaço das brincadeiras que exigem esforço físico. O percentual de escolares do 9º ano que informaram a prática de atividade física por 60 minutos ou mais, em pelo menos cinco dias, nos últimos sete dias, totalizando 300 minutos ou mais de atividade física acumulada, foi de 20,3%, sendo significativamente maior entre os meninos (28,1%) quando comparado às meninas (BRASIL, 2015)

Na última década a renda das famílias aumentou, dando mais condições de consumo, mas não a educação familiar para uma alimentação equilibrada (RADOMINSKI 2012). Melhor poder aquisitivo, as famílias estão adquirindo maior quantidade de alimentos e não necessariamente os mais saudáveis. Segundo a autora, há atualmente maior ingestão de açúcar, de alimentos gordurosos e industrializados, em vez de alimentos naturais.

No que se refere à prevenção e tratamento da obesidade, é fundamental a utilização de um método confiável que identifique com segurança a sua presença. Neste contexto, a utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ tem recebido forte aceitação por parte da comunidade científica envolvida com o estudo da obesidade, devido a sua fácil aplicação e relação estatística com a gordura corporal total em populações jovens. Who, (2000); Katch & Mcardle, (1996) consideram este método um dos mais adequados para a avaliação da composição corporal, conseqüentemente, para identificação do sobrepeso em crianças e adolescentes na rotina clínica.

O IMC, idealizado e desenvolvido por Quetelet, é utilizado mundialmente para classificar déficit ou excesso de peso em indivíduos com 18 anos de idade ou mais. Para crianças, foram estabelecidas curvas percentílicas com base no IMC, com pontos de corte de acordo com o sexo e a idade (MUST et al, 1991; ANJOS et al 1998; COLE et al., 2000; KUCZMARSKI et al., 2002; CONDE & MONTEIRO, 2006).

A detecção de alterações na composição corporal durante a infância é importante, por permitir uma intervenção precoce e prevenir as complicações da obesidade. As modificações no padrão alimentar, no estilo de vida e atividade física, em geral, são mais aceitos pelas crianças.

O presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência de sobrepeso e

obesidade em escolares, do sexo masculino e feminino, do 4º e 5º anos do ensino fundamental, de classes socioeconômicas A e B, de escolas privadas de Campina Grande-PB.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

A palavra “obesidade” tem a sua origem etimológica no latim *obesitas* (âtis-gordura excessiva). Uma interessante descoberta, é que a obesidade é, provavelmente o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos da ocorrência desta desordem em múmias egípcias e em esculturas gregas (BLUMENKRANTZ, 1997).

Coexistindo muitas vezes com a subnutrição nos países desenvolvidos, a obesidade é uma condição complexa, com dimensões sócias e psicológicas graves, afetando virtualmente todas as idades e grupos socioeconômicos (MENDES, 2004).

A obesidade pode ser considerada uma acumulação de tecido adiposo, localizado em certas partes ou em todo o corpo, causado por distúrbios genéticos ou metabólico-hormonais ou por alterações nutricionais (FISBERG, 2006). Também como doença na qual o excesso de gordura corporal se acumulou a tal ponto que a saúde pode ser afetada (LEÃO, 2003).

A prevalência do sobrepeso e da obesidade vem crescendo em todo planeta e em todas as faixas etárias. Inúmeros estudos vêm comprovando seu crescimento de forma acelerada não só nos adultos, mas também em crianças e idosos COUTINHO (1998), passando a ganhar status de epidemia global (OLIVEIRA & FISBERG, 2003).

Cerca de 18 milhões de pessoas consideradas obesas no Brasil. Somando o total de indivíduos com sobrepeso, o montante chega a 70 milhões, o dobro de há três décadas segundo Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM 2011).

Segundo Sistema de Vigilância por inquérito telefônico que monitora os principais fatores de risco em adultos brasileiros VIGITEL (BRASIL, 2017) em sua última versão em 2017 mostrou que das 27 cidades avaliadas, a frequência de excesso de peso foi de 54,0%, sendo maior entre homens (57,3%) do que entre mulheres (51,2%).

Na população de estudantes brasileiros, através da Pesquisa da Saúde do Escolar – PENSE (2016) no indicador de excesso de peso, a prevalência ficou mais elevada, com cerca de 23,7%, que corresponde um total estimado de 3 milhões de escolares, mostrando pouca variação entre os dois sexos (23,7% para o sexo masculino e 23,8% para o feminino). Obesos representam mais de um terço do total de escolares do sexo masculino com excesso de peso e um pouco menos de um terço no caso das escolares do sexo feminino com excesso de peso.

A estimativa mundial da International Obesity Task Force é de que haja, atualmente, 155 milhões de escolares com excesso de peso (sobrepeso/obesidade). Os países industrializados são os que apresentam maior prevalência de obesidade

infantil (IOTF, 2005).

Crianças obesas com faixa etária entre 6 e 9 anos de idade apresentam 55% de chances de se tornarem adultos obesos, esse percentual é 10 vezes maior se comparado com crianças com peso normal. Esse dado é um alerta para que sejam elaboradas estratégias de prevenção à obesidade infantil (MCARDLE et al, 2003).

Há um consenso entre autores com relação às causas geradoras da obesidade, relatando estarem envolvidos aspectos genéticos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e ambientais (EPSTEIN et al., 2000; KATCH e MCARDLE, 1996; JEBB, 1997). As causas da obesidade também podem ser classificadas de duas formas: 1- endócrina ou primária que deriva de problemas hormonais, tais como: alterações do metabolismo tireoidiano, gonadal, hipotálamo-hipofisário, tumores como o craniofaringeoma e as síndromes genéticas. 2- exógena ou nutricional ou secundária que é multicausal, derivado do desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, devendo ser manejado com orientação alimentar especialmente mudanças de hábitos e otimização da atividade física (FISBERG, 2005; MELO et al, 2004).

Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que nos últimos 100 anos o consumo de gorduras tenha aumentado em 67% e o de açúcar em 64%. Já o consumo de verduras e legumes diminuiu 26% e o de fibras 18%. Em grande parte este aumento do consumo calórico parece dever-se ao crescimento progressivo das porções de alimentos ao longo das últimas décadas (YOUNG & NESTLE, 2002).

Também nos países em desenvolvimento observa-se uma tendência à deterioração dos hábitos alimentares. Estudando padrões de consumo da população brasileira Sichieri e Col, (2003) relataram uma redução do consumo de arroz com feijão de 30%, enquanto o consumo de refrigerantes aumentou em 268% no Rio de Janeiro.

Outro fator importante é a criança estudar em escola privada, isso confirma a influência do fator socioeconômico e do ambiente familiar na determinação do ganho excessivo de gordura. Por serem estudantes de escolas particulares, há uma facilidade de acesso aos alimentos ricos em gorduras e açúcares simples, como também aos avanços tecnológicos como computadores, vídeos-game, entre outros (OLIVEIRA & FISBERG 2003).

Os escolares da rede privada têm as maiores prevalências de obesidade. Na média das capitais, o percentual de obesos foi de 7,2%, e as maiores frequências foram em Porto Alegre (10,5%), Rio de Janeiro (8,9%) e Campo Grande (8,9%) (OMS, 2011).

A escola contribui, em média, com 15% da alimentação diária de uma criança que passa quatro horas por dia na instituição, cabendo a esta a participação na educação alimentar (MASCARENHAS & SANTOS, 2006). A criança inicia mudanças do seu dia-a-dia na escola, e o relacionamento com outras crianças pode influenciar os hábitos alimentares adquiridos na família (RUFINO, 2005). A maioria dos lanches preparados e/ou vendidos nas cantinas escolares é carente em nutrientes e apresenta excesso

de açúcar, gordura e sódio, contribuindo dessa forma para a promoção de práticas alimentares não saudáveis (ACCIOLY, 2005; BRASIL, 2007).

Em análise sobre a tendência secular da obesidade relacionado ao status socioeconômico no Nordeste e Sudeste do Brasil aponta maiores percentuais de obesos em escolas com nível socioeconômico mais elevado para a mesma faixa etária na Região Sudeste (LEÃO, 2003). A classe socioeconômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo (MELLO et al 2004).

Várias pesquisas têm avaliado o desempenho do IMC na classificação do diagnóstico do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por meio do estudo da especificidade e sensibilidade (MALINA; KATZMARZYK, 1999; ABRANTES et al, 2003; BEDOGNI et al., 2003; NEOVIUS et al., 2004), levando-se em consideração os diferentes critérios (MUST; DALLAL; DIETZ, 1991; ANJOS; VEIGA; CASTRO, 1998; COLE et al., 2000; KUCZMARSKI et al., 2002; CONDE; MONTEIRO, 2006). Há poucos estudos realizados com crianças brasileiras, principalmente quando se trata de comparações entre a referência de Cole et al. (2000), considerada internacional, e a de Conde e Monteiro (2006), referência nacional.

Até o presente momento, têm-se conhecimento apenas dos trabalhos de Vitolo *et al.* (2006), Fernandes *et al.* (2007) e Farias Júnior et al. (2009) que objetivaram avaliar o desempenho desses dois critérios em adolescentes. Desta forma, percebe-se a necessidade da avaliação do desempenho dos pontos de corte para o IMC recomendados por Cole et al. (2000) e Conde e Monteiro (2006) em crianças.

Must; Dallal e Dietz (1991) propuseram uma classificação do IMC de crianças (a partir de 6 anos de idade) e adultos americanos, de acordo com sexo, idade e raça, com base em distribuição percentilar. No Brasil, Anjos et al (1998) desenvolveram uma curva percentílica padrão com uma amostra nacionalmente representativa da população de 0 a 20 anos de idade.

Um terceiro critério para crianças e adolescentes, recente e amplamente utilizado na literatura, foi proposto por Cole *et al.* (2000) para idades entre 2 a 18 anos. Os autores elaboraram as curvas com base em estudos realizados em seis países (Brasil, Estados Unidos, Grã Bretanha, Hong Kong, Holanda e Cingapura), com pontos de corte para sobrepeso e obesidade estimados a partir dos critérios da World Health Organization (WHO, 1998) para adultos. Um quarto critério foi desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), por meio de curvas percentilares para a população americana dos 2 aos 20 anos, separadas por sexo e idade (KUCZMARSKI et al., 2002).

Em 2006, Conde e Monteiro apresentaram a classificação do IMC para crianças e adolescentes brasileiros, com idades entre 2 a 19 anos, utilizando a mesma metodologia de Cole et al. (2000). Os autores observaram que, para a população brasileira, a utilização do método com base nos pontos de corte para adultos parece

ser mais aceitável.

3 | METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Quanto à natureza, este estudo caracteriza-se como pesquisa aplicada de modelo descritivo e, de acordo com seus objetivos, assume o perfil de pesquisa quantitativa (GIL, 1991).

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em três escolas privadas da cidade de Campina Grande PB. O critério de seleção das escolas utilizado foi o valor mais elevado da mensalidade, devido ao estudo tratar de uma população pertencente às classes socioeconômicas A e B.

3.3 População e amostra

A população foi constituída pela totalidade dos estudantes do 4º e 5º anos do ensino fundamental, meninos e meninas, com faixa etária de 8 a 11 anos, dos turnos manhã e tarde, de três escolas privadas, totalizando 466 alunos. A amostra foi composta por 181 estudantes. A diferença entre população e amostra foi ocasionada devido, parte dos alunos não terem retornado à pesquisadora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis. Devido a não falta de devolução do TCLE, pelos pais ou responsáveis e, obedecendo aos princípios éticos de pesquisa com seres humanos, a amostra sofreu redução.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para avaliar o IMC dos estudantes foram utilizados os seguintes instrumentos: balança BC-548 Ironman Body Composition Monitor, marca Tanita e um estadiômetro, da marca Seca.

Os valores do IMC, foram determinados pelo cálculo do $\text{Peso} / \text{Altura}^2$.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Na fase de apresentação do estudo foi agendado com cada escola um encontro com a Direção para a apresentação do projeto de pesquisa, juntamente com o Termo Institucional com a aceitação da instituição para a realização do estudo.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa foram realizados contatos com as escolas para a organização dos horários disponibilizados para a realização da coleta dos dados. O TCLE foi entregue às escolas que ficaram responsáveis pelo envio e recebimento dos termos assinados pelos pais ou responsáveis.

A coleta de dados foi realizada individualmente, em uma sala reservada, com a

presença de algum representante da escola durante os procedimentos da avaliação do peso e da estatura. Para a medição do peso corporal os estudantes estavam descalços e com o mínimo de roupa possível. Foi pedido para que subissem na balança com ligeiro afastamento lateral dos pés, mantendo-se sobre o centro da plataforma da balança e com o olhar voltado a frente e as costas eretas e, desta forma, foi aferido e anotado o peso corporal em quilogramas. A estatura foi medida com o avaliado em posição ortostática com pés unidos, em contato com a parede as superfícies posteriores do calcanhar, cintura escapular e região occipital.

3.6 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram organizados através de planilhas em Excel e posteriormente analisados através do Software Statistical Package for Social Scienci (SPSS), versão 20.00. Foi utilizado os recursos da estatística descritiva, média, desvio padrão, frequência e medidas de comparação entre grupos (t test student). Foi adotado o nível de significância de 5%.

3.7 Aspectos Éticos

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa situado na Universidade Estadual da Paraíba registrado através do Protocolo número 30879214.2.0000.5187.

4 | RESULTADOS

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 181 estudantes de três escolas privadas do município de Campina Grande-PB. Do total, 100 crianças (55,2%) eram do 4º ano e 81 crianças (44,8) do 5º ano do ensino fundamental; 85 eram meninos (47,0 %) e 96 eram meninas (53,0%). Quanto às idades 9 (5%) dos estudantes tinham 8 anos de idade, 87 (48,1%) estudantes tinham 9 anos de idade, 79 (43,6%) tinham 10 anos de idade e 6 (3,3) 11 anos de idade.

4.2 Índice de Massa Corporal

A seguir serão apresentados os resultados do índice de massa corporal segundo as categorias: sexo (feminino e masculino) e anos escolares (4º e 5º anos). Nas tabelas 1 e 2 constam os resultados descritivos e valores de significância entre os grupos e, nas tabelas 3 e 4, os resultados percentuais da classificação do IMC dos estudantes.

| IMC | Masculino | | | Feminino | | | Total | | | Sig |
|-----|-----------|-------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|-------|
| | n | Md | dp | n | Md | dp | n | Md | dp | p |
| | 85 | 19,32 | 3,62 | 96 | 18,53 | 3,28 | 181 | 18,90 | 3,46 | 0,000 |

Tabela 1- Média e desvio padrão do Índice de Massa Corporal dos estudantes, masculino, feminino, total e valor de significância entre os grupos.

Observa-se que as médias do IMC apresentadas estão dentro de faixas de normalidade. O sexo masculino apresenta valores mais elevados comparados às meninas, com valores estatisticamente significativos, na comparação dos dois grupos.

| IMC | 4º ano | | | 5º ano | | | Total | | | Sig |
|-----|--------|-------|------|--------|-------|------|-------|-------|------|-------|
| | n | Md | dp | n | Md | dp | n | Md | dp | p |
| | 100 | 18,79 | 3,63 | 81 | 19,04 | 3,24 | 181 | 18,90 | 3,46 | 0,000 |

Tabela 2: Média e desvio padrão do Índice de Massa Corporal dos estudantes do 4º e 5º anos do ensino fundamental, total da amostra e valor de significância entre os grupos

Nos resultados referentes aos anos escolares, as médias bastante próximas entre o 4º e 5º anos do ensino fundamental, assim como na média total da amostra, confirmado pelo valor de p que não mostrou valores significativos na diferença entre os dois grupos.

| IMC | Masculino | | Feminino | | Total | |
|-------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | (%) | n | (%) | N | (%) |
| Baixo peso | 18 | 21,2 | 29 | 30,2 | 47 | 26,0 |
| Eutrófico | 27 | 31,8 | 37 | 38,5 | 64 | 35,4 |
| Sobrepeso | 20 | 23,5 | 17 | 17,7 | 37 | 20,4 |
| Obesidade | 20 | 23,5 | 13 | 13,5 | 33 | 18,2 |
| Total | 85 | 100,0 | 96 | 100,0 | 181 | 100,0 |

Tabela 3: Frequência de baixo peso, peso ideal, sobrepeso e obesidade no sexo masculino, feminino e total da amostra.

Na classificação do IMC, no total de 181 estudantes 35,4% está dentro dos padrões de normalidade, classificados como eutróficos, seguido pelo grupo com baixo peso com 26%. Na comparação entre os sexos, apesar de apresentar maior frequência na categoria eutróficos (31,8% e 38,5% respectivamente), comparado às demais categorias, os valores de sobrepeso e obesidade foram bastante elevados, com o masculino mostrando valores superiores de sobrepeso e obesidade (47%), comparado ao feminino com 31,2%.

| IMC | 4º ano | | 5º ano | | Total | |
|------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Baixo peso | 24 | 24,0 | 23 | 28,4 | 47 | 26,0 |
| Eutrófico | 33 | 33,0 | 31 | 38,3 | 64 | 35,4 |
| Sobrepeso | 23 | 23,0 | 14 | 17,3 | 37 | 20,4 |
| Obesidade | 20 | 20,0 | 13 | 16,0 | 33 | 18,2 |
| Total | 100 | 100,0 | 81 | 100,0 | 181 | 100,0 |

Tabela 4: Classificação do IMC em estudantes do 4º e 5º anos e total da amostra.

Nos resultados referentes aos anos escolares (4º e 5º) observa-se que uma elevada frequência de estudantes está em condições de desequilíbrio com baixo peso em ambos os anos escolares, assim como 43% dos estudantes do 4º ano estão com sobrepeso e obesidade e, 33,3%% do 5º ano.

5 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do objetivo do estudo, buscou-se descrever a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do 4º e 5º anos do ensino fundamental, de classes socioeconômicas A e B, de escolas privadas de Campina Grande-PB, foram avaliados 181 estudantes de três escolas privadas do município de Campina Grande-PB, 85 eram do sexo masculino (47,0 %) e 96 (53,0%) do sexo feminino, na faixa etária dos 8 aos 11 anos. Destes, 55,2% cursavam o 4º ano e 44,8% o 5º ano do ensino fundamental.

A literatura tem apontado que a presença de obesidade geral ou centralizada pode variar de acordo com a localidade/região (De ONIS et al 2010, IBGE, 2010) o que pode explicar parcialmente as diferenças entre os estudos. Questões multifatoriais (genéticas, sociais, comportamentais e/ou econômicas) podem contribuir para estimativas de obesidade maiores ou menores em determinadas populações infantis (BARBOSA et al, 2014).

Leão *et al*, (2003) avaliaram crianças de 05 a 10 anos da rede privada e pública de ensino e apontou que 30% dos estudantes de escolas privadas apresentaram excesso de peso quando comparado a apenas 8% das crianças estudantes em escolas públicas. Em estudo recente, os resultados foram semelhantes, onde a prevalência de sobrepeso e obesidade é mais elevada em estudantes de escolas privadas (MIRANDA et al, 2015).

Quando tratada a relação do sobrepeso e obesidade e níveis socioeconômicos o estudo com jovens escolares, entre 10 e 19 anos de idade, no município de Fortaleza destacou que uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade ocorre principalmente nas classes sociais mais favorecidas, sendo observada relação diretamente proporcional entre o nível socioeconômico e o sobrepeso/obesidade, no sexo masculino, fato não

constatado no sexo feminino (CAMPOS et al, 2006).

No presente estudo foram apontadas elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade em estudantes o sexo masculino e feminino, com valores superiores e com significado estatístico para o sexo masculino e alunos do 4º ano, do ensino fundamental, em classe socioeconômica elevada.

O crescimento da excesso de peso em crianças tem sido acompanhada por órgãos de saúde pública no Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, apresentou um aumento importante no número de crianças acima do peso no país, principalmente na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade. O número de meninos acima do peso mais que dobrou entre 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Já o número de obesos teve um aumento de mais de 300% nesse mesmo grupo etário, indo de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009.

Graitcer, (1981) apontou o nível socioeconômico como determinante na prevalência da obesidade, interferindo na disponibilidade dos alimentos bem como no acesso a informações e à prática de atividades físicas. O pesquisador aponta que o crescimento infantil sofre maior influência do status socioeconômico do que de aspectos étnicos e geográficos.

Os fatores socioeconômicos relacionaram-se com a presença de excesso de peso em escolares do município de Carapicuíba (SP, Brasil), devendo esta condição ser avaliada e abordada por meio de políticas e estratégias públicas de saúde em suas múltiplas dimensões (ESKENAZI et al, 2018).

Na última década tem se intensificado o direcionamento de políticas públicas para conter a epidemia de obesidade e, algumas especificamente com foco em crianças e adolescentes e o ambiente escolar. Foi publicada em 8 de maio de 2006 a Portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação (Portaria nº. 1.010), com estratégias e passos para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar (BRASIL, 2006). No estado da Paraíba foi promulgada a Lei estadual 10.431/15, que proíbe a venda de refrigerantes nas cantinas e lanchonetes instaladas dentro de escolas públicas e privadas do Estado da Paraíba.

Neste sentido destaca-se a importância do Estado, representado pelos governos federal, estadual e municipal que, juntamente com a iniciativa privada devem buscar novas estratégias de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes. Estudos de vigilância em fatores de risco, como o PENSE (BRASIL, 2016) são necessários para monitorar regularmente a cada dois anos os níveis de excesso de peso, servindo de referência para as intervenções para cada população, diferenciando condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Como limitação do estudo realizado aponta-se a recusa dos pais ou responsáveis pelos estudantes em assinar o TCLE de crianças com sobrepeso e obesidade como uma forma de evitar avaliação e exposição da condição da criança.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, envolvendo métodos semelhantes de avaliação para que se possam realizar análises com parâmetros de comparação entre estes, bem como as experiências de intervenção realizadas com diferentes populações de crianças e adolescentes.

6 | CONCLUSÃO

No total de 181 estudantes a prevalência de sobrepeso e obesidade foram bastante elevados em ambos os sexos, com o masculino mostrando valores superiores de sobrepeso (23,5%) e obesidade (23,5%), comparado ao feminino (17,7% e 13,5% respectivamente). Entre os anos escolares avaliados a prevalência de sobrepeso e obesidade foi mais elevada no 4º ano (23% e 20%, respectivamente) comparado ao 5º ano (17,3% e 16% respectivamente).

Aponta-se a urgência nos cuidados de prevenção e tratamento do excesso de peso em crianças, no ensino fundamental, através de políticas públicas de restrição a alimentos hipercalóricos nas escolas, além de programas de aumento do nível de atividade física escolar. Salientando ainda que é preciso ter o envolvimento da escola com as famílias para, através do conhecimento sobre as causas, consequências e intervenções que podem combater e prevenir a obesidade em crianças.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, M. M.; LAMMOUNLER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste J. Pediatria, v 78, n. 4, 2002.
- ACCIOLY, E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 3º reimpressão revisada e atualizada Cultura Medica, 2005.
- ANJOS, L. A; VEIGA, G. V; CASTRO, I. R. R. Distribuição dos valores do índice de massa corporal da população brasileira até 25 anos. Revista Panamericana de Salud Pública, 3(3): 164-173, 1998.
- Barbosa Filho VC, Campos W, Fagundes RR, Lopes AS. Anthropometric indices among schoolchildren from a municipality in southern Brazil: A descriptive analysis using the LMS method. *Rev Paulista Pediatr* 2014; 32(4):333-341.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, p. S181-191, 2003.
- BEDOGNI, G.; IUGHETTI, L.; FERRARI, M. et al. Sensitivity and specificity of body mass index and skinfold thicknesses in detecting excess adiposity in children aged 8-12 years. *Annals of Human Biology*, 30(2): 132-139, 2003.
- BLUMENKRANTZ, M. *Obesity: the world's metabolic disorder* [online]. Beverly Hills, 1997. [citado em 28/8/97]. Available from www:url: <http://www.quantumhcp.com.obesity.htm> .
- BOUCHARD, C. (2003) Atividade física e a obesidade. São Paulo. Editora: Manole, 2003.

BRASIL, Estudantes de ensino médio tem peso adequado, diz IBGE. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/governo/HYPERLINK> “<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/08/estudantes-de-ensino-medio-tem-peso-adequado-diz-ibge>”2010HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/08/estudantes-de-ensino-medio-tem-peso-adequado-diz-ibge/>”/HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/08/estudantes-de-ensino-medio-tem-peso-adequado-diz-ibge>”08HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/08/estudantes-de-ensino-medio-tem-peso-adequado-diz-ibge/>”/estudantes-de-ensino-medio-tem-peso-adequado-diz-ibge> Acesso em: 30 de jan. 2014.

BRASIL, Obesidade cresce rapidamente no Brasil e no mundo. Disponível em: < <http://www12.senado.gov.br/jornal/edicoes/2013/03/12/obesidade-cresce-rapidamente-no-brasil-e-no-mundo>> Acesso em: 20 fevereiro 2015.

BRASIL, Plano para reduzir doenças crônicas incluirá obesidade em crianças e adolescentes. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/saude/HYPERLINK> “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade>”2011HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade/>”/HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade>”10HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade/>”/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade> Acesso em: 30 de jan. 2014.

BRASIL. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. Edição nº 49 – ano XI – nº fevereiro/2011. Disponível em:< <http://www.abeso.org.br/pagina/337/aspectos-epidemiologicos-da-obesidade-infantil.shtml>>. Acesso em: 01 de fev. 2014.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília 2006. Disponível em:< <http://HYPERLINK> “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”189HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”.HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”28HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”.HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”128HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”.HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”100HYPERLINK “http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf”/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf> Acesso em: 30 de janeiro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 132 p. Convênio: Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Educação Inclui bibliografia e glossário. ISBN 978-85-240-4387-1 1. Adolescentes – Estatística – Pesquisa. 2. Adolescentes – Brasil – Condições sociais. 3. Adolescentes – Brasil – Educação. 4. Adolescentes – Brasil – Comportamento sexual. 5. Estudantes – Brasil – Saúde e higiene. 6. Jovens e violência – Brasil – Estatística. I. IBGE. Coordenação de Indicadores Sociais. II. Brasil. Ministério da Saúde. III. Brasil. Ministério da Educação. IV. Título: PeNSE: 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial nº. 1010 de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Di-ário Oficial da União 2006; 9 mai.

CAMPOS, L. A., LEITE, Á. J. M., ALMEIDA, P. C. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. Revista de Nutrição, Campinas, 19(5):531-538, set./out., 2006.

CARPENTER, K. M.; HASIN, D. S.; ALLISON, D. B. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, v.90, n.2, p.251-257, 2000.

COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M.; DIETZ, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244): 1240-1243, 2000.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. *Jornal de Pediatria*, 82(4): 266-272, 2006.

COUTINHO, W. Consenso Latino Americano sobre obesidade 1998. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/HYPERLINK> "http://www.abeso.org.br/pagina/16/downloads.shtml"16HYPERLINK "http://www.abeso.org.br/pagina/16/downloads.shtml"/downloads.shtml. Acesso em: 01 Jan. 2014.

DE ONIS M, BLÖSSNER M, BORGHI E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr* 2010; 92(5):1257-1264.

DIETZ, W. H. (1998). Childhood Obesity. In: Shils, M. E.; Ulson, J. A.; Shike, M.; Ross, A.C. *Modern Nutrition in Health and Disease* (pp. 1071-1080). 9ª ed. Baltimore: Lippincott: Williams & Wilkins.

EDNALVA MARIA DE SOUSA ESKENAZI, SEM et al. Fatores Socioeconômicos Associados à Obesidade Infantil em Escolares do Município de Carapicuíba (SP, Brasil) Socioeconomic factors associated with obesity in schoolchildren from Carapicuíba, SP, Brazil. *Revista Brasileira Ciências da Saúde* 22(3):247-254, 2018

EPSTEIN LH, Paluch ra, Gordy CC, et al. Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:220–226.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; KONRAD, L. M.; RABACOW, F. M.; GRUP, S.; ARAÚJO, V. C. Sensibilidade e especificidade de critérios de classificação do índice de massa corporal em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 43(1): 53-59, 2009.

FERNANDES, RÔMULO ARAÚJO et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Alunos de Escolas Privadas do Município de Presidente Prudente – SP. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 9, p. 21-27, 2007.

FISBERG, M. *Obesidade na Infância e Adolescência*. São Paulo: BIK, 1995.

FISBERG, MAURO. *Atualização em obesidade na Infância e Adolescência*. Editora: Atheneu, São Paulo, p. 235, 2005.

GIL, D. *et al. La enseñanza de las ciencias en la educación secundaria: ICE/Universidad de Barcelona*. Barcelona: Horsoni. 1991

GRAITCER, P.L.; GENTRY, E.M. Measuring children: one reference for all. *Lancet*, 8:297- 9, 1981.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

JEBB, S.A. Aetiology of obesity. *British Medical Bulletin*, London, v.53, n.2, p.264-285, 1997.

KATCH, F. I., MCARDLE, W. D. *Nutrição, exercício e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

KUCZMARSKI, R. J.; OGDEN, C. L.; GUO, S. S; et al. C. L.2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital HealthStat*, 11(246): 1-190, 2002.

LEÃO, LEILA S.C. DE SOUZA; ARAÚJO, LEILA MARIA B.; MORAES, LIA T.L. Pimenta de, et al. Prevalência de Obesidade em Escolas de Salvador, Bahia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e*

Metodologia, São Paulo, v. 47, n.2, p. 151-157 abril de 2003.

MALINA, R. M.; KATZMARZYK, P. T. Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweig, 1999.

MASCARENHAS, J. M. O.; SANTOS, J. C. Avaliação da Composição Nutricional dos Cardápios e Custos da Alimentação Escolar da Rede Municipal de Conceição do Jacuípe / BA. Feira de Santana. n. 35, p. 75-76, 2006.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Fisiologia do exercício energia, nutrição e desempenho. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MELLO, Elza D. de; LUFT; MEYER. Obesidade Infantil: Como podemos ser eficazes? Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, V. 80, n 3, p. 173-182, janeiro de 2004.

MENDES, C. GUERRA à diabosidade. Revista Nova Gente, nº. 1429, p. 68-69. Lisboa: Impala. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alerta para prevalência de 48% de brasileiros com excesso de peso, 2011. Disponível em: [http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimasnoticias/redacao/HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"](http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimasnoticias/redacao/HYPERLINK%20http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm)2011HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"/HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"10HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"/HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"11HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"/HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"48HYPERLINK "http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/10/11/ministerio-da-saude-alerta-para-prevalencia-de-48-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm"-de-brasileiros-com-excesso-de-peso.htm. Acesso em: 30 de jan.2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional d Saúde/PNS. 2008/2009-2011. Brasília 2010. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf9HYPERLINK "http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf".pdf. Acesso em: 30 de jan. 2014.

Miranda, JMQ; Palmeira, MV; Polito, LFT et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. Privadas. Rev Bras Med Esporte – Vol. 21, No 2 – Mar/Abr, 2015

MUST, A.; DALLAL, G. E.; DIETZ, W. H. Reference data for obesity: 85th and 95thpercentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickhness. The AmericanJournal of Clinical Nutrition, 53(4): 839-846, 1991.

NEOVIUS, M. G.; LINNÉ, Y. M.; BARKELING, B. S.; ROSSNER, S. O. Sensitivity andspecificity of classification systems for fatness in adolescents. American Journal ofClinical Nutrition, 80(3): 597-603, 2004.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v.47, 2003.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). IMC por idade (5 a 19 anos). 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html. Acesso em 30 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). Plano para reduzir doenças crônicas incluirá obesidade em crianças e adolescentes. 2011.Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/saude/> HYPERLINK "http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-

obesidade”2011HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade>”/HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade>”10HYPERLINK “<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade>”/dia-nacional-da-saude-alerta-para-risco-da-obesidade. Acesso em: 30 de jan. 2014.

SBEM Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/obesidade/> Acesso em: 30 de jan. 2014.

SICHERI R,CASTRO JF,MOURA AS. Factors associated with dietary patterns in the urban Brazilian population. *Cad Saude Publica* 2003; 19 Suppl S47-53.

SOARES, LUDMILA DALBEN; PETROSKI, EDIO LUIZ. Prevalência, Fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 5, n. 1, p. 63-74, 2003.

VITOLLO, M. R.; CAMPAGNOLO, P. D. B.; BARROS, M. E. et al. Avaliação de duas classificações para excesso de peso em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4): 653-656, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Geneva, 3-5 Jun 1997. Geneva: World Health Organization, 1998. (WHO/NUT/98.1.)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, 1990. p.69-73. (Technical Report Series, 797).

YOUNG LR,NESTLE M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *Am J Public Health*. 92(2) 246-9, 2002.

ZACHÉ, J. Dúvida no Ar. *Isto É*, São Paulo, n. 1740, p. 42-45, 05 mai. 2003.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA PSICOLOGIA

Natalya Lima de Vasconcelos
Camila Batista Nóbrega Paiva
Ericka Barros Fabião no Nascimento
Mariana dos Santos

INTRODUÇÃO

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), configura-se como um curso de pós-graduação *lato sensu*, criada a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi implantada no HULW no ano de 2010 e conta atualmente com profissões da área de saúde como: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Ela está dividida em três subáreas: a Ênfase de Saúde do Idoso – que atua nos cenários da Clínica Médica, UTI Adulto, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), Clínica Cirúrgica; a Ênfase de Saúde da Criança e do Adolescente – que exerce suas atividades na Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, UTI Pediátrica e Neonatal; e a Ênfase de Paciente Crítico – cuja atuação se dá na UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal.

O programa possui dois anos de duração

e, segundo o Manual do Residente, tem como objetivo principal promover a especialização de profissionais através de uma prática com excelência que resulte em um cuidado integral sob o prisma da saúde individual e coletiva. Na área de cuidado integral às necessidades de saúde individuais, os objetivos são: desenvolver um atendimento humanizado com vinculação aos usuários pautada no respeito, avaliando suas demandas e potencializando suas capacidades para torná-los sujeitos ativos na promoção, manutenção e recuperação da própria saúde. Além disso, objetiva-se sistematizar os dados dos pacientes para estudo e formulação de hipóteses para resoluções de nós críticos, visando a elaboração de planos de cuidado e identificação de recursos sociais disponíveis para promover a melhoria constante da qualidade de vida das pessoas. Já os objetivos na área de cuidado às necessidades de saúde coletiva são: sistematizar as informações oriundas da vigilância à saúde para formulação de hipóteses e identificação de problemas de saúde, e a formulação de ferramentas do planejamento estratégico e participativo, atuando em conjunto com movimentos populares e lideranças comunitárias para que haja progressos na qualidade de vida e do meio ambiente. Por fim, na área de organização e gestão da educação

e do trabalho, objetiva-se: promover o trabalho em equipe, atuando de forma ética, participativa, corresponsável, multiprofissional e intersetorial; gerenciar planos de trabalho; participar na formação e capacitação dos trabalhadores e estudantes de saúde, utilizando metodologias ativas de ensino- aprendizagem, promovendo aprendizagem significativa e diferenciada. E no que diz respeito a investigação científica, o programa propõe-se capacitar e instrumentalizar os profissionais de saúde a tomar decisões baseadas em evidências científicas; desenvolver projetos que articulem o contexto e a metodologia em uma perspectiva socialmente distribuída em busca de respostas às questões originadas pelo pensamento crítico e reflexivo; propor pesquisas no campo de atenção, vigilância e gestão do SUS.

Diante do exposto, percebe-se que residência multiprofissional proporciona ao residente o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente, reconhecendo e resolvendo os problemas e, desta forma, produzindo mudanças de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, forma-se um profissional qualificado e crítico, atuante e comprometido (CECIM; FERLA, 2003).

Quanto ao Núcleo de Psicologia, ele conta com três vagas anuais, cada uma em uma ênfase, porém, como a duração da residência é de dois anos, tem-se um total de seis residentes por ano. Enquanto objetivo específico, temos o de capacitar o psicólogo para trabalhar em instituições nos três níveis de atenção à saúde, preparando-o para prestar uma assistência multidisciplinar comprometida com o bem-estar integral do paciente, conforme apontam os parâmetros da Política Nacional de Humanização.

Entendendo a importância do programa de residência para melhoria dos serviços oferecidos na rede SUS de psicologia, este trabalho visa relatar a experiência de residentes e preceptores do Núcleo de Psicologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência da prática profissional em Psicologia Hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se enquanto competências do Serviço de Psicologia o trabalhar sob os referenciais da Psicologia da Saúde e Hospitalar. Esta última trata-se do campo de entendimento e tratamento dos fatores psicológicos concernente ao adoecimento e aquela, a Psicologia da Saúde, diz respeito a compreensão de como fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença (CASTRO; BORNHOLDT, 2004; SIMONETTI, 2005). Visa-se promover a minimização do sofrimento psíquico do paciente e seus familiares diante dos efeitos psicotraumáticos da doença/hospitalização. Diante de tais considerações, foram organizadas as atividades teóricas e práticas dos

residentes da seguinte forma:

- atendimentos individuais e em grupo nos programas assistenciais em diversos cenários de práticas - enfermarias, UTIs, ambulatórios, atenção básica;
- Participação nas tutorias, eventos e pesquisas;
- Presença ativa em reuniões de equipes multidisciplinares ou para discussões de casos clínicos;
- Participação nas reuniões do Setor de Psicologia;
- Realização de eventos científicos abertos ao público.

Para isso, aos residentes de Psicologia compete: avaliar o grau de comprometimento emocional do paciente diante da doença/hospitalização e do tratamento, propiciando a reabilitação; atuar de forma integrada (interdisciplinar) com os demais profissionais de saúde, fornecendo diagnósticos diferenciais, atendendo a pedidos de consultas, realizando devoluções e atendimentos compartilhados; desenvolver trabalhos focalizando as especificidades do campo psíquico associado a diversas patologias orgânicas, reversíveis ou crônicas; promover a autoestima, a capacidade de autocuidado e adesão do paciente e seus acompanhantes às terapêuticas propostas pela equipe; utilizar técnicas de Psicoterapia Breve focal com aporte teórico da Psicologia da Saúde e adequada às necessidades e demanda assistida; realizar ações educativas em conjunto com a equipe acerca do diagnóstico, terapêutica e prognóstico, visando a melhora da qualidade de vida do paciente; atender conforme as normas institucionais, obedecendo à ética profissional e à bioética; anotar a estatística diária em planilha específica, registrar devidamente a evolução e acompanhamento dos pacientes, preservando a ética e o sigilo.

Já os preceptores, são os profissionais responsáveis pela orientação técnico-profissional dos residentes em suas atividades práticas relativas ao seu núcleo de saber, devendo fazer a interlocução entre os espaços de aprendizagem. Desta forma, eles contribuem para o processo de formação do residente, embora não sejam vinculados à academia, e integram conceitos e valores da teoria e prática, auxiliando assim na inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho (GUIMARAES, 2010; VIDAL, 2014). Para Barros (2010), o preceptor tem um papel de mediador em um processo de formação em serviços assistenciais, possuindo sensibilidade, paciência, habilidade em criar e improvisar, conhecimento, capacidade de diálogo e de reflexão. Ele ensina compartilhando experiências e buscando melhorar as competências do residente.

Diante da complexidade que envolve esses atores do programa de residência, o Núcleo de Psicologia do HULW percebe como essenciais para o desenvolvimento do serviço as trocas ocorridas na relação residente-preceptor, pois esse processo possibilita a criação de novos conhecimentos e favorece a aprendizagem de ambos os lados. Além disso, a presença do residente estimula os preceptores a estarem em processo de contínuo aprendizado e atualização profissional.

O quadro de servidores do Serviço de Psicologia conta com nove profissionais, sendo que quatro psicólogas são preceptoras da RIMUSH. Desta forma, a presença de seis residentes tem contribuído para o melhor andamento do serviço, produzindo conhecimentos que direcionam e unificam a atuação do Psicólogo Hospitalar, auxiliando na valorização e reconhecimento da profissão, a qual se mostra cada vez mais requisitada a participar ativamente no cuidado integral do paciente.

CONCLUSÕES

A residência multiprofissional ocupa um papel importante no sistema de saúde pois tenciona mudanças e constrói um novo pensar e agir dos trabalhadores e reforça a reflexão dos processos usuais de trabalho, incorporando o aprender-ensinar à rotina laboral. A participação das psicólogas preceptoras neste programa as auxiliou no processo de trabalho interdisciplinar através da aproximação com os residentes de outras áreas. Conclui-se como positivos os resultados das trocas entre os atores envolvidos no cenário descrito, sendo inegável a contribuição da residência também para uma reflexão sobre a atuação dos profissionais na instituição sob uma perspectiva multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- BARROS, M.C.N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- BRASIL. Lei nº 11129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem, cria a CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude , a vigorar em 2005. **Diário Oficial União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 de julho de 2005. Seção 1.
- CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2018.
- CECIM, R.B.; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, p.211-226, 2003.
- GUIMARÃES, T.G. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência da nutrição**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. Casa do Psicólogo, 2005.
- VIDAL, L.M.A. **A gestão do conhecimento no programa de residência multiprofissional em saúde do Hospital Onofre Lopes: uma visão a partir da preceptoria**. 2014, 115f. Dissertação (mestrado) – UFPB/CE/CCSA, 2014.

SAÚDE, SOCIEDADE E CULTURA: UM RETRATO DA POPULAÇÃO DO ARQUIPÉLAGO DO COMBÚ À ÓTICA DA TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

William Dias Borges

Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem “Magalhães Barata

Erlon Gabriel Rego de Andrade

Centro Universitário do Estado do Pará, Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia
Belém – Pará

Rosinelle Janayna Coêlho Caldas

Universidade Federal do Pará, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Clínica Integrada
Belém – Pará

Silvia Tavares de Amorim

Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Belém – Pará

Antonio Breno Maia de Araújo

Universidade Federal do Pará, Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia
Belém – Pará

Camila Neves Lima

Escola de Ensino Superior da Amazônia, Pós-Graduação em Enfermagem Pediátrica e Neonatal
Belém – Pará

Natália Cristina Costa dos Santos

Instituto Evandro Chagas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde
Ananindeua – Pará

RESUMO: Todo cidadão, comunidade ou grupo social deve ter, por direito, atendimento em saúde. Dessa forma, qualquer comunidade necessita de que os serviços priorizem suas particularidades, buscando oferecer melhores condições de acesso aos serviços. Sendo assim, objetivou-se relatar vivência de acadêmicos de Enfermagem em aula prática na Unidade de Saúde da Família (USF) do Arquipélago do Combú, em Belém do Pará, sob a ótica da Teoria do Cuidado Transcultural operacionalizada no Modelo do Sol Nascente. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por discentes de Enfermagem na USF do Arquipélago do Combú, em março de 2016, a partir de roda de conversa entre docente supervisor, acadêmicos e profissionais da Unidade. O resultado expressou que a interação com a equipe de saúde, possibilitou destacar características da população local relativas ao perfil socioeconômico, ambiental e epidemiológico, bem como às práticas de saúde e participação social, as quais foram agrupadas conforme os fatores apontados pelo Modelo do Sol Nascente (Modelo *Sunrise*), e os mesmos colocados como determinantes no contexto da linguagem da Saúde Coletiva. Diante disto, pode-se constatar que muitos são os desafios a serem enfrentados para que se consiga promover a atenção integral à saúde da população ribeirinha.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Transcultural.

ABSTRACT: Every citizen, community or social group must have, by right, health care. In this way, any community needs that the services prioritize their particularities, seeking to offer better conditions of access to the services. Thus, we aimed to report the experience of Nursing students in a practical class at the Family Health Unit (USF) of the Combú Archipelago, in Belém of the Pará, under the perspective of Transcultural Care Theory operationalized in the Rising Sun Model. A descriptive study, of the type of experience report, developed by Nursing students at the Combú Archipelago's USF in march 2016, based on a conversation between supervisor, academic and professionals of the Unit. The result showed that the interaction with the health team made it possible to highlight characteristics of the local population related to the socioeconomic, environmental and epidemiological profile, as well as health and social participation practices, which were grouped according to the factors indicated by the Model of the Rising Sun (Sunrise Model), and these are placed as determinants in the context of the Collective Health language. In view of this, it can be seen that many are the challenges to be faced in order to promote integral health care for the riverside population.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Nursing Care. Transcultural Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso e acessibilidade aos serviços devem ser integrais e universais, ou seja, todo cidadão, comunidade ou grupo social deve ter, por direito, atendimento em saúde. Neste sentido, qualquer comunidade necessita de que os serviços priorizem suas particularidades, de modo que se adequem à realidade local, buscando oferecer melhores condições de acesso aos serviços. A Portaria N^o 2.436 de 21 de setembro de 2017, que atualizou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), normatiza a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, que deve seguir os princípios do SUS, em consonância às especificidades e necessidades locais. Apesar desta atualização da PNAB colocar as equipes específicas como temporárias, esta propõe dois arranjos organizacionais ao atendimento das populações ribeirinhas da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, sendo estes a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e a Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF). A eSFR presta serviços em Unidade Básica de Saúde (UBS) pertencente à comunidade tendo acesso por via fluvial, enquanto que a eSFF realiza atendimentos em Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Ambas as equipes devem ser compostas essencialmente por: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de Enfermagem e seis a doze Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), acrescentando um microscopista à eSFR

localizada em área endêmica (BRASIL, 2017). Para compreender as peculiaridades do cuidado e sua significação nas diferentes culturas, Madeleine Leininger formulou o Modelo do Sol Nascente (Modelo *Sunrise*), que é o desdobramento de sua Teoria da Universalidade de Diversidade do Cuidado Cultural (TUDCC), também conhecida como Teoria do Cuidado Transcultural, a qual propõe que determinantes da estrutura social e visão de mundo (tecnológicos; religiosos e filosóficos; companheirismo e sociais; culturais e modos de vida; políticos e legais; econômicos; educacionais) influenciam práticas de cuidado e expressões de saúde individuais e coletivas, por meio da linguagem e contexto ambiental, nos sistemas de saúde (populares, profissionais e de Enfermagem). A concepção deste universo torna-se necessária às intervenções de Enfermagem, para preservar, negociar ou reestruturar o cuidado, balizando-se no respeito à cultura do outro (GEORGE; LEININGER, 2000).

2 | OBJETIVO GERAL

Relatar vivência de acadêmicos de Enfermagem em aula prática na Unidade de Saúde da Família (USF) do Arquipélago do Combú, em Belém do Pará, sob a ótica da Teoria do Cuidado Transcultural operacionalizada no Modelo do Sol Nascente.

2.1 Objetivos Específicos

- Contextualizar conceitos teóricos relacionados à assistência de Enfermagem às populações ribeirinhas da Amazônia;
- Identificar o cumprimento da PNAB quanto ao acesso das populações ribeirinhas aos serviços de saúde;
- Compreender a estrutura e organização dos serviços de atenção à saúde destinados às populações ribeirinhas.

3 | DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, desenvolvido por discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, durante aula prática do componente curricular “Atenção de Enfermagem aos Povos e Populações Tradicionais da Amazônia” na ESFR do Arquipélago do Combú, em março de 2016. A aula prática foi acordada anteriormente entre a enfermeira da Unidade e o professor do componente curricular. A dinâmica se deu a partir de roda de conversa entre docente supervisor, acadêmicos e profissionais da Unidade, sendo uma enfermeira, dois médicos e cinco ACSs.

4 | RESULTADOS

A ESFR do Arquipélago do Combú atende às Ilhas do Combú, Murutucum, Ilha Grande e Ilhinha; estas são divididas em seis microáreas, estando a microárea 4 (Ilha Grande/Ilhinha) descoberta, por falta de ACS. A UBSF está localizada na microárea 1, distante das demais microáreas, dificultando o acesso das famílias que nestas residem. A interação com a equipe de saúde, que se mostrou colaborativa com o grupo, possibilitou destacar características da população local relativas ao perfil socioeconômico, ambiental e epidemiológico, bem como às práticas de saúde e participação social, as quais foram agrupadas conforme os fatores apontados pelo Modelo do Sol Nascente (Modelo *Sunrise*), aqui os fatores foram colocados como determinantes dentro contexto da linguagem da Saúde Coletiva. Quanto aos determinantes tecnológicos, pode-se observar que a UBSR conta com refrigeração adequada para o armazenamento de imunobiológicos, porém quedas de energia são frequentes, o que prejudica a manutenção da temperatura adequada à conservação das vacinas e imunoglobulinas, dessa forma a imunização ocorre apenas quando há campanhas; a falta de transporte fluvial público constitui-se limitação quanto ao acesso aos serviços de saúde e a outros. A respeito dos determinantes religiosos e filosóficos, maior parte da comunidade é de religião evangélica, seguida por católica e outras sem definição, dado que corrobora com o estudo de Portal e Albuquerque (2013) que apresenta o perfil sociodemográfico da população do Arquipélago do Combú. A população está abaixo da linha da pobreza, sobrevivendo quase que unicamente do extrativismo; o padrão alimentar constitui-se pelo consumo de frutas típicas da região, sobretudo do açaí, e pela pesca, o turismo através dos bares e restaurantes tem tomado um importância econômica local, sendo outra fonte de renda no emprego de cozinheiras e garçons, além dos barqueiros que fazem a travessia; uma parte das famílias recebe benefícios do governo, como o Bolsa Família; há muitos casos de gravidez na adolescência e alcoolismo; não há saneamento básico, nem coleta de resíduos sólidos na região, os quais são descartados no peridomicílio; não há tratamento de água e esgoto, sendo os dejetos humanos e impurezas resultantes de atividades domésticas despejados na natureza. Estes aspectos relacionam-se aos determinantes sociais e econômicos da população adscrita. Apesar de ser uma comunidade com certas restrições de locomoção, não há mais registros de partos domiciliares na região; pré-natal de risco habitual é feito na própria Unidade, e o de alto risco é referenciado para a cidade de Belém; apesar de que em menor grau, ainda encontram-se alguns hábitos como o de colocar moeda e borra de café no coto umbilical, evidenciando-se como determinantes culturais e de modos de vida. Sobre os fatores políticos e legais, relatou-se pelos profissionais que a parceria entre líderes comunitários e equipe de saúde já foi marcante, mas hoje o controle social é pouco efetivo, apresentando liderança comunitária fragmentada por conta da geografia territorial; comércio de drogas, violência familiar e porte de armas são também problemas prevalentes. Quanto aos determinantes educacionais,

o analfabetismo em adultos é marcadamente presente, evidenciado pelo estudo de Portal e Albuquerque (2013) que apresenta frequência de 18,18% da população sem escolaridade. Estes determinantes influenciam diretamente as expressões de saúde dos indivíduos, famílias e grupos, refletindo-se em agravos relacionados ao contexto geográfico, ambiental e sociocultural. Tais expressões representam-se por doenças como as infecto-parasitárias, havendo alta prevalência de Hanseníase em adultos e crianças, mas o quantitativo de diagnosticados com Tuberculose é bem menor, sendo apenas uma gestante atendida na Unidade. Há registros de casos autóctones de Doença de Chagas; a incidência de Malária já foi alta, tendo ocorrido surto em 2006, o qual foi controlado, não havendo mais casos diagnosticados na região, assim como não há de Leishmaniose. A prevalência de Parasitoses Intestinais representa um dos mais importantes agravos, estando entre os principais agentes: *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Hymenolepis nana*, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides* e ancilostomídeos; a ocorrência de Esquistossomose Mansônica é, também, considerável, assim como de Dermatofitoses. Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o número de casos de Sífilis e Gonorreia é alto, e duas pessoas soropositivas para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são atendidas na Unidade. Há, em geral, poucos diagnosticados com Hepatites Virais, mesmo de Hepatite A, que é transmitida através da ingestão de alimentos sólidos ou líquidos contaminados. Em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), o número de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica é elevado, sobretudo nos idosos, e Diabetes Mellitus é menos incidente. Há número razoável de usuários portadores de Transtornos Mentais, mas não existe um programa de atenção especializada na Unidade, exigindo que os mesmos sejam referenciados a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou a outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em relação ao quadro vacinal, a população tem cobertura adequada; as vacinas são administradas em Belém ou durante as campanhas na localidade, necessitando de transporte fluvial para que os profissionais locomovam-se às casas dos moradores. Os profissionais da equipe reúnem-se periodicamente, com vistas a planejar e avaliar a prestação de serviços à população.

5 | CONCLUSÃO

Diante do relato, pode-se perceber a importância da UBSF no Arquipélago do Combú, bem como de sua implantação na comunidade no que se refere à mitigação de determinantes que condicionam a saúde e qualidade de vida da população. Tem-se como importante recurso na USF a inclusão de eSFR, em que os profissionais tenham formação/sensibilização adequada às particularidades locais, viabilizando intervenções em saúde relevantes à comunidade, com objetivo de minimizar as expressões de saúde geradas pelos determinantes relacionados à geografia local

e aos aspectos culturais, econômicos e sociais. Muitos são os desafios a serem enfrentados para que se consiga promover, na perspectiva biopsicossocial, a atenção integral à saúde da população ribeirinha, como infraestrutura da Unidade adequada aos serviços prestados, quadro de profissionais condizente com as necessidades de atendimento da população, garantia de acesso fluvial aos serviços e implantação de uma eSFF que contemple a localidade, de modo a pactuar ações de saúde na ótica do cuidado transcultural.

6 | CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O enfermeiro tem o forte papel de exercer educação continuada, implementando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dessas comunidades. Na perspectiva da gestão, a criação de uma eSFF colaboraria na dinâmica de trabalho do enfermeiro e sua equipe, pois refletiria um melhor e mais regular atendimento das áreas mais distantes, as quais poderiam ser redistribuídas com base na PNAB, entre a eSFR e uma nova equipe de modalidade fluvial. O profissional torna-se parceiro de sua equipe ao capacitá-la, ouvi-la e fazê-la participar do planejamento estratégico do trabalho em equipe. Deve aliar-se aos líderes comunitários e religiosos, no intuito de adquirir credibilidade e ganhar sua confiança, para tornarem-se porta-vozes na comunidade, com poder de convencimento para práticas de saúde rotineiras. Ter o manejo de contornar obstáculos e conduzir ações assistenciais com recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos, científicos disponíveis, e ser mediador frente às instâncias governamentais, para levar os anseios dos profissionais do serviço e coletividade. A Enfermagem, enquanto profissão promotora e integradora do cuidado a indivíduos e grupos, deve apropriar-se das ferramentas que auxiliem na construção de cuidados que transcendam a prática biologicista e reducionista do ser humano, contemplando integralmente suas necessidades, respeitando sua cultura e modos de vida. A Teoria do Cuidado Transcultural vem a este encontro, significativamente contribuindo para a assistência integral de Enfermagem, corroborando com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (SUS). 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 29 set. 2018.

GEORGE, J. B.; LEININGER, M. M. In: George JB et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 298-309.

PORTAL, L. C.; ALBUQUERQUE, N. C. **Rios de saúde no arquipélago do Combú: uma**

experiência com busca ativa de hanseníase. 2013. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2013.

FISIOTERAPIA REDUZ DOR, AUMENTA FORÇA E MELHORA A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTE COM POLIARTRALGIA PÓS INFECÇÃO POR VÍRUS CHIKUNGUNYA

Abner Vinícius Rolim de Oliveira

Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Mylena Cristina Ever de Almeida

Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Izabela Cristina Nogueira Mesquita

Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Pamela Maria de Lima Tenório

Universidade Federal do Pará
Belém – PA

Suellen Alessandra Soares de Moraes

Universidade Federal do Pará
Belém – PA

RESUMO: A febre de Chikungunya é caracterizada pela intensa poliartralgia, que acomete grandes e pequenas articulações de forma simétrica, e perdura por longos períodos. Frente a isso, acredita-se que a fisioterapia tenha um papel indispensável na melhora desse quadro. O objetivo do estudo é avaliar os efeitos de um programa de fisioterapia na qualidade de vida, na força de preensão palmar e dor em paciente com poliartralgia pós-infecção por vírus Chikungunya. Foi avaliado o número de locais de dor e a intensidade dolorosa pela Escala Visual Analógica, força de preensão palmar por dinamometria manual e qualidade de vida pelo

questionário SF-36. O tratamento consistiu de 9 sessões, realizadas duas vezes na semana, com duração de uma hora. O protocolo foi composto por eletroterapia, terapia manual e cinesioterapia. Paciente do sexo masculino com diagnóstico clínico de Febre Chikungunya e queixa prévia a infecção de cervicolumbalgia. Os locais de dor inicialmente eram em número de 11, e a dor classificada como intensa (EVA = 9). Após a intervenção houve redução para 4 locais dolorosos, dos quais metade eram preexistentes a infecção viral, e a dor foi classificada como moderada (EVA = 7). A força de preensão palmar aumentou de 6,04 Kgf para 24,64 Kgf na mão direita e de 24,79 Kgf para 29,63 Kgf na esquerda. A média do SF-36 aumentou de 17,43 para 54,68. O tratamento fisioterapêutico proposto reduziu o número de locais de dor, melhorou a força de preensão palmar e a qualidade de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Chikungunya; Fisioterapia; Força; Dor; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Chikungunya fever is characterized by intense polyarthralgia, which affects large and small joints symmetrically, and lasts for long periods. Faced with this it is believed that physiotherapy plays an indispensable role in improving this condition. The objective of the study is to evaluate the effects of a physical therapy program on quality of life, palmar grip

strength and pain in a patient with polyarthralgia after Chikungunya virus infection. The number of pain sites and the pain intensity was evaluated by the Visual Analogue Scale, palmar grip strength by manual dynamometry and quality of life were evaluated by the SF-36 questionnaire. The treatment consisted of 9 sessions, twice a week, lasting one hour. The protocol involved electrotherapy, manual therapy and kinesiotherapy. Male patient with clinical diagnosis of Chikungunya fever and back and neck pain prior to infection. The pain sites were initially numbered 11, and the pain classified as intense (VAS=9). After the intervention there was reduction to 4 painful sites, of which half were pre-existing viral infection, and the pain was classified as moderate (VAS=7). Palmar grip strength increased from 6.04 Kgf to 24.64 Kgf on the right hand and from 24.79 Kgf to 29.63 Kgf on the left. The SF-36 mean increased from 17.43 to 54.68. The proposed physiotherapeutic treatment reduced the number of pain sites, improved palmar grip strength and patient quality of life.

KEYWORDS: Chikungunya; Physiotherapy; Strength; Pain; Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

O vírus Chikungunya (CHIKV) é um arbovírus da família Togaviridae e do gênero Alphavirus que causa a febre de Chikungunya (JOHNSTON; PETERS, 1996). O nome da doença provém de uma palavra derivada da língua Makonde, falada por um grupo que vive no norte de Moçambique e no Sudoeste da Tanzânia. Tem por significado “aqueles que se dobram”, em decorrência da aparência encurvada das pessoas que apresentam a artralgia (MAVALANKAR et al., 2008, p.412-415).

O CHIKV é conhecido desde 1952 e desde então, desencadeou surtos em vários países do mundo (LUMSDEN, 1955; PAQUET et al., 2006). Chegou às Américas em outubro de 2013, ocorrendo os primeiros casos de transmissão autóctone no Brasil no segundo semestre de 2014 (LEPARC-GOFFART et al., 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a). O período de incubação no ser humano dura em média 3 a 7 dias (STAPLES; BREIMAN; POWERS, 2009), e a viremia persiste por até quatro dias após o surgimento dos sintomas (CASTRO; LIMA; NASCIMENTO, 2016).

A maioria dos indivíduos infectados pelo vírus Chikungunya terá uma apresentação sintomática, correspondendo a 70-95% dos casos, o que o destaca se comparado a outras arboviroses (MORRISON, 2014; MANIMUNDA et al., 2008). Isso implica em elevado número de pessoas que precisam de atendimento, acarretando em ônus nos serviços de saúde (BLOCH, 2016).

A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica (SIMON et al., 2015). A primeira inicia-se após o período de incubação e dura até o décimo quarto dia, é caracterizada principalmente por febre de início súbito, geralmente acompanhada de dores, rash cutâneo, cefaleia e fadiga (CHOPRA et al., 2012; CHOPRA et al., 2008).

Além disso, a artralgia é presente em mais de 90% dos pacientes infectados,

podendo persistir até a fase crônica em mais de 50% desses. Esta, normalmente afeta várias articulações em regiões distais, sendo bilateral e simétrica, mas também pode apresentar-se assimétrica e acometendo grandes e pequenas articulações (SCHILTE et al., 2013; ESSACKJEE et al., 2013). Adicionalmente a mialgia também tem sido observada nessa fase (DUPUIS-MAGUIRAGA et al., 2012).

Alguns pacientes persistem com as dores articulares após a fase aguda, caracterizando a fase subaguda. Nessa fase, embora a febre normalmente desapareça, ocorre o agravamento ou continuidade da artralgia, com exacerbação da dor nas regiões previamente acometidas na primeira fase (CUNHA; TRINTA, 2017).

Quando a duração dos sintomas persiste além dos 3 meses atinge-se a fase crônica. Entre os estudos, a prevalência desta fase é diversificada, atingindo até mais da metade dos pacientes (DUPUIS-MAGUIRAGA et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Os fatores de risco associados a cronificação são: idade superior a 45 anos, problemas articulares preexistentes e lesões articulares mais intensas na fase aguda. O sintoma mais comum nesta fase é o acometimento articular persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda (DUPUIS-MAGUIRAGA et al., 2012).

Como o acometimento articular na Febre Chikungunya causa importante incapacidade física, esta impacta negativamente na qualidade de vida dos pacientes (RAMACHANDRAN; MALAISAMY; PONNAIAH, 2012). A incapacidade laboral causada pela doença, em uma faixa etária economicamente ativa, amplia ainda mais a magnitude do problema para a população atingida (BASTOS; ABREU; JUNIOR, 2018).

De modo semelhante aos comprometimentos funcionais da artralgia pós-infecção por CHIKV, a artralgia decorrente da artrite reumatoide também impacta drasticamente a qualidade de vida e, nessa patologia, a fisioterapia mostra-se fundamental, contribuindo com inúmeros recursos terapêuticos a fim de minimizar os efeitos da dor e da perda funcional (MIOTTO et al., 2013).

Considerando a relação do vírus com os acometimentos articulares, e a ampla abordagem e efetividade da fisioterapia em outros casos de artralgia, acredita-se que a fisioterapia tenha um efeito indispensável para a reabilitação da população infectada por CHIKV, desse modo, o objetivo do presente trabalho foi avaliar os efeitos de um programa de fisioterapia na qualidade de vida, redução da dor e força de preensão palmar em paciente com poliartralgia pós-infecção por vírus Chikungunya.

2 | MÉTODOS

O presente estudo teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA), sob o parecer nº 1.593.170 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo voluntário que aceitou participar da pesquisa. Trata-se de um estudo

descritivo do tipo relato de caso.

O paciente procurou o serviço após divulgação de atendimento por projeto de extensão universitário na Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (FFTO) da Universidade Federal do Pará. Após contato inicial, foi agendado a avaliação, composta por anamnese e exame físico. Na anamnese foram coletadas as informações pessoais do paciente, doenças e dores preexistentes, além da descrição do início dos sintomas e dos locais de dor. O número de locais de dor foi determinado ao solicitar que o paciente localizasse em uma imagem representativa do corpo humano os locais correspondentes a sua dor (MARTINEZ et al., 2011).

A intensidade algica foi avaliada através da Escala Visual Analógica de Dor (EVA). A EVA consiste na autoavaliação da dor do paciente tomando como referência uma régua horizontal medindo 10 cm, e tendo em uma extremidade o número zero e a indicação de “ausência de dor”, e na outra extremidade o número dez, significando “dor insuportável”. Ao paciente era solicitado que escolhesse a pontuação que melhor descrevia a sua percepção de dor no momento. Para a classificação da intensidade algica, foi estabelecido “zero” como ausência de dor, um a três pontos como dor leve, quatro a sete pontos como dor moderada e oito a dez pontos como dor intensa.

A força de preensão palmar, no exame físico, foi avaliada por meio de um dinamômetro hidráulico de mão (Saehan Corp, SP). A literatura recomenda o uso do modelo hidráulico para a avaliação da força de preensão manual como “padrão ouro”, procedimento simples, objetivo, prático e de fácil utilização (REIS e ARANTES, 2011). O resultado foi obtido em Quilograma-força (Kgf), pela média de três tentativas, primeiro com a mão dominante em seguida com a mão contralateral.

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). Esse questionário é multidimensional e aplicado em mais de 200 doenças e traduzido em 40 países. No Brasil, já se encontra traduzido e validado em sua primeira versão desenvolvida em 1998. É dividido em oito domínios específicos da saúde física e mental com pontuação variando de 0 a 100, no qual zero é o pior estado geral de saúde, e cem o melhor estado geral de saúde (CAMPOLINA et al., 2010).

O tratamento fisioterapêutico consistiu de nove sessões, sendo realizadas duas vezes na semana com duração aproximada de uma hora cada. O protocolo foi composto por Eletroterapia, Terapia manual e Cinesioterapia. Nas três primeiras sessões foram realizadas mobilização articular de quadril, joelho, ombro, cotovelo, punho e dedos. Também foi utilizado a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) na modalidade acupuntura por 25 minutos e Ultrassom terapêutico (US) de 1MHz por 2 minutos nas áreas mais comprometidas ajustando a intensidade para 0,3 W/cm² no modo pulsado.

Da quarta até a sétima sessão o TENS foi usado eventualmente, enquanto os demais recursos foram mantidos e adicionado alongamentos ativos e a técnica de contra-relaxa nas musculaturas dos membros inferiores (MMII) e coluna cervical.

Exercícios ativos livres e com leve resistência foram realizados. Da oitava a nona sessão, foi realizado alongamento e inibição muscular, US em modo contínuo apenas na cervical, lombar e joelhos e exercícios ativos de flexibilidade e com resistência leve bem como treino do controle motor para correção do ritmo escapulo-umeral e lombo-pélvico. Após as nove sessões foi conduzida a reavaliação do paciente.

3 | RESULTADOS

Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, desempregado, divorciado, com histórico de trabalho dirigindo máquinas pesadas, relatou dores articulares cervicais e lombares prévias a infecção, sendo observado alterações posturais na coluna (retificação cervical e lombar) condizentes com o quadro e que pioraram após a infecção. Recebeu diagnóstico clínico de Febre Chikungunya em fevereiro de 2017, no município de Belém- Pará.

Na avaliação inicial, já na fase subaguda, apresentou um quadro típico de sequela de infecção por CKV devido acometimento simétrico de punhos, mãos e joelhos. Também referiu dor nas articulações temporomandibulares, tórax, cervical e lombar. O paciente apontou um total de 11 locais de dor (Figura 1), sendo a média da intensidade de dor classificada como dor intensa (EVA 9). Após a intervenção, o número de locais de dor reduziu para 4 (Figura 2) e a intensidade passou a ser classificada como moderada (EVA 7). Dos locais apontados, apenas a dor cervical e lombar apresentaram origem muscular, as outras regiões apresentavam dor de origem articular.

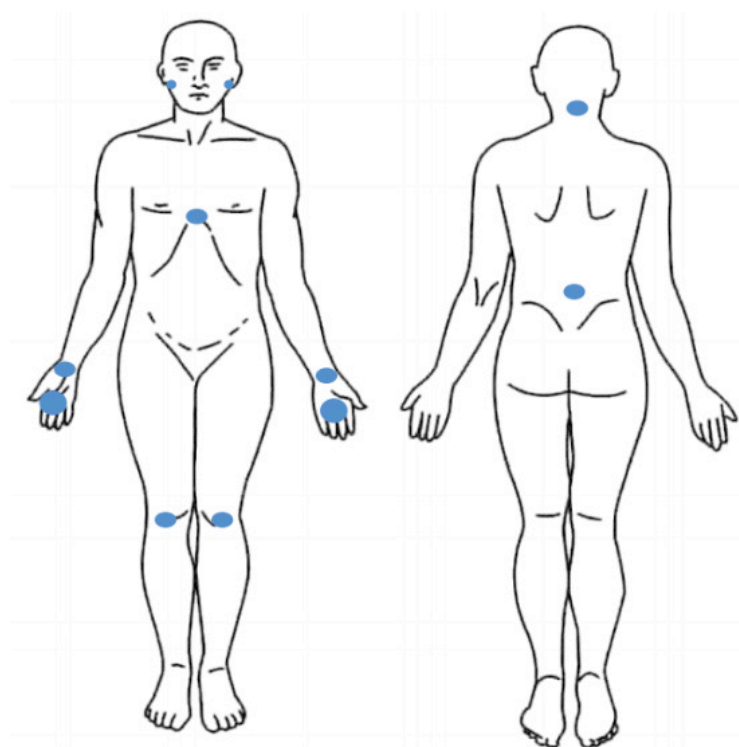


Figura 1- Locais de dor indicados pelo paciente antes da intervenção.

Fonte: Adaptado de Melzack & Torgerson, 1971.

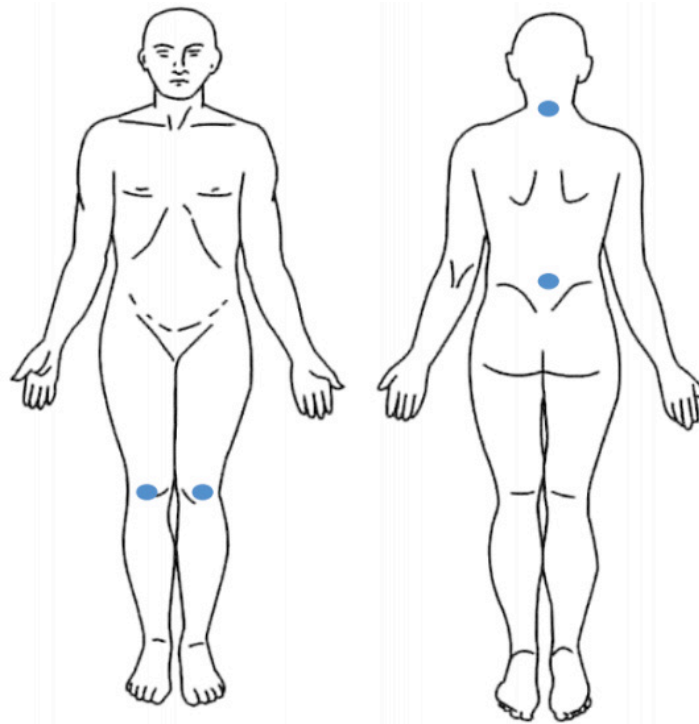


Figura 2- Locais de dor indicados pelo paciente após a intervenção.

Fonte: Adaptado de Melzack & Torgerson, 1971.

No que tange a força de preensão palmar, avaliada por dinamometria, o paciente apresentava notável redução na mão direita antes do tratamento (6,04 Kgf), porém foi reestabelecida após as sessões para 24,79 Kgf. Na mão esquerda também houveram ganhos em relação a força muscular, embora não estivesse tão comprometida, passando de 24,64 Kgf para 29,63 Kgf (Tabela 1).

Na avaliação da qualidade de vida (Tabela 2), foi observado um aumento no score total do questionário SF-36, porém os domínios que mais chamam a atenção foram o estado geral de saúde e limitação por aspectos emocionais, que aumentaram 52 e 100 pontos, respectivamente.

| Local | Pré-intervenção (Kgf) | Pós-intervenção (Kgf) |
|--------------|-----------------------|-----------------------|
| Mão direita | 6,04 | 24,79 |
| Mão esquerda | 24,64 | 29,63 |

Tabela 1 - Força de preensão palmar pré e pós-intervenção.

| Domínio | Pré-intervenção | Pós-intervenção |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| Capacidade funcional | 5 | 30 |
| Limitação por aspectos físicos | 0 | 0 |
| Dor | 10 | 20 |
| Estado geral de saúde | 20 | 72 |
| Vitalidade | 15 | 65 |
| Aspectos Sociais | 37,5 | 62,5 |
| Limitação por aspectos emocionais | 0 | 100 |

| | | |
|--------------|-------|-------|
| Saúde mental | 52 | 88 |
| Média | 17,43 | 54,68 |

Tabela 2 - Escores do SF-36 pré e pós intervenção.

4 | DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram um paciente com quadro típico de seqüela de infecção por CKV com predomínio de dor simétrica nas articulações distais do membro superior culminando com perda de força de preensão palmar. Além disso, tinha dor simétrica no joelho e lesões prévias a infecção em região cervical e lombar.

Javelle et al (2015), em estudo acerca dos acometimentos articulares pós-infecção por CHIKV na Ilha Reunion após a epidemia de 2005-2006, revisaram os arquivos médicos de 159 pacientes que desenvolveram Chikungunya, e encontraram que 94 desses (59%), que não tinham nenhum problema articular anterior à infecção pelo CHIKV desenvolveram alguma doença articular, como artrite reumatoide, espondiloartrite, e poliartrite indiferenciada. Em nosso estudo, o paciente desenvolveu dores articulares em locais que não tinham problemas prévios e teve piora sintomatológica de lesões prévias a infecção.

Adicionalmente, o estudo de Marimoutou et al (2012) mostrou que pessoas infectadas com o CHIKV, tanto curadas como não curadas, ainda mantém os sintomas reumáticos de dor, rigidez articular e edema 30 meses após a infecção, em comparação a pessoas não infectadas. Por outro lado, nossos resultados indicam que com o tratamento da fisioterapia a melhora sintomatológica pode ser acelerada, mostrando-se muito importante pois a dor compromete o estado geral de saúde e limita as atividades de quem a sente.

O mesmo estudo de Marimoutou et al (2012) também mostrou que a qualidade de vida desses indivíduos é menor do que a de indivíduos não infectados, o que corrobora o baixo escore no SF-36 encontrado em nosso paciente, e evidencia o impacto a longo prazo da infecção pelo CHIKV. Outrossim, nosso resultado sobre qualidade de vida sugere que após a intervenção fisioterápica uma melhora considerável pode ser identificada, mesmo com o escore geral permanecendo abaixo do esperado para indivíduos não infectados. Laguardia et al (2013), ressaltam a importância da análise do SF36 pelos scores dos domínios, e desse modo, o tratamento foi capaz de melhorar a percepção do estado geral de saúde e principalmente foi motivador, haja vista a melhora na limitação por aspectos emocionais que se encontrava muito comprometida no início do tratamento.

Ribeiro et al (2016), utilizando recursos eletroterapêuticos como US, LASER, infravermelho e TENS, conseguiram reduzir a dor e melhorar a qualidade de vida de um paciente com acometimentos articulares pós infecção por CHIKV, o que corrobora com os resultados do presente estudo. Além de medidas eletroterapêuticas, a cinesioterapia por meio de alongamentos, mobilizações e exercícios também são recomendados

para pacientes com artralgia a fim de melhorar a amplitude de movimento e a função física dos mesmos (PETER et al., 2011; FRANSEN et al., 2015).

Em decorrência da relação do vírus com os acometimentos articulares, e da falta de estudos acerca das limitações funcionais dos indivíduos infectados, esse vem a ser um dos primeiros estudos que mostram a redução da força muscular de preensão em indivíduos com sequela de CHIKV. Diante disso, ainda não há um consenso sobre o tratamento fisioterapêutico específico para artralgia pós-infecção por CHIKV. Com essa pesquisa, sugerimos que a intervenção deva ser baseada no tratamento de outra doença articular autoimune, como a artrite reumatoide, uma vez que existem bons níveis de evidências que mostram que esse tipo de intervenção traz bons resultados, pautando-se em quatro pilares: incentivo e orientação ao autocuidado; fortalecimento muscular; exercícios aeróbicos de baixo impacto e educação neuromuscular (AAOS 2013).

Devido a diferenças etiológicas e particularidades do CHIKV, estimulamos a produção de novos estudos com o intuito de melhorar a compreensão das alterações funcionais e limitações persistentes após essa infecção, bem como ensaios clínicos para avaliar os recursos mais eficazes a fim de melhor traçar o racional terapêutico para esse comprometimento.

5 | CONCLUSÃO

Um plano de tratamento fisioterapêutico individualizado, baseado em recursos analgésicos, anti-inflamatórios, cinesioterapia e terapia manual para um paciente com quadro típico de poliartralgia decorrente de infecção por CHIKV reduziu os locais de dor, melhorou a força de preensão palmar e melhorou vários domínios da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AAOS. Treatment of osteoarthritis of the knee evidence-based guideline. 2nd ed. Am Acad Orthop Surg Board Dir, 2013.

BASTOS, M.L.A.; ABREU, F.S.; JUNIOR, G.B.S. Inability to work due to Chikungunya virus infection: impact on public service during the first epidemic in the State of Ceará, northeastern Brazil. Braz J Infect Dis, n. 22, v. 3, p. 248-249, 2018.

BLOCH, D. The Cost And Burden Of Chikungunya In The Americas. (2016). 34f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Escola de Saúde Pública). Universidade de Yale: New Haven. Public Health Theses. 1022. Disponível em: <<https://elischolar.library.yale.edu/ysphtdl/1022>>.

CAMPOLINA, A.G; BORTOLUZZO, A.B; FERRAZ, M.B; CICONELLI, R.M. O Questionário SF-6D Brasil: Modelos de Construção e Aplicações em Economia da Saúde. Rev Assoc Med Bras. v. 56, n. 4, p. 409-414, 2010.

- CASTRO, A. P. C. R.; LIMA, R. A., NASCIMENTO, J. S. Chikungunya: vision of the pain clinician. *Rev Dor*, v. 17, n.4, p. 299-302, 2016.
- CHOPRA, A., ANURADHA, V.; LAGOO-JOSHI, V.; KUNJIR, V.; SALVI, S.; SALUJA, M. Chikungunya vírus aches and pains: an emerging challenge. *Arthritis Rheum*, v. 58, n. 9, p. 2921-2, 2008.
- CHOPRA, A.; ANURADHA, V.; GHORPADE, R.; SALUJA, M. Acute Chikungunya and persistent musculoskeletal pain following the 2006 Indian epidemic: a 2-year prospective rural community study. *Epidemiol Infect.* v. 140, n. 5, p. 842-50, 2012.
- CUNHA, R. V.; TRINTA, K. S. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro*, v. 112, n. 8, p. 523-531, 2017.
- DUPUIS-MAGUIRAGA, L.; NORET, M.; Brun, S.; LE GRAND, R.; GRAS, G.; ROQUES, P. Chikungunya Disease: Infection-Associated Markers from the Acute to the Chronic Phase of Arbovirus-Induced Arthralgia. *PLoS Negl Trop Dis*, v.6, n.3, p. e1446, 2012.
- ESSACKJEE, K. et al. Prevalence of and risk factors for chronic arthralgia and rheumatoid-like polyarthritis more than 2 years after infection with chikungunya vírus. *Postgrad. Med. J.* v. 89, n. 1054, p. 440-7, 2013.
- FRANSEN M, MCCONNELL S, HARMER AR, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee: a cochrane systematic review. *Br J Sports Med.* v. 49 p. 554-1557, 2015.
- JAVELLE, E; RIBERA, A; DEGASNE, I; GAÜZÈRE B.A; MARIMOUTOU, C; SIMON, F. Specific Management of Post-Chikungunya Rheumatic Disorders: A Retrospective Study of 159 Cases in Reunion Island from 2006-2012. *PLoS Negl Trop Dis.* v. 9, n. 3, p. e0003603, 2015.
- JOHNSTON, R. E.; PETERS, C. Alphaviruses associated primarily with fever and polyarthritis. In: FIELDS, B. N., KNIPE, D. M., HOWLY, P. M., eds. New York: Raven Press, 1996.
- LAGUARDIA, J; CAMPOS, M; TRAVASSOS, C; NAJAR, A; ANJOS, L; VASCONCELLOS, M. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras de Epidemiol.* v. 16, n. 4, p. 889-897, 2013.
- LEPARC-GOFFART, I. et al. Chikungunya in the Americas. *Lancet.* v. 8, n. 383, p. 514, 2014.
- LUMSDEN, W. H. An epidemic of virus disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952–53 II. General description and epidemiology. *Trans. Royal Soc. Trop. Med. Hyg.* v. 49, p. 33–57, 1955.
- MANIMUNDA, S.P.; SUGUNAN, A.P.; RAI, S.K.; VIJAYACHARI, P.; SHRIRAM, A.N.; SHARMA, S. et al. Outbreak of chikungunya fever, Dakshina Kannada District, South India, 2008. *Am J Trop Med Hyg.* v.83, n. 4, p. 751-4, 2010.
- MARIMOUTOU, C; VIVIER, E; OLIVER, M; BOUTIN, J.P; SIMON, F. Morbidity and impaired quality of life 30 months after chikungunya infection: comparative cohort of infected and uninfected French military policemen in Reunion Island. *Medicine (Baltimore).* v. 91, n. 4, p. 212–219, 2012.
- MARTINEZ, J.E; GRASSI, D.C; MARQUES, L.G. Análise da Aplicabilidade de três Instrumentos de Avaliação de Dor em Distintas Unidades de Atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol.* v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.
- MAVALANKAR, D. et al. Increased mortality rate associated with chikungunya epidemic, Ahmedabad, India. *Emerg. Infect. Dis.* v. 14, n. 3, p. 412–415, 2008.
- MELZACK R., TORGERSON W. On the language of pain. *Anesthesiology.* v. 34, n. 1, p. 50-9, 1971.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos casos de Dengue e Febre de Chikungunya até a Semana Epidemiológica 9, 2015a. v. 46, n. 8, 2015a. ISSN 2358-9450. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/13/Boletim-Dengue-SE09-2015.final.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Chikungunya: Manejo Clínico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

MIOTTO, C; et al. Tratamento fisioterapêutico das artralguas. Rev. dor [online], v. 14, n. 3, p. 216-218, 2013.

MORRISON, T. E. Reemergência do vírus Chikungunya. J Virol, v. 88, n. 20, p. 11644-7, 2014.

PAQUET, C. et al. Chikungunya outbreak in Reunion: epidemiology and surveillance, 2005 to early January 2006. Eurosurveillance, v.11, n.5, 2006.

PETER, W.F; JANSEN, M.J; HURKMANS, E.J; BLOO, H; DEKKER, J; DILLING, R.G; et al. Physiotherapy in hip and knee osteoarthritis: development of a practice guideline concerning initial assessment, treatment and evaluation. Acta Reum Port. v. 36, n. 3, p. 268-281, 2011.

RAMACHANDRAN, V.; MALAISAMY, M.; PONNAIAH, M. Impact of Chikungunya on Health Related Quality of Life Chennai, South India. PLoS ONE, v. 7, n. 12, p. e51519, 2012.

REIS, M.M; ARANTES, P.M.M. Medida da Força de Prensão Manual – Validade e Confiabilidade do Dinamômetro Saehan. Fisiot Pesq. v.18, n.2, p:176-181, 2011.

RIBEIRO, A.M.B.M; PIMENTEL, C.M; GUERRA, A.C.C.G; LIMA, M.R.O; Physiotherapeutic approach on the late phase of chikungunya: a case report. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife. v. 16, p. S51-S56, 2016.

SCHILTE, C et al. Chikungunya vírus-associated long-trem Arthralgia: A 36-month prospective longitudinal Study. PLoS Negl Trop Dis, v.7, n.3, 2013.

SIMON, F.; JAVELLE, E.; CABIE, A.; BOUQUILLARD, E.; TROISGROS, O.; GENTILE, G., et al. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations) November 2014. Med Mal Infect, v.45, p. 243-263, 2015.

STAPLES, J. E.; BREIMAN R. F.; POWERS A.M. Chikungunya fever: an epidemiological review of a re-emerging infectious disease. Clin Infect Dis, v. 49, p. 942-948, 2009.

O USO DA OXIGENOTERAPIA EM UM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA INSERIDO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Anna Byatriz Tavares Souza Lopes

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – PA

Rodrigo Santiago Barbosa Rocha

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – PA

Larissa Salgado de Oliveira Rocha

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém - PA

George Alberto da Silva Dias

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – PA

Luiz Euclides Coelho de Souza Filho

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Belém – PA

RESUMO: Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória caracterizada pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, onde a Oxigenoterapia oferta fluxos que elevem a fração inspirada de O₂, suficiente para estabilizar a saturação em níveis mais seguros melhorando a oferta tecidual de oxigênio.

Objetivos: Descrever os cuidados do programa de oxigenoterapia prolongada em um paciente portador de DPOC, acompanhado pelo serviço domiciliar no programa Melhor em Casa do Sistema Único de Saúde. **Materiais e Métodos:** O estudo foi do tipo descritivo observacional,

de caráter qualitativo, realizado no programa Melhor em Casa do Sistema Único de Saúde que apresenta-se através das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar. Serviu como objeto de estudo, paciente do sexo masculino, 60 anos, ex operador de caldeira, com diagnóstico de Enfisema Pulmonar, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, encaminhado em agosto 2016 para o tratamento. **Resultados:** A visita periódica foi feita ao paciente após 2 meses do início do uso da oxigenoterapia. O diálogo Terapeuta-paciente embasou-se nas orientações acerca dos aspectos de vida e função respiratória, com acompanhamento de uso de medicações, armazenamento do condensador e cilindro de oxigênio, assim como higiene do equipamento.

Considerações Finais: A suplementação de oxigênio diminui o trabalho ventilatório, melhora o metabolismo orgânico, as funções cardiovascular e muscular sistêmica. Por tanto, frisa-se a importância do acompanhamento e manutenção do programa que contribui para a devolução da qualidade de vida a pacientes com DPOC, diminuindo as internações hospitalares e impactos psicossociais associados às manifestações da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Oxigenoterapia, Fisioterapia, Atendimento Domiciliar

ABSTRACT: Introduction: Chronic obstructive

pulmonary disease (COPD) is a respiratory disease characterized by the presence of chronic airflow obstruction, where oxygen therapy offers flows that raise the inspired fraction of O₂, enough to stabilize saturation at safer levels, improving tissue supply of oxygen. Objectives: To describe the care of the long-term oxygen therapy program in a COPD patient, followed by the home care service in the Best Home Program of the Brazilian National Health System. Materials and Methods: The study was a descriptive, qualitative study, made in the Best Home of the Brazilian National Health System that is presented through the Multidisciplinary Home Care Teams. Was object of study, a 60-year-old male patient, former boiler operator, diagnosed with Pulmonary Emphysema, with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, was referred in August 2016 for treatment. Results: The periodic visit was made to the patient after 2 months of the beginning of oxygen therapy. The Therapist-patient dialog was based on guidelines on aspects of life and respiratory function, with monitoring of medication use, condenser storage and oxygen cylinder, as well as equipment hygiene. Final Considerations: Oxygen supplementation decreases ventilatory work, improves organic metabolism, cardiovascular and systemic muscular functions. Therefore, it is important to monitor and maintain the program that contributes to the return of quality of life to patients with COPD, reducing hospital admissions and psychosocial impacts associated with the manifestations of the disease.

KEYWORDS: Oxygen Therapy, Physiotherapy, Home Care

1 | INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória caracterizada pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, a qual não é totalmente reversível, progressiva e associada a resposta inflamatória anormal das vias aéreas à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada principalmente pelo tabagismo. O processo inflamatório crônico pode produzir alterações dos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar) (LAIZO, 2009).

A DPOC é responsável por 3 milhões de mortes a cada ano, chegando a 5% das mortes por todas as causas e com estimativa de um aumento progressivo da mortalidade; de 1990 a 2010, a DPOC passou da quarta para a terceira causa de morte (RABAHI, 2013).

Fisiopatologicamente, a disfunção respiratória que leva à hipoxemia encontrada na DPOC são alterações da relação ventilação/perfusão, a redução da difusão e a hipoventilação alveolar, que na maior parte dos casos, o paciente, melhora após suplementação com oxigênio inalatório (SBPT, 2004).

O que se propõe com a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada é uma oferta mínima, com fluxos que elevem a fração inspirada de O₂, suficiente para estabilizar a saturação em níveis mais seguros melhorando a oferta tecidual de oxigênio, reduzindo

a policitemia secundária, aliviando o estresse miocárdico da hipoxemia, reduzindo arritmias cardíacas notadamente durante o sono, estabilizando, atenuando, ou até revertendo a progressão da hipertensão pulmonar (BARTHOLO et al., 2009).

Apesar da terapia com oxigênio domiciliar existir há mais de meio século, só a partir dos anos 80 do século passado é que surgiram evidências de que a oxigenioterapia domiciliar prolongada (ODP) aumentava a expectativa de sobrevida e melhorava a qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC com hipoxemia crônica. A partir dessas evidências, milhares de pacientes portadores de DPOC, em todo o mundo, passaram a utilizar essa forma de terapia (SBPT, 2000).

A ODP é um procedimento terapêutico de alto custo e a seleção dos pacientes que dela vão se beneficiar deve ser criteriosa, pautada em evidências que orientem a sua prescrição, a qual deve sempre seguir as recomendações internacionais e também obrigatoriamente incluir a fonte de oxigênio a ser utilizada, o método de fornecimento, duração do uso e os fluxos em repouso, atividade física e sono (O'REILLY et al., 2007).

Os pacientes que devem fazer uso da terapia de oxigênio domiciliar prolongada são aqueles que apresentam $PaO_2 < 55\text{mmHg}$ ou $SaO_2 < 88\%$ com ou sem hipercapnia. Além daqueles que apresentam PaO_2 entre 55mmHg e 60mmHg ou SaO_2 de 88% caso apresentem evidências de hipertensão arterial pulmonar, edema periférico sugestivo de insuficiência cardíaca congestiva ou policitemia (hematócrito $> 55\%$). Objetivando aumentar a PaO_2 para um nível basal de pelo menos 60mmHg em repouso e/ou uma SaO_2 de pelo menos 90% (TANNI et al., 2007).

Existem quatro sistemas ou fontes disponíveis, dentre eles: Cilindros de oxigênio, concentradores de oxigênio, oxigênio líquido e oxigênio gasoso portátil, sendo os cilindros de oxigênio o método mais caro. Para utilização da oxigenioterapia, a cânula nasal é a mais usada, termina em duas pequenas hastas introduzidas no vestíbulo das narinas sendo mais confortáveis (BARTHOLO et al., 2009).

O uso de oxigenioterapia domiciliar prolongada é uma das poucas terapias que mudam prognóstico nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Além desta, apenas a cessação do tabagismo e a cirurgia redutora de volume em pacientes criteriosamente selecionados mudou prognóstico nesta doença. Os pacientes em uso de oxigenioterapia devem ter, no mínimo, uma consulta semestral para acompanhamento e nesta deve ser sempre verificada a oximetria de pulso (VIEGAS et al., 2000).

Watanabe et al. (2015), concluiu que o perfil dos usuários, tendo predomínio de idosos, com doença crônica, em uso de tabaco em algum momento da vida, indica resultados que retratam um panorama vivenciado no país e no mundo: transição demográfica e mudança do perfil de morbidade, ou seja, envelhecimento da população e prevalência das doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida, que gera demanda para tratamentos em longo prazo.

Segundo Silva et al. (2010), “os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990”. Esta expansão pode ter sido impulsionada pela criação do SUS e pela consequente

municipalização da saúde característica dessa década. Este processo possibilitou que os gestores locais e trabalhadores experimentassem novos arranjos de cuidado, de forma criativa e, às vezes, ousada.

A [Portaria Nº 2029, de 24 de agosto de 2011 - Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#), tendo como um de seus desdobramentos, a instituição do Programa Melhor em Casa.

O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d).

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social, onde outros profissionais como fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico poderão compor as equipes de apoio, que podem atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d).

Esse estudo objetivou relatar a experiência do acompanhamento de um atendimento fisioterapêutico vinculado ao Programa Melhor em Casa, em um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica inserido no serviço de Oxigenoterapia domiciliar prolongada.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo observacional, de caráter qualitativo, realizado no programa Melhor em Casa do Sistema Único de Saúde, na região Metropolitana de Belém, no estado do Pará. Que apresenta-se através das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar que estão sediadas nas Unidades Municipais de Saúde da Sacramenta e do Benguí II, que atende pacientes encaminhados pela Atenção Básica, pelos Hospitais de Pronto-Socorro Mário Pinotti e Humberto Maradei Pereira, pela Unidade de Pronto-Atendimento de Icoaraci e por solicitação dos próprios familiares feitas nas Unidades de Saúde com Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

Entre o público apto ao atendimento do Melhor em Casa, estão pessoas com úlcera de decúbito (escara), doenças crônicas pulmonares, problemas respiratórios com necessidade de oxigenoterapia domiciliar, dentre outras condições.

Serviu como objeto de estudo, paciente do sexo masculino, 60 anos, ex operador de caldeira, com diagnóstico de Enfisema Pulmonar, portador de Hipertensão Arterial

Sistêmica e Diabetes Mellitus, encaminhado em agosto 2016 para o tratamento utilizando ODP, iniciando o uso em fevereiro de 2017, estando utilizando o serviço na data da visita.

Sabendo da importância do contexto domiciliar no qual o paciente se encontra, foi analisado o ambiente estrutural ao qual vive, sendo observada a residência em uma área afastada e de difícil acesso, com alagamentos, com infiltrações e pouco arejada, presença de rachaduras e poucos cômodos. Estando o cilindro de oxigênio, assim como o condensador reservado em um cômodo pouco utilizado e com muitos itens.

O paciente faz uso, além da Oxigenoterapia, de outros fármacos indicados para o controle de hipertensão e diabetes. Utiliza o aporte de Oxigênio por meio de um cateter nasal, tendo como recomendação inicial 2L/min de Oxigênio após a avaliação inicial e a alta queixa de dificuldade de respirar durante o sono e práticas de Atividades de vida diária que exigiam esforço intenso relatado pelo paciente.

O acompanhamento pela Fisioterapia é realizado de 2 em 2 meses com visitas periódicas de controle, orientações e exercícios respiratórios, podendo ser alterado o fluxo recomendado de Oxigênio baseando-se na avaliação do paciente, tanto para mais, quanto para menos. Tendo como critérios principais: oximetria de pulso, anamnese, dentre outros exames complementares que possam estar disponíveis.

3 | RESULTADOS

A equipe constituída pela Fisioterapeuta do programa, o motorista e mais 3 acadêmicos de Fisioterapia direcionou-se ao domicílio do paciente para realizar a avaliação do local, do equipamento de suporte complementar de oxigênio, assim como a reavaliação dos sinais vitais e informações pessoais, para a observação do uso correto do serviço com o objetivo de melhora da qualidade de vida do paciente. O programa disponibiliza um veículo para o transporte da equipe até o domicílio do paciente, para tal atendimento.

O diálogo Terapeuta-paciente embasou-se nas orientações acerca dos aspectos de vida e função respiratória, com acompanhamento de uso de medicações, armazenamento do condensador e cilindro de oxigênio, assim como higiene do equipamento. Durante a visita periódica, foi realizado e orientado ao paciente, exercícios de conscientização diafragmática para serem realizados durante o dia-a-dia, considerando que este demonstrou ventilação superficial, com padrão respiratório costal.

O paciente observado demonstrou melhora no quadro, com aumento de SpO₂ e autonomia para atividades de vida diária, sendo reduzido para 1L/min no período noturno sua recomendação de uso de Oxigenação baseado na perspectiva de conforto do paciente avaliado pelas respostas às perguntas direcionadas da Fisioterapeuta

atuante no caso.

Onde a melhora do quadro, levou a recomendação do encaminhamento do paciente para o Ambulatório de Fisioterapia Respiratória na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), que é uma unidade de referência no acompanhamento ambulatorial de fisioterapia no tratamento dos pacientes com DPOC.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A suplementação de oxigênio diminui o trabalho ventilatório, melhora o metabolismo orgânico, as funções cardiovascular e muscular sistêmica, a capacidade de realização das atividades da vida diária, associa-se à melhora do sono, ao aumento do peso corporal e à redução do número de internações.

Além disso, o uso de oxigenoterapia por pelo menos quinze horas diárias apresenta impacto positivo com benefícios na hemodinâmica pulmonar, parâmetros hematológicos, capacidade de exercício, mecanismo pulmonar e estado mental.

Os exercícios de conscientização diafragmática auxiliam um padrão respiratório mais eficiente, favorecendo maior liberação do gás carbônico, importante para pacientes com enfisema pulmonar, caracterizados pela retenção desse gás. Por tanto, frisa-se a importância do acompanhamento e manutenção do programa que contribui para a devolução da qualidade de vida a pacientes com DPOC, diminuindo as internações hospitalares e impactos psicossociais associados às manifestações da doença.

REFERÊNCIAS

BARTHOLLO, T.P. *et al.* DPOC - o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento. *Pulmão RJ*. 2009; 1(1):79-84.

LAIZO, A. Doença pulmonar obstrutiva crônica – Uma revisão. **Rev Port Pneumol**. v. 15, n. 6, p. 1157 – 1166, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Serviço de Atenção à Saúde – Melhor em Casa . Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>> Acesso em: 16 de setembro de 2018.

O'REILLY, P. *et al.* Long-term continuous oxygen treatment in chronic obstructive pulmonary disease: proper use, benefits and unresolved issues. **Cur Opin Pulm Med**, v. 13, s.n, p. 120 – 124, 2007.

RABAHI, M.F. Epidemiologia da DPOC: Enfrentando Desafios. **Pulmão RJ**. v. 22, n.2, p. 4 – 8, 2013.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento. **J. Pneumologia**. v.30, n.5, p. 1 – 5, 2004.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **J. Pneumologia**. v.26, n.6, p. 341-350, 2000.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **R. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

TANNI, S.E. *et al.* Influence of the oxygen delivery system on the quality of life of patients with chronic hypoxemia. **J Bras Pneumol**, v.33, n.2, p. 161 – 167, 2007.

VIEGAS, C.A.A. *et al.* I Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada / SBPT. **J Pneumol**, v.26, s.d, p. 341 – 350, 2000.

WATANABE, C.S. *et al.* Oxigenoterapia domiciliar prolongada: perfil dos usuários e custos. **Rev Enferm**. v.23, n. 1, p. 95 – 101, 2015.

O IMPACTO DOS AVANÇOS TECNOLÓGICOS VERSUS ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

Mayra Salgado de Lucena

UniFavip/Wyden

Gravatá-PE

Naiara Fernanda Mélo D'Albuquerque

Secretaria Estadual Saúde/Paraíba

João Pessoa-PB

RESUMO: As Unidades de Terapias Intensivas (UTI) tornam-se mais sofisticadas, em consequência disso se torna uma limitação da humanização. A importância desse trabalho busca induzir mudança na mecanização da humanização na unidade de terapia intensiva, levando ao paciente assistência digna e humana. Tendo como objetivo reconhecer fatores que dificultam esse tipo de prática pela equipe multiprofissional de terapia intensiva.

Metodologia: Foi realizado o levantamento da literatura em Março de 2018, na base de dados BDNF na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), LILACS, MEDLINE e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão foram: Artigos no idioma português, dos últimos cinco anos, trabalhos que analisassem a mecanização da humanização na unidade de terapia intensiva. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão de literatura ou metanálise. Sendo incluídos 09 artigos conforme os critérios de elegibilidade. **Resultados e Discussão:** Estudos demonstram que para ocorrer condutas humanizadas, é necessária

a avaliação da estrutura física, organizacional, condições de trabalho, realizar acolhimento com diálogo, interação e respeito. **Conclusões:** Encontrou-se em mais da metade dos estudos que precisaria melhorar a humanização neste ambiente. Já uma parcela mínima acreditou que está acontecendo de maneira adequada à humanização na assistência desses pacientes críticos. Em contrapartida, uma minoria não estava satisfeito com a maneira que acontece a humanização nas UTIs. Entretanto, é indispensável que não haja generalização desse resultado a todos os cenários, assim devendo construir mais pesquisas sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência, Unidade de Terapia Intensiva, Qualidade da Assistência à Saúde, Cuidados Críticos.

ABSTRACT: Intensive Therapy Units (ICUs) become more sophisticated, as a consequence, it becomes a limitation of humanization. The importance of this work seeks to induce change in the mechanization of the humanization in the intensive care unit, leading to the patient a dignified and humane assistance. Aiming to recognize factors that make this type of practice difficult for the multiprofessional intensive care team. **Methodology:** The survey was carried out in March 2018, in the database BDNF in the Virtual Health Library (VHL), LILACS, MEDLINE

and Google Scholar. The inclusion criteria were: Articles in the Portuguese language of the last five years, works that analyzed the mechanization of humanization in the intensive care unit. Exclusion criteria were articles of literature review or meta-analysis. 9 articles are included according to the eligibility criteria. **Results and Discussion:** Studies show that in order to achieve humanized behaviors, it is necessary to evaluate the physical, organizational, working conditions, and to carry out dialogue, interaction and respect. **Conclusions:** It was found in more than half of studies that it would need to improve humanization in this environment. Already a minimal portion believed that is happening in a manner appropriate to humanization in the care of these critical patients. On the other hand, a minority was not satisfied with the way humanization happens in ICUs. However, it is imperative that there is no generalization of this result to all scenarios, so that more research on the subject must be built.

KEYWORDS: Humanization of care, Intensive Care Unit, Quality of Care to Health, Critical Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política transversal que está presente de maneira integral no SUS e, traz como objetivo a oferta de desenvolvimento na comunicação entre trabalhadores, promovendo o acolhimento e valorizando o humano através dos cuidados (SANCHES et al., 2016).

Com o passar do tempo, o assunto humanização está se tornando relevante não só na área da saúde, como também em toda existência onde há contato entre seres humanos. O termo humanização relaciona-se também à humanar as relações a cerca das pessoas, bem como as condições do trabalho (SANTOS et al., 2018).

Considerando que, o setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTIs) é um ambiente divergente dos demais setores do hospital, por contar com uma rotina exclusiva e tecnologia direcionada a proporcionar um atendimento com suporte avançado ao paciente crítico. Porém em consequência disso torna-se um ambiente mecanizado e despercebido de humanização. Os problemas que dificultam a falta de humanização nesse setor agregam-se as condutas dos trabalhadores da saúde bem como o espaço físico das organizações hospitalares (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013; SANTOS et al., 2018).

Ademais, com relação ao trabalho em equipe no espaço onde há pacientes críticos, dá sentido a abranger todos os profissionais participantes na assistência a envolver-se na preparação de planos e organização desse cuidado humano, possuindo como base a reciprocidade na elaboração dessa assistência (MEDEIROS et al., 2016).

Ainda na linha de raciocínio de construir uma assistência humana baseada nas necessidades dos pacientes críticos, os profissionais envolvidos devem estar atentos a todas as partes que constitui essa assistência, necessitando estar em concordância

com as políticas públicas e os princípios da humanização. Desse modo, há maior probabilidade de atingir o objetivo que é humanar o cuidado na UTI. Porém para isso acontecer se faz necessário respeitar o planejamento e as estratégias utilizadas para que assim possa ofertar uma melhor assistência e segurança ao paciente (MEDEIROS et al., 2016).

Além disso, se faz necessário criar uma interação promovendo a inserção do paciente na elaboração dos cuidados, envolvendo-o dando-lhe autonomia para ele desenvolver a sensação de ser útil dentro das suas possíveis condições, assim proporcionando elevar a auto-estima diante dos momentos mais difíceis da sua vida (SANTOS et al., 2015).

Desse modo, torna-se essencial unir o saber técnico-científico e dominar as tecnologias sem perder a essência humana. Esse trabalho busca levar aos gestores, co-responsáveis pela produção de saúde, profissionais e usuários, a necessidade do processo de mudança na mecanização da humanização na unidade de terapia intensiva desconstruindo estas práticas e levando ao paciente uma assistência digna e humana, assim construindo novos caminhos para qualidade (CAMPONOGARA, et al., 2015; LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo reconhecer fatores que dificultam esse tipo de prática pela equipe multiprofissional de terapia intensiva, assim expor e reforçar fatores que objetivem a humanização nesse ambiente.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento da literatura em Março de 2018, nas bases de dados BDNF e LILACS na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram os seguintes: “Humanização da Assistência” AND “Unidades de Terapia Intensiva” AND “Qualidade da Assistência à Saúde” AND “Cuidados Críticos” nas bases de dados. Foram selecionados 09 artigos sendo incluídos segundo os critérios de elegibilidade conforme a **Figura 1**. Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português, nos últimos cinco anos, trabalhos que analisassem a mecanização da humanização na unidade de terapia intensiva. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão de literatura ou metanálise.

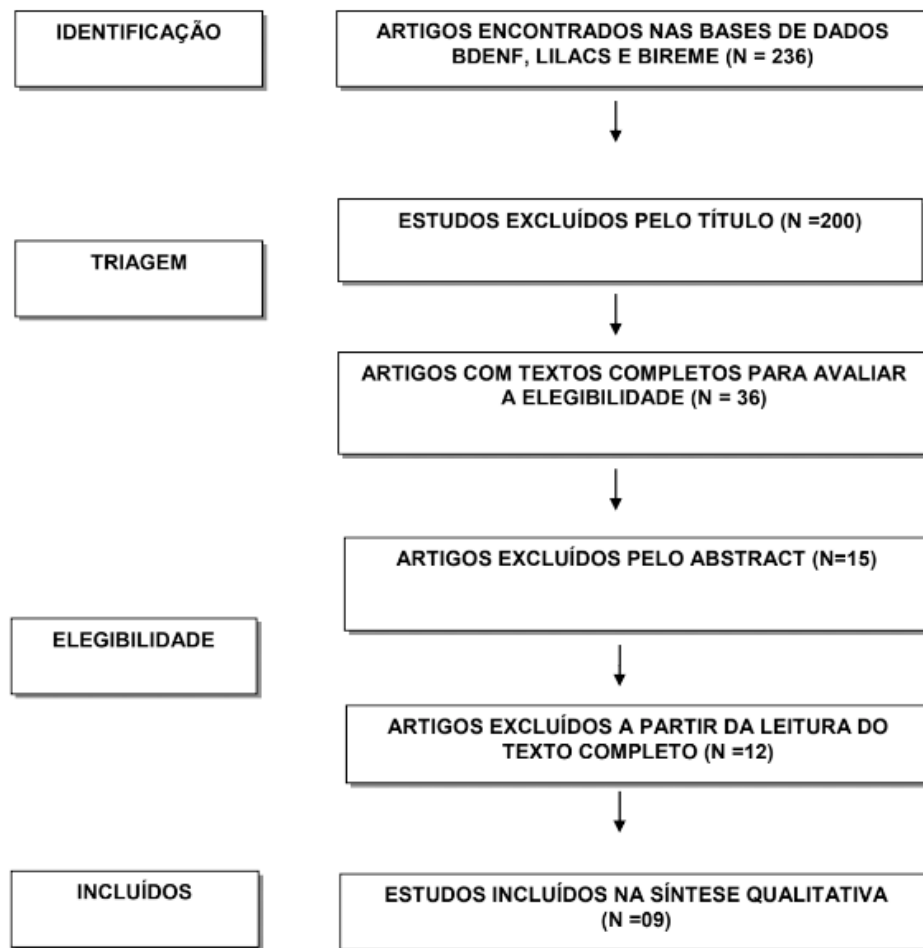


Figura 1. Fluxograma e critérios de seleção e inclusão dos Artigos

3 | RESULTADOS

| N | Ano | Título | Autores | Periódico | Objetivos |
|---|------|---|---|--|---|
| 1 | 2016 | Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto | Rafaely de Cassia Nogueira Sanches, Paula Cristina Gerhardt, Anderson da Silva Rêgo, Ligia Carreira, Jussara Simone Lenzi Pupulim, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic. | Escola Anna Nery. | Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI). |
| 2 | 2015 | Percepções de pacientes pós alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor | Silviamar Camponogara, Cibelle Melo Viero, Camilla Pinno, Sabrina Gonçalves Aguiar Soares, Isabela Lencinca Rodrigues, Cibele Cielo. | Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. | Conhecer as percepções dos pacientes em período pós alta de unidades de cuidados intensivos. |

| | | | | | |
|---|------|---|--|---|---|
| 3 | 2015 | Avaliação da qualidade: satisfação dos usuários de unidade de terapia intensiva pediátrica mista e obstétrica | Amanda Larissa Souza dos Santos, Rafaella Ayanne Alves dos Santos, Amanda de Figueirôa Silva Carmo, Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão- Filho, Rodrigo Nonato Coelho Mendes. | Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental Online. | Avaliar a satisfação de usuários em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). |
| 4 | 2013 | Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica | Laís Silva dos Reis, Eveline Franco da Silva, Roberta Waterkemper, Elisiane Lorenzini, Fátima Helena Ceccheto. | Revista Gaúcha de Enfermagem. | Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica. |
| 5 | 2013 | Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização | Isis de Moraes Chernicharo, Fernanda Duarte da Silva de Freitas, Márcia de Assunção Ferreira. | Revista Brasileira de Enfermagem. | Identificar e analisar os elementos que conformam as representações de profissionais de enfermagem e usuários sobre a humanização no cuidado; e discutir estratégias que contribuam para a implementação da Política Nacional de Humanização. |

Quadro 1 – Demonstrativo dos artigos que integram a Revisão Integrativa

| N | Ano | Título | Autores | Periódico | Objetivos |
|---|------|--|--|---|---|
| 6 | 2016 | Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva | Adriane Calvetti de Medeiros, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Claudia Zamberlan, Diana Cecagno, Simone dos Santos Nunes, Mara Regina Bergmann Thurow. | Revista da Escola de Enfermagem da USP. | Identificar os elementos capazes de promover a integralidade e a humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, com enfoque ecossistêmico. |
| 7 | 2017 | Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde | Flavia Feron Luiz, Rita Catalina Aquino Carregato, Márcia Rosa da Costa. | Revista Brasileira de Enfermagem. | Compreender as percepções de familiares e profissionais de saúde sobre humanização na Unidade Terapia Intensiva (UTI) para direcionar a uma ação educativa. |

| | | | | | |
|---|------|---|--|---------------------|---|
| 8 | 2017 | Humanização aos familiares de paciente em Cuidados intensivos | Vanusa Messa Proença, Eva Cristina Spinola dos Santos de Matos, Shamony Masuzely de Souza Campos, João Lopes Toledo Neto, Aline Balandis Costa, Daiane Suele Bravo, Daisa Cristina da Silva. | Revista UNINGÁ. | O objetivo desse trabalho foi avaliar as percepções dos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Ilha Solteira/SP, quanto à humanização da assistência promovida pelos profissionais de enfermagem, além de identificar as necessidades e os anseios dos familiares. |
| 9 | 2018 | Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista | Emilenny Lessa dos Santos, Savia Nobre de Araújo Dórea, Maria da Piedade Gomes de Souza Maciel, Leila Karoline Ferreira dos Santos, Mariana Barbosa da Silva, Maria Goretti Lins Moraes. | Rev. Baiana Enferm. | Analisar a percepção do enfermeiro intensiva sobre a assistência humanizada. |

4 | DISCUSSÃO

Assim, a relevância sobre a aplicação de tecnologias referente à utilização de dispositivos, estrutura organizacional e normas apresenta-se tão importantes quanto o cuidado com a essência humana, para dispor ao usuário uma assistência mais humanizada. A humanização dá sentido a ser compreendida a cerca da capacidade do próprio ser, sentir o que sentiria a outra pessoa caso, se encontrasse vivenciando a mesma situação (REIS et al., 2013).

Embora, a ação contínua de humanizar encontra-se como complexa no campo da saúde, havendo dificuldade em sua implementação por meio dos profissionais, evidenciando em especial os profissionais atuantes em UTI. Por assim, alegarem a razão pela qual há essa defasagem ou até mesmo o despreparo que acontece na formação da carreira por isso, alguns profissionais demonstram-se despreparados durante a execução de uma assistência dita humanizada (PROENÇA et al., 2017).

Do mesmo modo, estudos demonstram evidências que para acontecer condutas humanizadas, se faz imprescindível o ato de avaliar a situação organizacional, estrutura física, condições de trabalho e acolhimento apresentando como conduta fundamental o diálogo, interação com a equipe e o respeito ao usuário, familiares bem como a equipe de trabalho. Por isso todos esses fatores influenciam para um atendimento com mais qualidade e menos mecanicista gerando assim satisfação coletiva (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Com finalidade de harmonizar tecnologias e relacionamento interpessoal na UTI para humanar o cuidado, percebe-se esses indivíduos hospitalizados requerem

atenção às extensões do ser humano como: Físico/biológico, mental/psicológica, espiritual e social com intuito de suavizar o abalo (provocado pela necessidade hospitalização) reduzindo suas experiências negativas. No entanto, vale enfatizar a importância da aceitação do estado emotivo deste indivíduo, pois seu emocional se encontra vulnerável, pois sua hospitalização corresponde à alteração do seu cotidiano assim, tendo interrompida suas atividades e convívio social (CAMPONOGARA et al., 2015).

A PNH do Ministério da Saúde esclarece em uma cartilha trazendo em seu conteúdo a maneira que deve ocorrer a conduta do acolhimento quando estiver nas práticas dentro de uma unidade de saúde, de modo a ofertar uma orientação para prática dessas condutas que cabem seja qual for o profissional, horário ou local. Essa política envolve atenção, gestão e postura ética. Da mesma maneira que, conduz os profissionais a se tornarem-se solidários e comprometidos com pacientes e familiares (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Visto que, em concordância com a PNH o ato de acolher retrata uma atitude de aproximação, esta atitude evidencia atenção aos pacientes e desse modo gera um fator essencial que é a confiança entre usuário e profissional otimizando a qualidade do cuidado. Também se faz relevante relatar a satisfação e confiança que os indivíduos hospitalizados e seus parentes constroem referente ao profissional quando preferencialmente em momento anterior ou posterior este relata uma explicação sobre a atividade que irá ser realizada ou já concluída a ele. Dessa maneira, caminhamos para uma assistência de qualidade correspondendo às necessidades desses indivíduos (SANTOS et al., 2015).

Já, com relação à análise da comunicação, essa abrange a interação verbal e não verbal. Nesse sentido, com intenção que haja uma boa interação no convívio entre profissionais de saúde e usuários torna-se essencial o aperfeiçoamento dessa habilidade, de modo a por em prática o processo de comunicação, executando-a na assistência e nas atividades gerenciais. Contudo, a comunicação necessita ser percebida além de informações, porque o paciente internado em uma UTI tem sua privacidade restrita e ainda se encontra restringido e suscetível ao leito, e, por vezes essa comunicação se dá pelo seu corpo (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Dessa forma, ainda nesse segmento de dificuldades na mecanização da humanização, identificam-se múltiplos aspectos incluídos, alguns de fácil reconhecimento, porém, outros não. Dentre eles ressaltam-se, por exemplo: executar o dimensionamento de profissionais adequado para o número de leitos, educação permanente capacitando-os, aperfeiçoar condições de trabalho humanizando o ambiente onde esses profissionais da saúde executam suas atividades. Assim, há uma maior probabilidade de oferecer uma saúde qualificada (SANCHES et al., 2016).

As limitações do estudo encontram-se no fato de haver pesquisas inconsistentes sobre essa abordagem. Dificultando a categorização, dos cuidados humanizados na

saúde.

5 | CONCLUSÃO

Portanto, o conceito humanizar traz uma idéia de cuidado atrelado ao respeito, acolhimento, percepção integral e aceitação à delimitação que esses pacientes apresentam. Dessa maneira, verifica-se que mais da metade dos estudos descreve que precisa melhorar a humanização neste ambiente. Já uma parcela mínima acredita que acontece de maneira adequada à humanização na assistência. Em contrapartida, uma minoria formada por profissionais da enfermagem, não se encontra satisfeitos com a maneira que acontece a humanização nas UTIs.

Por conseguinte, faz-se necessário a identificação de fatores para melhorias na assistência, desse modo ofertar um cuidado digno e humano. Assim, colocando em prática estratégias para progresso nos cuidados proporcionando assistência qualificada e humanizada.

Ademais, essa pesquisa auxilia na percepção de prestar suporte de maneira humana e holística, atendendo aos requisitos da PNH. Porém, a implantação da PNH carece das gestões de saúde, comprometimento para modificação do quadro, entendimento sobre políticas de humanização e de gestão organizacional com planejamento.

Sendo assim, existe mecanização da humanização nas UTIs. Entretanto, é indispensável que não haja generalização desse resultado a todos os cenários, assim devendo construir mais pesquisas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

CAMPOGARA, S. et al. Percepções de pacientes pós alta da unidade de cuidados intensivos sobre hospitalização nesse setor. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n.1 P.1505-1513 Jan./Abr. 2015.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 66, n. 4, Brasília July/Aug. 2013.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.70 n.5. Sept./ Oct.2017.

MEDEIROS, A. C. et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.50 n.5 São Paulo. Set. 2016.

PROENÇA et al. Humanização aos familiares de paciente em Cuidados intensivos. **Revista UNINGÁ**. v.53 n.1 P.39-44. Jul./Set. 2017.

REIS, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, vol. 34, n. 2, Porto Alegre June 2013.

SANCHES R. C. N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, v. 20 n. 1 P. 48-54. Jan./Mar. 2016.

SANTOS, A. L. S. et al. Avaliação da qualidade: satisfação dos usuários de unidades de terapia intensiva pediátrica mista e obstétrica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7 n. 3 P. 2974-2984. JUL./ SET. 2015.

SANTOS, E. L. et al. Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Rev. Baiana Enferm.** v.32 e23680. 2018.

CAIXA DE AFECÇÕES COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA PARA DIÁLOGOS ENTRE SISTEMAS TERAPÊUTICOS

Elizabete Cristina Fagundes de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte –
Departamento de Saúde Coletiva
NATAL/RN

Ana Gretel Echazú Böschemeier

Universidade Federal do Rio Grande do Norte –
Departamento de Antropologia NATAL/RN

RESUMO: Apresentamos a experiência do uso da Caixa de Afecções como metodologia para diálogo entre sistemas terapêuticos nas aulas do componente curricular Saúde e Cultura do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. No desenvolvimento do conteúdo referente aos sistemas terapêuticos adotamos a noção de sistemas terapêuticos e lançamos mão da estratégia metodológica Caixa de Afecções. Substituímos a caixa proposta na iniciativa original por três caixas, uma para cada sistema terapêutico - popular, folk e oficial. Foi solicitado que cada pessoa trouxesse objetos pertencentes a cada um dos sistemas, que foram interpelados com questões direcionadas a resgatar a experiência individual e do grupo de estudantes nos seus itinerários dentro de cada sistema: “O que vejo?”, “O que penso do que vejo?” e “O que faço com o que penso que vejo?”. Dessa maneira, produzimos o cenário para uma rica discussão pautada com

objetos através dos quais o grupo articulou suas experiências, trânsitos particulares, diversidade de práticas de saúde, sistemas de conhecimento e subjetividades. A síntese com a apresentação e discussão dos três grupos demonstrou a riqueza da atividade e expressou os diálogos entre os diversos sistemas presentes nas experiências relatadas. Consideramos que o desenvolvimento da dinâmica e a participação das pessoas atingiram os objetivos pedagógicos esperados na avaliação, demonstrando que os conceitos de comunicação e complementaridade entre os diversos sistemas terapêuticos fazem sentido na vida das pessoas, mesmo que haja um Sistema predominante com estatuto científico e reconhecido como oficial.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas terapêuticos. Itinerários. Metodologias participativas. Educação. Subjetividades.

ABSTRACT: We present the experience the “Box of Affections” as a methodology designed to set up a dialogue between therapeutic systems at the Health and Culture class belonging to the Collective Health Bachelor Course – Federal University of Rio Grande do Norte, Brazil. We took the original proposal of the “Box of Affections” and adapted it to create three boxes according to the three Therapeutic Systems previously studied in class, being them the

popular, folk and official systems. We asked each student to bring objects pertaining to any of those systems, and they were asked to speak about their life experiences relating to each object. We requested them to design an itinerary where this object would define the passage between systems, showing how intertwined they are in daily life. To start our discussion, we presented the following open questions: “What do I see?”, “What do I think about what I see?” and “What do I do with what I think I see?”. The result of it was a rich discussion where students articulated their experiences, health practices, knowledge systems and subjectivities. We consider that the development of the activity and the participation of the group attained our pedagogical aims, demonstrating that concepts of communication and complementarity between diverse therapeutic systems have a meaning in the actual life of people – even if there is only one predominant System recognizes as scientific and official.

KEYWORDS: Therapeutic Systems. Itineraries. Participative Methodologies. Education. Subjectivities.

1 | INTRODUÇÃO

O diálogo entre sistemas terapêuticos é um dos conteúdos desenvolvido nas aulas do componente curricular Saúde e Cultura do Bacharelado em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O modelo idealizado por Kleinman (1981), a partir das diferentes interpretações sobre doenças e a escolha de terapêuticas diversas, analisa os itinerários das pessoas considerando três subsistemas sociais: profissional ou oficial (medicina científica), *folk* (especialistas ditos não oficiais, como curandeiros e rezadores) e popular (automedicação, redes sociais e vínculos familiares).

Além da discussão teórica sobre o modo das pessoas lidarem com o adoecimento-cuidado-atenção, identificamos na Caixa de Afecções uma estratégia metodológica potente para resgatar as experiências das pessoas na construção de seus itinerários. A Caixa de afecções foi inspirada na noção de arquivo de memórias e idealizada com a intenção de ser usada em processos pedagógicos que resgatem o vivido e possibilite uma aprendizagem significativa. Na expressão do próprio documento que a baliza, os objetos coletados na caixa e o que deles emana tem as funções destacadas a seguir.

“- favorecer uma apropriação sobre a própria produção, a partir do lugar de pertença, em seus mais variados aspectos e sutilezas;

– Interrogar as experiências. Os objetos/ corpos “embaralhados” no interior da caixa desafiam o pensamento a abrir outras conexões para o vivido favorecendo a produção de deslocamentos dando passagens aos afetos. Um movimento de desver certos aspectos da experiência para que ela ganhe novos contornos.

– transver o vivido recontextualizando a experiência;

– fisgar, agenciar, colocar em funcionamento ludicamente ideias/pensamentos sobre o vivido.

- convocar à recriação coletiva dos saberes da experiência.” (EPS EM

Com o intuito de trazer um diálogo sobre sistemas terapêuticos baseado na experiência, realizamos uma adaptação livre do uso da Caixa original e a substituímos por três caixas, uma para cada sistema terapêutico - popular, folk e oficial. O objetivo deste trabalho é o de descrever a experiência de uso dessa ferramenta metodológica na discussão dos sistemas terapêuticos e demonstrar que seu uso poderá ser reproduzido em outros conteúdos relativos aos processos saúde-doença-cuidado-atenção em que dialoguem saberes disciplinares das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas e Sociais com as experiências cotidianas em que a memória e os afetos vivenciados podem ser reinventados num movimento de aprendizagem significativa e recriação coletiva dessas experiências.

Durante nosso trabalho docente compartilhado por dois anos em sala de aula desenvolvendo componentes curriculares que dialogam Saúde e Cultura, as abordagens participativas que engajam ao grupo de estudantes têm aparecido como fundamentais, fazendo com que eles elaborem, reflitam e valorizem suas próprias experiências. Nessa interseção entre saúde e cultura abordada pela disciplina, a compreensão da diversidade de sistemas terapêuticos e da complexa interação entre eles pode ser facilmente reconhecida e apropriada, observando a forma em que as próprias experiências de trânsito entre esses universos de práticas são ativadas. Assim, a tecelagem coletiva de vivências através do compartilhamento de narrativas se tornou uma perdurável na memória da disciplina, sendo a da Caixa de Afecções uma das experiências pedagógicas de maior aceitação e impacto nos coletivos de estudantes com os quais tivemos a possibilidade de trabalhar.

2 | METODOLOGIA

Apresentamos a experiência do uso da Caixa de Afecções como metodologia para pensar no diálogo entre sistemas terapêuticos nas aulas de componentes curriculares do Bacharelado em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde da universidade Federal do Rio Grande do Norte. No desenvolvimento do conteúdo referente aos sistemas terapêuticos adotamos a noção de sistemas terapêuticos de Kleinman (1981) e lançamos mão da estratégia metodológica Caixa de Afecções proposta pelo Curso EPS EM MOVIMENTO (2014) com adaptações de seu uso. Substituímos a caixa proposta na iniciativa original por três caixas, uma para cada sistema terapêutico – o popular, o folk e o oficial. Foi solicitado que cada pessoa trouxesse objetos pertencentes a cada um dos sistemas, que foram interpelados com questões direcionadas a resgatar a experiência individual e do grupo de estudantes nos seus itinerários dentro de cada sistema: “O que vejo?”, “O que penso do que vejo?”, e “O que faço com o que penso que vejo?”.

Nas duas experiências, de 2016.1 e de 2017.1, a metodologia da Caixa de Afecções foi proposta de forma diferente. Para a presente comunicação, sublinharemos aquela que teve lugar na segunda oportunidade. Em primeiro lugar, assistimos um vídeo e anunciamos a dinâmica, que teria lugar na aula seguinte. Dividimos a turma em três grupos e atribuímos um sistema (popular, folk e oficial) para cada grupo. Pedimos a cada estudante trazer um objeto a partir do qual fosse possível contar uma experiência que pertencesse ao sistema popular, folk ou oficial, segundo o caso. No dia da atividade, dividimos a turma em três grupos e os convidamos a se realocarem em três salas diferentes. Construimos uma roda e, no centro, colocamos a caixa, onde cada estudante colocou o objeto trazido. Cada pessoa se dirigiu ao centro, pegou novamente o objeto trazido e narrou a sua experiência a partir do que cada objeto significava dentro da história contada. A dinâmica se repetiu até que todas as pessoas da roda fizeram seus relatos. Dado o tempo reduzido disponível, limitamos a fala de cada pessoa em, no máximo, três minutos. Concluída a roda inicial, pedimos para que a experiência do grupo fosse descrita em uma síntese de cinco linhas escritas e entregue para as professoras. Em seguida, cada grupo elegeu um representante para relatar a experiência do grupo na grande roda que reuniu, em uma única sala, os três grupos. Então, cada representante relatou a experiência de cada grupo, salientando as memórias individuais, as descobertas conceituais e as dificuldades na percepção de tal ou qual objeto dentro do sistema terapêutico escolhido.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As três caixas com os objetos que representativos de cada subsistema podem ser visualizados na Figura 1. No grupo que discutiu o subsistema oficial, os elementos trazidos representaram a burocratização da saúde e o controle administrativo dos itinerários terapêuticos das pessoas. Dessa maneira, objetos tais como uma biopsia de vesícula, um exame de enzimas do tecido muscular, um exame de raios-x panorâmico, uma requisição de exame de sangue, um electrocardiograma mostraram os dispositivos de avaliação e controle de processos corporais do sistema oficial, imbuídos na gramática das técnicas laboratoriais. Por outra parte, um garrote para punção venosa e um estetoscópio se mostraram como elementos que definem diagnósticos e tratamentos dentro das instituições oficiais de saúde. O jaleco, uma farda com conotações simbólicas muito particulares, foi problematizado como um elemento que “identifica o profissional da saúde” e seu papel dentro das instituições. Uma joelheira ortopédica veio trazer elementos que provém do sistema oficial de saúde, mas são administrados dentro das unidades domésticas, em lógicas de autocuidado. Um cartão da UNIMED e três cartões do SUS colocaram na roda a discussão sobre sistemas de saúde público e privado. Finalmente, um relaxante muscular de marca *mioflex*, uma caixa com vitaminas e outra com dipirona trouxeram à tona a problemática da automedicação e

do uso de fármacos industriais em contexto doméstico, com referência à valorização social do alívio e cura de doenças através do uso, muitas vezes indiscriminado e de forma abusiva, de fármacos industriais.



Figura 1: Caixas com os objetos representativos dos subsistemas.

Fonte: Foto produzida em celular pelas autoras.

No caso do grupo que teve a discussão do Subsistema *Folk* sob sua responsabilidade, as discussões giraram em torno de diversas formas de espiritualidade de acordo com pertencimentos religiosos trazidos das vertentes católica e evangélica. Quatro terços de rosário e um chaveiro de Nossa Senhora mostraram a importância do catolicismo popular nos processos de saúde-doença, colocado como um “objeto que aproxima às pessoas que acreditam no seu Deus”. Uma bíblia veio trazer um significado similar para uma estudante evangélica, que ressaltou a importância de alimentar uma conexão espiritual na procura da saúde e do bem-estar. Dois galhos de plantas não identificadas foram trazidos e foi feita uma alusão ao tratamento espiritual das doenças que efetuam as rezadeiras, “tirando a fraqueza do corpo”. Nesse ponto, a memória sobre avós e outras mulheres que foram e são rezadeiras inundou as conversas, em um tom “místico, que transcende a explicação científica”, como comentou uma aluna. Finalmente, ficamos surpresas com dois elementos: um fone de ouvido trazido por um estudante, justificado por este que o mesmo favorecia “o fluxo de comunicações entre setores” e um cartão bancário, que trouxe à tona uma narrativa sobre o recebimento de uma bolsa de estudos. Consideramos que a escolha desses dois elementos foi improcedente para o tema analisado.

Em último lugar, o coletivo que discutiu sobre as implicações de seus objetos dentro do Subsistema Popular trouxe uma enorme diversidade de texturas, formas, cores e aplicações possíveis. De fato, à primeira vista, a caixa relativa ao subsistema popular apareceu como a mais colorida e multiforme, cheia de “heranças afetivas”, como as qualificou uma aluna. De forma similar ao que aconteceu com o Subsistema *Folk*, identificamos que parte das experiências trazidas resgatou a memória de eventos

marcantes na infância com referência afetiva a familiares, sobretudo avós e pais, na transmissão de alguma prática terapêutica, em especial, o uso de plantas medicinais em forma de chás. Chá verde, camomila, cana do brejo, boldo, limão e alho, assim como de uma planta chamada “cura ressaca” reforçaram essas memórias, enquanto que um lambedor de hortelã e umas folhas de eucalipto para nebulização demonstraram outros usos das plantas medicinais em contextos populares. Os/as estudantes referiram à proximidade desses elementos a respeito da natureza, e que chegavam em suas mãos através das feiras livres e de seus próprios quintais. Um dos elementos trouxe um tom humorístico e evocativo à roda: uma galinha de cerâmica representando o caldo de galinha que, segundo uma aluna, sua avó usava como medicamento contra ataques de epilepsia. Um gel de arnica que “cura todas as dores” e sal grosso e pimenta para banhos contra o “mau olhado” e “olho gordo”, respectivamente, vieram adicionar temperos e sabores naquela discussão. Finalmente, o soro de reidratação oral foi trazido como testemunha viva de uma prática de saúde acessível a pessoas com baixa renda, enquanto que o bicarbonato de sódio apareceu como remédio que “sara tudo” e cuja versatilidade de uso o indica resolver dores de garganta, manchas na pele e para o clareamento dos dentes.

Na discussão dos três grupos emergiram percepções divergentes sobre tal ou qual objeto dentro do sistema terapêutico escolhido, coisa que levantou uma discussão acalorada sobre o pertencimento de determinados objetos a tal ou qual universo terapêutico. Por exemplo, a folha de hortelã grossa podia ser usada em lambedores do subsistema popular assim como dentro do *Folk* através de sua ativação no candomblé, onde essa planta é conhecida como tapete de oxalá e referida como erva da paz. Aqui foi trazida pelas docentes o múltiplo simbolismo e possibilidades práticas de uso dos diferentes objetos, que só podem ser compreendidos em referência com o contexto terapêutico dentro do qual estejam inseridos.

No que diz respeito à relação hierárquica e de poder existente entre os três subsistemas, a biomedicina apareceu como um saber com uma grande autoridade cognitiva que permeia uma grande parte do universo de saúde-doença do grupo de estudantes – enquanto que sujeitos e enquanto que estudantes da área das ciências da saúde. Porém, o sistema de saúde oficial aparece como sendo um conjunto de práticas meramente complementares em situações nas quais se recorre às práticas aprendidas na tradição familiar ou relacionadas com diversas espiritualidades, a depender da gravidade da situação e do tipo de crença religiosa (católica, espírita, evangélica). Desta forma, diversidade e desigualdade apareceram como dois conceitos mais amplos em jogo para compreender as dinâmicas de escolhas, trajetões e contextos emergentes.

4 | CONCLUSÕES

Os exercícios criaram no grupo a possibilidade de trazer uma série de relatos sobre itinerários terapêuticos diversos colhidos de forma direta, trazidos à tona nas rodas coletivas a partir de relatos carregados de emoção por se tratarem de experiências afetivas, pessoais e familiares, incluindo lembranças de alegria e sofrimentos vivenciados, seja no presente, seja no passado. Consideramos que o desenvolvimento da dinâmica e a participação das pessoas atingiram os objetivos pedagógicos esperados na avaliação, demonstrando que os conceitos de comunicação e complementaridade entre os diversos sistemas terapêuticos fazem sentido na vida das pessoas, mesmo que haja um sistema predominante, o biomédico, reconhecido como oficial e com estatuto científico.

A dinâmica da Caixa de Afecções teve efeito positivo na avaliação formativa das turmas nas quais foi apresentada, sendo a experiência trazida à tona na avaliação de desenvolvimento da disciplina como uma das melhores atividades do semestre, tanto dentro da disciplina quanto ao cursado de todas as disciplinas. Nesse último ponto, podemos afirmar que a avaliação proposta, de índole experiencial, reflexiva e afetiva, pode ser de grande utilidade como recurso didático para a aprendizagem significativa de conteúdos relativos à relação entre escolhas terapêuticas dos sujeitos e os diversos sistemas de saúde nas aulas de Saúde Coletiva, Antropologia da Saúde e áreas afins.

REFERÊNCIAS

Caixa de Afecções. Direção de Flávio Carnielli. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oTKR3FB9vTg>. Acesso em 02 de Setembro de 2017.

EPS EM MOVIMENTO. **Caixa de Afecções.** 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/caixa-de-afeccoes>. Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture.** California: University of California Press, 1981.

UM OLHAR SOBRE A POPULAÇÃO DE ORIGEM HAITIANA EM PATO BRANCO - PR

Carlos Frederico de Almeida Rodrigues

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Centro de ciências da saúde. Francisco Beltrão –
PR.

Andressa Dahmer Colbalchini

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Centro de ciências da saúde. Francisco Beltrão –
PR

Caroline Solana de Oliveira

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Centro de ciências da saúde. Francisco Beltrão –
PR

Isadora Cavenago Fillus

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Centro de ciências da saúde. Francisco Beltrão –
PR

RESUMO: Introdução: O Haiti enfrenta o estigma de país mais pobre do continente. Uma dura cicatriz que não parece estar em resolução. Sua história deixa claro que não é de hoje que as dificuldades batem a porta, mas também trás muitas questões sobre como o primeiro país independente da América Latina foi tão flagelado pelas misérias humanas, pelos desastres naturais e pelas inconstâncias políticas. Com a migração de grande número de haitianos para o Brasil, torna-se mister conhecê-los para melhor inseri-los na comunidade. Objetivos: Identificar a população de origem haitiana na cidade de Pato Branco – PR, acolher a população de

imigrantes, identificar dificuldades encontradas pelos imigrantes, demandas sociais e de saúde e relacionar diferenças do acesso e uso do Sistema de Saúde Pública Brasileira e Haitiana. Metodologia: Estudo transversal sobre população de imigrantes haitianos residentes no Município de Pato Branco, nos meses de Janeiro de 2016 até Maio de 2016, por meio de aplicação de questionário quantitativo e qualitativo para 46 haitianos e realização de levantamento e análise de dados. Resultados: Em média os imigrantes levam menos de 1 mês para chegar ao Brasil, a predominância do sexo masculino é alta e um dos principais problemas enfrentados é língua e o racismo. Conclusão: Cada vez mais destino de imigrantes de todo o mundo, o Brasil tem que se adequar a sua nova realidade e conhecer aqueles que procuram em nossa terra comum salvaguarda, para que possamos tratá-los de forma digna.

PALAVRAS-CHAVE: Haiti. Imigração. Saúde.

ABSTRACT: Introduction: Haiti faces the stigma of the continent's poorest country. A hard scar that does not seem to be in resolution. His story makes it clear that it is not today that difficulties are knocking on the door, but it also raises many questions about how the first independent country in Latin America was so plagued by human misery, natural disasters and political inconstancy. With the migration of large

numbers of Haitians to Brazil, it is necessary to know them to better integrate them into the community. Objectives: Identify the population of Haitian origin in the city of Pato Branco - PR, host the immigrant population, identify difficulties encountered by immigrants, social and health demands and relate differences in access and use of the Brazilian and Haitian Public Health System. Methodology: A cross-sectional study on the population of Haitian immigrants residing in the municipality of Pato Branco, from January 2016 to May 2016, using quantitative and qualitative questionnaire for 46 Haitians and data collection and analysis. Results: On average immigrants take less than 1 month to reach Brazil, male predominance is high and one of the main problems faced is language and racism. Conclusion: More and more destinations of immigrants from all over the world, Brazil has to adapt to its new reality and meet those who seek in our common safeguard, so that we can treat them in a dignified manner.

KEYWORDS: Haiti; Immigration; Health.

Queimo-me como lenha
Minhas pernas se quebram como taquaras,
Nenhum prato tenta minha boca,
O trago mais ardente se faz água.
Quando penso em ti,
Meus olhos se inundam
E minha razão cai derrotada
Pela minha dor.
Não é verdade, minha formosa,
Que falta pouco para que voltes?
Oh! Regressa a mim, minha sempre fiel!
Não demores demais,
Grande é a dor.
Vem libertar da gaiola
O pássaro faminto¹

A migração dos haitianos para o Brasil é um processo que teve início em 2010 quando formavam pequenos grupos que não somavam duas centenas de pessoas, já em 2011 havia indicação da presença de mais de 4.000 haitianos e em 2013 esse número ultrapassaria a casa dos 20.000 e a estimativa para 2014 era de 50.000. A população que chega ao Brasil não é considerada refugiada, mas sim receberam vistos, concedidos pelo governo por razões humanitárias. No ano de 2012 os vistos passam a ser restringidos, bem como é instalada perseguição e deportação aos que entraram de forma ilegal e, ainda, determina-se a validade de 5 anos para a estadia dos haitiano em terras brasileiras, a qual só será renovada se comprovada 'situação laboral. Apesar das medidas tomadas pelo governo Lula e Dilma e do apoio de segmentos da sociedade civil organizada (Igreja católica, por exemplo) a falta de instrumentos legais de uma

política migratória adequada faz com que a chegada desses imigrantes ao país se transforme em uma situação única. Segundo nossos dados, do total de entrevistados, 40 eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino, sendo que 32 solteiros, 14 casados e 1 divorciado, o tempo médio de chegada ao Brasil foi de menos que 1 mês em 27 casos, entre 1 ou 2 meses em 15 casos e, em 3 casos a duração da jornada foi maior que 2 meses (até 1 ano). Em sua grande maioria são pessoas em idade ativa (mais jovem dos homens tinha 20 anos e das mulheres 22, o mais velho dos homens tinha 44 e das mulheres 28). Sendo que os relatos coincidem em descrever situações precárias de viagem, passagem por diversos países (Bolívia, Panamá, Venezuela e etc), maus tratos, roubos, fome, assédio e violência sexual e racismo, sendo mais intensos quanto maior o período de viagem.

Dentre os muitos termos utilizados para caracterizar os processos migratórios, nesse caso temos uma migração forçada porque os indivíduos estão migrando para outro país por motivos econômicos e por desastres naturais. Portanto, por motivos alheios a sua vontade, tendo o objetivo principal de conseguir um emprego para auxiliar financeiramente outros que permaneceram no Haiti

Nossos dados corroboram essa afirmação, para a realização desse artigo entrevistamos 46 imigrantes de origem haitiana e, na pergunta 2 de nosso questionário (em anexo), 35 dos entrevistados responderam que o motivo principal de sua vinda ao Brasil era para trabalhar, sendo este o motivo mais citado, seguido de: estudar (10 citações), buscar uma vida melhor (7 citações), ganhar dinheiro (4), seguridade social (2). Sendo que 42 entrevistados responderam sim quando perguntados se havia alguém no Haiti que dependia financeiramente deles.

Mesmo com esses dados, no cenário das primeiras chegadas em 2012, boa parte da mídia brasileira demonstrou preocupação com o grande número de imigrantes. Muitos gastavam todo seu dinheiro para chegar até a fronteira onde eram recebidos de portas fechadas, sendo obrigados a dormir em aglomerados a céu aberto, alimentando-se de doações de locais.

Preocupação essa que carrega implicitamente um certo grau de preconceito embutido, posto que: “afinal, por que se denomina de ‘crise’ (ou ‘invasão’) a chegada de 4.000 haitianos enquanto há 276.000 portugueses no país? Por que aos haitianos não se pode oferecer nada além do direito humanitário, isto é, a gestão biopolítica e compassiva da vida nua?

Somado a isso, encontramos em nossos dados a informação de que a grande maioria dos haitianos que aqui chegaram (não que isso seja uma justificativa) era de não analfabetos, em sua grande maioria eram profissionais liberais com certo grau de instrução. 40 entrevistados tinham nível de ensino médio ou superior e apenas 6 possuíam nível fundamental, não encontramos analfabetos. Ao todo 10 imigrantes possuíam nível superior, sendo que tínhamos médico, engenheiro e professores diversos e 30 possuíam ensino médio, todos unânimes em afirmar as dificuldades em validar seus cursos e títulos no Brasil, o que corrobora a literatura.

Nossos dados demonstram que a maioria dessas pessoas imigram já com algum grau de conhecimento do local para onde irão, sendo que a informação de amigos é a fonte mais utilizada (26 dos entrevistados), seguida de família (11 entrevistados, sendo primos 4, irmão 3, cunhado 2 e outros 4) e outros meios como internet. Mesmo com certo grau de informação sobre o destino, a jornada é árdua e diversos problemas os aguardam na cidade escolhida, sendo que as principais deficiências ou problemas no que diz respeito a cidade de Pato Branco –PR foram: Racismo, citado 21 vezes, falta de trabalho, citado 19 vezes, dificuldades para se conseguir moradia, citado 7 vezes, frio, com 6 citações e outras menos citadas como: falta de escola e universidades, falta de trabalho na qualificação que possuía, remuneração pequena, dificuldade de acesso à saúde, lazer e etc. Sendo que apenas 3 pessoas disseram não haver problemas. A falta de trabalho condizente com sua qualificação é gritante, a maioria trabalhava como empregados de uma indústria de alimentos enquanto que relataram que, dentre diversas outras funções, trabalharam no Haiti como? Professores, médico, engenheiro, mecânico, pedreiro etc.

As condições de moradia dos haitianos também estão longe do ideal no que se refere as moradias, nossos dados demonstram que 7 entrevistados afirmaram viver em uma casa com até oito outros imigrantes, 9 responderam que vivem com sete compatriotas, 7 com seis, 7 com cinco, oito com quatro e oito com 3, sendo que coabitavam muitas vezes com desconhecidos e famílias (pai, esposa e filhos) com outras pessoas que não pertenciam a essa família. Além disso, as condições do imóvel não eram boas e o preço para o aluguel considerado caro (até por isso a vantagem de se morar em mais pessoas) e citado diversas vezes como um dos maiores problemas, já que todos os entrevistados afirmaram viver em casas alugadas.

A presença desses núcleos da comunidade haitiana nem sempre, como dito anteriormente, refletem laços familiares, já que 21 dos entrevistados afirmaram não possuir familiares no Brasil e 25 afirmaram que sim, sendo que primos foram citados 22 vezes, irmãos 13, cunhado, tia e tio uma vez e sobrinhos 3. Dado interessante de nosso trabalho é que na pergunta 10 (questionário em anexo) 6 imigrantes afirmaram já ter filho nascido no Brasil enquanto 40 disseram que não.

Com relação as questões laborais, perguntamos (pergunta 11) qual foi o último trabalho que exerceram no Haiti: 9 estudantes; 8 professores; 5 pedreiros; 4 mecânicos; 3 vendedores; 1 enfermeiro; 1 frentista; 1 segurança; 6 motoristas; e outros como taxista, comerciário, marceneiro, secretária, músico, operário e alfaiate. Quando perguntados sobre a sua situação trabalhista no Brasil 32 responderam ter emprego com carteira assinada, 5 não possuíam carteira assinada, 5 autônomos e 4 desempregados, sendo que a grande maioria (41) responderam que seu emprego atual não tinha relação com suas atividades anteriores no Haiti, 1 respondeu que sim (comerciário) e 4 estavam desempregados. Os setores que mais empregavam eram: indústria de alimentos (30); construção civil (3); autônomo (5); comércio (2) e doméstica (1). A grande maioria dos imigrantes empregados e não autônomos não fazia dupla jornada de trabalho, apenas

3 responderam que sim a essa pergunta (pergunta 14).

Em relação aos problemas de saúde, 30 imigrantes de origem haitiana afirmaram ter algum problema e 16 negaram, os problemas mais citados foram: cefaleia 10; visual 7; Hipertensão arterial sistêmica 6; Bursite 3; amigdalites 5; gastrite 4; asma 3; diabetes 2 e lombalgia 6. Nossos dados desmistificam um grande preconceito da população brasileira em geral que, como diz Rutermaquer Cripim– líder religioso que acolheu muitos imigrantes – a discriminação para com os haitianos vem do triste fato dos nativos acreditarem que aqueles possuem doenças como cólera, HIV ou outras desconhecidas. Nossos dados demonstram a prevalência de doenças decorrentes de esforço repetitivo, tais como lombalgia e bursite e, de doenças ligadas ao estresse: cefaleia, gastrites e etc.

Quando perguntados sobre quais medicamentos costumavam usar com mais frequência, os mais citados foram: paracetamol 22; ibuprofeno 24; enalapril 4; metformina 3. Curioso é que dentre os medicamentos citados encontrava-se a vitamina C, a explicação dada por alguns imigrantes é que consideravam a comida brasileira fraca e buscavam complexos vitamínicos para reposição, isso é corroborado quando conhecemos a culinária haitiana baseada em arroz, feijão, abóbora, banana verde, cabrito, caranguejo, batatas e outras raízes em ensopados encorpados e carregados de “epises”(temperos) como tomilho, pimentas e etc

Perguntamos ainda se o entrevistado ou alguém de sua família precisou utilizar serviços do SUS alguma vez, a resposta foi sim para 44 dos entrevistados, sendo que apenas 02 disseram não. Quando demandados em que situação, respondiam? Exames 32; vacina 3; dentista 5; cardiologia 2; médico clínico geral 15. Todos os 46 entrevistados afirmaram não possuir qualquer seguro de saúde e, dentre os que precisaram do SUS 3 acharam muito bom; 32 acharam bom; 4 ruim e 5 péssimo. Os que disseram que o atendimento era ruim ou péssimo, reclamaram da demora e do fato de que o médico não os examinou. Quando perguntados sobre como era a saúde no Haiti, 2 responderam que muito boa; 16 boa; 20 ruim; 8 péssima. As queixas quanto ao atendimento no Haiti se fazem sobre o fato de ser uma saúde paga e não haver cobertura universal para todos.

Em nossa pergunta 23, inquirimos sobre o que esperavam do Sistema de Saúde do Brasil? As respostas citadas foram: que melhore 11; mais médicos 2; mais especialistas 2; que se mantenha pública 11; mais rapidez 8; que atendam melhor os imigrantes 3 (médicos não políglotas) e está bom assim 10.

No que tange as questões sociais, perguntamos (pergunta 24) se alguma vez tinham procurado órgãos oficiais brasileiros para saberem sobre seus direitos e todos responderam que não. Com relação a frequentarem alguma associação de imigrantes haitianos, todos responderam positivamente, que frequentavam a MAPHA (associação local). Quando perguntados (pergunta 25) sobre com que frequência entravam em contato com seus familiares no Haiti, 20 responderam que o contato era diário, 17 tinham contato semanal e 9 possuíam contato mensal.

Quando perguntados sobre as principais dificuldades encontradas no Brasil as respostas mais citadas foram: trabalho 27 vezes; aluguel 23; comunicação 12; racismo 10; custo de vida 10; e outras citadas foram frio, fazer amigos, fofocas, falta de oportunidades de estudo, dificuldade para visitar os parentes no Haiti e dois citaram não ter dificuldades. Ainda contrariando o senso comum a maioria dos nossos entrevistados manifestaram, quando perguntados, o desejo de retornar a sua terra, 43 disseram que pretendem voltar assim que possível. Esse desejo tem relação com a identidade e com a dificuldade encontrada para se integrar a cultura brasileira pelos diversos fatores acima citados.

Talvez por essa dificuldade de integração, quando perguntados sobre o significado de viver no Brasil as respostas mais encontradas foram: Triste 18 vezes; solidão 7; experiência ruim 5; sofrer racismo 3; bom para viver apenas 6 vezes e bom para trabalhar 2, dentre outras.

Uma unanimidade entre todos os entrevistados é que aprender o idioma facilitaria a integração e todos consideraram isso como fundamental ao mesmo tempo que reclamam da falta de cursos para tanto.

CONCLUSÃO

A realização desse trabalho permitiu a identificação de uma parte da população de origem haitiana na cidade de Pato Branco – PR, o conhecimento de suas aspirações e dificuldades, permitindo, quem sabe, uma maior integração desses imigrantes com a comunidade brasileira, por si só formada, em grande parte, por imigrantes de outros países.

REFERÊNCIAS

1 - Assis, GO. **A diáspora haitiana rumo ao Brasil e os desafios à política migratória brasileira: migrantes indesejados?** FAED – Universidade do Estado de Santa Catarina, 2012.

2 - Barbosa, LS. **Imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul: uma etnografia de sua inserção no contexto sociocultural brasileiro.** Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria. 2015

3 – Canção haitiana de amor. Citado por Galeano, E. **Memória do fogo.** L&PM. Porto Alegre, 2013. P.356.

4 - Calvocoressi, P. **Política mundial a partir de 1945.** Nona edição. ArtMed, 2011. P. 45.

5 - Chueiri, VK. Câmara, HF. Direitos **Humanos em Movimento: migração, refúgio, saudade e hospitalidade.** Direito, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro. Número 36, pp. 158-177. Jan-jun 2010.

6 - Costa, G A. **Haitianos em Manaus: dois anos de imigração – e agora?** Travessia – Revista do Migrante número 70, São Paulo, 2012.

7 - Fernandes, D. et al. **Projeto “Estudos sobre a migração haitiana ao Brasil e diálogo bilateral”.** Belo Horizonte, 2014.

- 8 - Gorender, J. **O épico e o trágico na História do Haiti**. Estudos avançados 18, 2004.
- 9 - Lafantasia, G.W. Foreign relations, 1961-1963 – American Republics. Washington. United States Printing Office, 1996. Disponível em: <http://www.state.gov/r/pa/ho/frus/kennedyjf/xii/> Acesso em 03/06/2016.
- 10 - Matijascic, VB. **Haiti: uma história de instabilidade política**. Texto integrante dos Anais do XX Encontro Regional de História: História e Liberdade. ANPUH/SP –UNESP – Franca. 2010.
- 11 - MINUSTAH. United Nations Stabilization Mission in Haiti. Disponível em: www.un.org/en/peacekeeping/mission/aminustah/background.shtml/ acesso em 3 Junho.2015.
- 12 - Moraes, MIA, Andrade, CAA, Mattos, BRB. **A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios**. Revista Conjuntura Austral. Vol 4, número 20. 2013. Disponível em: [HTTP://oaji.net/articles/2015/2137-1438733643.pdf](http://oaji.net/articles/2015/2137-1438733643.pdf). acesso em 26 abr 2016.
- 13 - Nichols, D. **From Dessalines to Duvalier: Race, Colour and National Independence in Haiti**. Noba Brunswick: Rutgers, 1996. P. 20
- 14 - Redin, G. Minchola, LAB. **Proteção dos refugiados na declaração de Cartagena de 1984: uma análise a partir do caso dos haitianos no Brasil**. Revista de Estudos Internacionais (REI). V.4, n.1. 2013.
- 15 - Silva, S. Brazil, **a new eldorado for immigrants? The case of ahitians and the brazilian immigration policy**. Urbanities. V. 3, número 2. Novembro de 2013.
- 16 - Télémaque, J. **Imigração haitiana na mídia brasileira: entre fatos e representações**. Rio de Janeiro ECO/UFRJ, 2012. Disponível em: [HTTP://oestrangero.org.files.wordpress.com/2012](http://oestrangero.org.files.wordpress.com/2012).
- 17 - Villela, GMR. **Uma breve análise da história econômica do Haiti**. Opinião, n. 21, jul/dez.2008.
- 18 - Watkins, T. **Political and economic history of Haiti**. Disponível em: <http://www.sjsu.edu/faculty/watkins/haiti.htm>. Acesso em 03 Jun. 2016.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

UM OLHAR SOBRE A POPULAÇÃO DE ORIGEM HAITIANA USUÁRIA DO SUS NA MICRORREGIÃO DE PATO BRANCO

Dados de Identificação

Número do questionário: _____

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Número de documento: _____ DN: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: M() F() Estado civil: _____ Escolaridade: _____

1 - Quando saiu do Haiti? ____/____/____ Quando chegou ao Brasil? ____/____/____

2 - Por que motivo(s) veio para o Brasil?

3 – Como soube da cidade de Pato Branco ou região? Porque veio para essa cidade ou região?

4- Quais as principais deficiências dessa cidade ou região em sua opinião?

5- Moradia: Alugada () Própria () outros:

6- Quantas pessoas moram com você? _____

7- Alguém no Haiti depende financeiramente de você? Sim() Não()

8 - Quem da sua família mora no Brasil? _____

9 - Algum membro de sua família nasceu no Brasil? Sim () Não ()

10- Qual o último trabalho que fez no Haiti? _____

11 – No seu trabalho atual você tem:

Carteira assinada() Sem Carteira Assinada() Autônomo()

12 - Seu trabalho está relacionado às suas qualificações e/ou formação profissional?

Sim () Não ()

13- Qual o setor no qual você trabalha?

Construção Civil () Indústria de alimentos() Doméstico() Serviços Gerais ()

Confecção de roupa() Comércio() Segurança()

Outro: _____

14- Você faz dupla jornada de trabalho?

Sim () Não() Possui vários empregos ()

15 - Você tem filhos em idade escolar vivendo aqui no Brasil? Sim() Não()
Se sim, frequentam escolas brasileiras? Sim () Não ()
Se não, por que? _____

16- Você tem algum problema de saúde? Usa algum medicamento? Qual (is)?____

17- Você ou alguém da família precisou utilizar os serviços de emergência do SUS? Sim () Não ()

18 – Você ou alguém da sua família já utilizou outros serviços da rede SUS ou hospitais (ambulatório, vacinas e etc) ? Sim () Não ()

19 - Em que situação/doença? _____

20 - Tem plano de saúde ou paga consultas e exames particulares?

Sim() Não()

21- Como você avalia o atendimento noSUS?

Muito bom () Bom () Ruim () Péssimo ()

OBS: _____

22 - Como é a assistência à saúde no Haiti?

23- O que você espera da saúde no Brasil?

24 - Em algum momento, você procurou algum órgão brasileiro para saber sobre seus direitos, por exemplo o CRAS? Sim () Não ()

Se sim, qual?_____

Foi bem recebido? _____

25- Como é o contato com os seus familiares que estão no Haiti?

Diário () Semanal() Mensal() Não se comunicam ()

26 - Você conhece alguma associação de imigrantes haitianos? Sim()

Não()

Se sim. Qual? Você a frequenta? _____

27- Você considera não aprender o português uma barreira para viver no Brasil? Sim () Não ()

28 - Principais dificuldades encontradas no Brasil:

29- Pensa em voltar para o Haiti? Sim () Não ()

30- O que significa para você estar vivendo no Brasil? (principais experiências)

Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE – CAMPUS DE FRANCISCO BELTRÃO - CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador. Título do projeto: UM OLHAR SOBRE A POPULAÇÃO HAITIANA DE PATO BRANCO – PR. Pesquisador responsável: Carlos Frederico de Almeida Rodrigues Telefone para contato: (46) 3220 2999. O objetivo dessa pesquisa é conhecer mais profundamente a realidade da população de origem haitiana na cidade de Pato Branco – PR, sobretudo, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. A sua participação na pesquisa consiste em responder uma entrevista que será realizada pelo grupo de pesquisadores, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO Eu _____, RG _____, _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento. Local: _____ Data ____/____/____. Nome e assinatura do sujeito: _____

ALLIUM SATIVUM: UMA NOVA ABORDAGEM FRENTE A RESISTÊNCIA MICROBIANA: UMA REVISÃO

Aniele Larice de Medeiros Felix

Universidade Federal de Campina Grande, Cuité
- PB

Iara Luiza Medeiros

Universidade Federal de Campina Grande, Cuité
- PB

Francinalva Dantas de Medeiros

Universidade Federal de Campina Grande, Cuité
- PB

RESUMO: O desenvolvimento de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos disponíveis no mercado, tem se tornado um problema cada vez mais sério, levando a necessidade de buscas por alternativas para solucionar esse problema. Há evidências na literatura de que *A. sativum* tem demonstrado atividade biológica contra bactérias e fungos, sendo o maior espectro de ação atribuído a alicina, principal constituinte dessa espécie. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a efetividade de *Allium sativum* no tratamento antimicrobiano e sua associação com antibióticos no combate a cepas multirresistentes. Em todos os estudos consultados foi descrito algum tipo de atividade antimicrobiana da espécie vegetal em questão, havendo variação conforme o tipo de extrato, tipo de microrganismo e espécie. Foram feitos testes de diâmetro do halo de inibição com

diversas bactérias, tanto gram-positiva, como gram-negativa e, fungos, utilizando extratos de *A. sativum* do tipo, *in natura*, aquoso, etanólico, hidroalcolico e, também seus óleos essenciais. Também foram feitos testes de sinergismo entre os extratos dessa planta e os antibacterianos e antifúngicos da prática clínica convencional, com intuito de observar se houve o aumento do potencial de ação contra cepas que apresentam resistência. Os estudos demonstraram que *A. sativum* apresenta atividade tanto para bactérias gram-positivas como gram-negativas, como também apresentou resultados satisfatórios à respeito da inibição de fungos. De modo geral foi observada ação promissora contra os diversos patógenos testados, como também em associação com outros fármacos, assim uma alternativa viável para ser utilizado na terapêutica de forma individual ou complementar.

PALAVRAS-CHAVE: *Allium sativum*, antimicrobiano, cepas resistentes.

ABSTRACT: The development of resistance of microorganisms to commercially available antimicrobials has become an increasingly serious problem, leading to the need to search for alternatives to solve this problem. There is evidence in the literature that *A. sativum* has demonstrated biological activity against bacteria and fungi, being the largest spectrum of action attributed to allicin, the main constituent

of this species. Thus, the present study aimed to analyze the effectiveness of *Allium sativum* in antimicrobial treatment and its association with antibiotics in the fight against multiresistant strains. In all the studies consulted, some type of antimicrobial activity of the plant species in question was described, with variation depending on the type of extract, type of microorganism and species. Inhibition halo diameter tests were performed with various bacteria, both gram-positive, gram-negative and fungi, using *A. sativum* extracts of the in natura, aqueous, ethanolic, hydroalcoholic type and also their essential oils. Synergism tests were also carried out between the extracts of this plant and the antibacterial and antifungals of the conventional clinical practice, in order to observe if there was an increase in the action potential against resistant strains. The studies demonstrated that *A. sativum* shows activity for both gram-positive and gram-negative bacteria, as well as satisfactory results regarding fungal inhibition. In general, promising action against the various pathogens tested was observed, as well as in association with other drugs, thus a viable alternative to be used in the treatment of individual or complementary form.

KEYWORDS: *Allium sativum*, antimicrobial, resistant strains.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos disponíveis no mercado, tem se tornado um problema cada vez mais sério, e difícil de ser solucionado, o que fez necessidade de buscas por alternativas para solucionar esse problema (Fonseca et al., 2014). Essa tolerância se dá por diversos mecanismos, como, uso indevido e irracional dessa classe de medicamentos, que como consequência ocasiona o comprometimento do processo saúde-doença dos indivíduos (Almeida et al., 2013). A espécie *Allium sativum*, popularmente conhecida como alho, e seus extratos têm sido citados, desde a antiguidade, como uma espécie vegetal de uso medicinal para tratar diversas patologias, e em especial infecções, apresentando-se como uma alternativa promissora, para ser utilizado como medicamento fitoterápico, podendo ser utilizado em associação com os antimicrobianos ou de forma independente, com objetivo de combater cepas resistentes. Há evidências na literatura de que *A. sativum* tem demonstrado atividade biológica contra bactérias e fungos, sendo o maior espectro de ação atribuído a alicina, principal constituinte dessa espécie, quando o bulbo da planta é esmagado ou macerado, a alina, encontrada naturalmente no alho, sofre ação da enzima alinase se transformando em alicina, que é responsável pelo odor característico, e por ser inibidor das enzimas metabólicas sulfidrilas, sugere-se que suas propriedades antimicrobianas são devidas a interações específicas com o grupo tiol dos microrganismos (Souza & Soares, 2014). Além de alicina, o extrato de alho possui como metabolitos secundários, taninos, alcalóides, cumarinas e flavonoides, os quais podem também estar relacionados à atividade antimicrobiana apresentada pelo

mesmo, a maior concentração destes fitoquímicos está nos bulbos, mais conhecidos como “dentes de alho”. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a efetividade de *Allium sativum* no tratamento antimicrobiano e sua associação com antibióticos no combate a cepas multirresistentes.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica, no período de 2010 a 2017, utilizando as bases de dados *Science Direct*, *PubMed*, *SciELO* e *Google Acadêmico*, nos idiomas inglês e português, utilizando como critério de inclusão a seleção daqueles que apresentavam evidências de comprovação da atividade antimicrobiana de *Allium sativum* contra bactérias e fungos, de forma independente ou, em ação conjunta com outros antimicrobiano.

Foram encontrados 22 artigos, sendo selecionados 17, os 5 artigos foram excluídos por não apresentarem conteúdo da área de interesse.

3 | DISCUSSÃO E RESULTADOS

Em todos os estudos consultados foi descrito algum tipo de atividade antimicrobiana da espécie vegetal em questão, havendo variação conforme o tipo de extrato, tipo de microrganismo e espécie. Foram feitos testes de diâmetro do halo de inibição com diversas bactérias, tanto gram-positiva, como gram-negativa e, fungos, utilizando extratos de *A. sativum* do tipo, *in natura*, aquoso, etanólico, hidroalcolico e, também seus óleos essenciais. Também foram feitos testes de sinergismo entre os extratos dessa planta e os antibacterianos e antifúngicos da prática clínica convencional, com intuito de observar se houve o aumento do potencial de ação.

A tabela 1 apresenta os sinergismos testados.

| Tipo de extrato | Antimicrobiano | Bactéria | Aumento do espectro de ação | Fontes |
|-----------------|----------------|----------|-----------------------------|------------------------|
| HIDROALCÓOLICO | Ciprofloxacino | — | (+) | (Marmitt et al., 2015) |
| | Ampicilina | — | (-) | (Marmitt et al., 2015) |

| | | | | |
|--------|--------------|-----------------------|-----|---------------------------|
| AQUOSO | Vancomicina | <i>S. aureus</i> | (+) | (Almeida et al., 2014) |
| | Tetraciclina | <i>S. aureus</i> | (+) | (Almeida et al., 2014) |
| | Gentamicina | <i>S. aureus</i> | (+) | (Almeida et al., 2014) |
| | Oxacilina | <i>S. aureus</i> | (+) | (Medeiros & Santos, 2010) |
| | Oxacolina | <i>S. epidermidis</i> | (+) | (Medeiros & Santos, 2010) |
| | Cefazolina | <i>S. epidermidis</i> | (+) | (Medeiros & Santos, 2010) |
| | Cefazolina | <i>S. aureus</i> | (+) | (Medeiros & Santos, 2010) |

Tabela 1 – Extratos de *Allium sativum* analisados em combinação com antibióticos para verificação do aumento do potencial terapêutico.

(+): positivo; (-): negativo

Além dos testes de sinergismo, foram feitas avaliações da efetividade de *A. sativum*, comparando-se os resultados obtidos do diâmetro do halo de inibição com os dos antimicrobianos utilizados na prática clínica. Segundo Fonseca et al., (2014) a atividade antimicrobiana de *Allium sativum*, de forma, *in natura*, frente ao microrganismo do gênero *Candida*, foi maior do que aquele apresentado pelo controle positivo, miconazol. A Penicilina G apresentou um halo de inibição, discretamente maior que o vegetal *in natura*, frente à *Streptococcus* do grupo B e, ainda, o material vegetal *in natura* demonstrou maior desempenho quando comparado ao extrato aquoso, na inibição dos gêneros *Candida* e *Streptococcus* do grupo B.

Milani e colaboradores (2016) relatam que o extrato da planta fresca na concentração 20µL, impregnado em discos, não apresentou atividade antibacteriana significativa frente à cepa de *Staphylococcus aureus*, quando comparado à ação da penicilina testada. No entanto, o mesmo volume testado em *Escherichia coli* demonstrou o mesmo grau de eficiência antimicrobiana do antibiótico amicacina, e a mesma ação antifúngica do miconazol frente à cepa de *Candida albicans*, sugerindo uma ação promissora. Também foi testado seu extrato aquoso frente *Candida sp*, e quando comparado aos controles com nistatina e clotrimazol, apresentaram resultados satisfatórios.

Os estudos demonstraram que *A. sativum* apresenta atividade tanto para bactérias gram-positivas como gram-negativas, como também apresentou resultados satisfatórios à respeito da inibição de fungos. A alicina foi apresentada como o principal componente responsável pelo poder antimicrobiano, em especial à ação antifúngica, pois quando removida, a ação antifúngica foi diminuída. Foi visto que o aumento da concentração dos extratos foi decisivo para a inibição de alguns dos patógenos

descritos, além disso, a planta *in natura* apresentou resultados satisfatórios em todo o conteúdo consultado.

4 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados expostos, foi possível perceber que a capacidade antimicrobiana de *Allium sativum* variou conforme o tipo de extrato, concentração e tipo de microrganismo analisado, podendo ser a causa de alguns testes não terem obtido resultados satisfatórios. De modo geral foi observada ação promissora contra os diversos patógenos testados, como também em associação com outros fármacos, assim uma alternativa viável para ser utilizado na terapêutica de forma individual ou complementar, para combater de microrganismos multirresistentes, mas ainda há a necessidade de avaliações adicionais, para que se obtenha um produto com a devida segurança e efetividade comprovada.

REFERÊNCIAS

- AISHAH, AW Nur et al. Antimicrobial protein produced by *Bacillus subtilis* ATCC 21332 in the presence of *Allium sativum*. **Asian Pacific Journal of Tropical Disease**, v. 4, n. 3, p. 245, 2014.
- ALMEIDA, Graziela Domingues et al. Aqueous extract of *Allium sativum* potentiates the action of antibiotics vancomycin, gentamicin and tetracycline against *Staphylococcus aureus*. *Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences*, v. 34, n. 4, p. 487-492, 2014.
- BAYAN, Leyla; KOULIVAND, Peir Hossain; GORJI, Ali. Garlic: a review of potential therapeutic effects. **Avicenna journal of phytomedicine**, v. 4, n. 1, p. 1, 2014.
- COSTA, Nadine Cunha et al. Atividade antimicrobiana e análise fitoquímica preliminar do extrato vegetal de alho no controle de fungos fitopatogênicos. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, v. 12, n. 1, p. 161-166, 2017.
- DE ARRUDA MILANI, Helena Luisa et al. Avaliação da atividade antimicrobiana in vitro do alho (*Allium sativum*) in natura. **Acta Scientiae Biological Research**, v. 1, n. 1, 2016.
- DE BONA, Eliana de Almeida Mira et al. Evaluation of the antimicrobial activity of plant extracts against serovars of salmonella spp. of poultry origin. *Journal of Health Sciences*, v. 15, n. 1, 2015.
- FONSECA, G. M. et al. Avaliação da atividade antimicrobiana do alho (*Allium sativum* Liliaceae) e de seu extrato aquoso. **Rev. bras. plantas med**, v. 16, n. 3, supl. 1, p. 679-684, 2014.
- FREIRE, Julliana Cariry Palhano et al. Atividade antifúngica de fitoterápicos sobre candidose oral: uma revisão de literatura. **Salusvita**, v. 35, n. 4, p. 537-546, 2016.
- MARMITT, Diorge Jônatas et al. Plantas com Potencial Antibacteriano da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do Sistema Único de Saúde: Revisão Sistemática. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 2, p. 135-152, 2015.
- MEDEIROS, A. J. D.; SANTOS, E. C. G. avaliação do efeito sinérgico antibacteriano de plantas constituídas por compostos sulfurados. CONNEPI, 2010.

MENDOZA-JUACHE, Alejandro et al. The essential oil of *Allium sativum* as an alternative agent against *Candida* isolated from dental prostheses. *Iberoamerican Journal of Mycology*, 2017.

OLAIMAT, Amin N. et al. Inhibition of *Shigella sonnei* and *Shigella flexneri* in Hummus Using Citric Acid and Garlic Extract. **Journal of Food Science**, 2017.

PINHEIRO, Karla Mendes et al. Comparação da atividade antimicrobiana de extratos hidroalcoólicos de três formas comercializadas de alho *Allium sativum*, contra bactérias de interesse clínico. **Hig. aliment**, p. 65-69, 2014.

SILVA, Denise Abatti Kasper; CHAVES, C.; GERN, M. I. Estudo da atividade antibacteriana de duas soluções extrativas de *Allium sativum* L., uma obtida por método popular e outra na forma de suco, manipuladas em gel. **Revista Saúde e Ambiente**, v. 6, n. 2, p. 14-18, 2009.

SOUZA, Liane Santos Sales; SOARES, Ana Cristina Fermino. Extrato aquoso de alho (*Allium sativum* L.) no controle de *Aspergillus niger* causador da podridão vermelha em sisal. *Tecnológica*, v. 17, n. 2, p. 124-128, 2014.

SULAIMAN, Faoziyat A. et al. Antimicrobial and toxic potential of aqueous extracts of *Allium sativum*, *Hibiscus sabdariffa* and *Zingiber officinale* in Wistar rats. **Journal of Taibah University for Science**, v. 8, n. 4, p. 315-322, 2014.

SUNG, Suet-Yen et al. Effects of *Allium sativum* essence oil as antimicrobial agent for food packaging plastic film. **Innovative Food Science & Emerging Technologies**, v. 26, p. 406-414, 2014.

ELABORAÇÃO DE BULAS PARA PROMOÇÃO DO USO CORRETO E RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS PELA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CEARÁ.

Bianca Frota Monte

Centro Universitário INTA- UNINTA
Sobral- CE

Bruna Linhares Prado

Centro Universitário INTA- UNINTA
Sobral- CE

Francisca Valéria Bezerra Sampaio Marques

Universidade Federal do Ceará - UFC
Sobral- CE

Josiane Lima Mendes

Centro Universitário INTA- UNINTA
Sobral- CE

Olindina Ferreira Melo

Centro Universitário INTA- UNINTA
Sobral- CE

Wilcare de Medeiros Cordeiro Nascimento

Centro Universitário INTA- UNINTA
Sobral- CE

RESUMO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconhece, na atualidade, a importância da fitoterapia. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, verificou-se que a fitoterapia está presente em mais de uma centena de municípios brasileiros, contemplando quase a totalidade dos estados. No Ceará foi criado projeto Farmácia Viva, onde visa atender população carente através de orientações, oficinas quanto ao uso correto

das plantas medicinais. No município de Sobral, a Fitoterapia foi implantada em Março de 2001 por meio do Projeto Farmácia Viva, do tipo III, o qual foi planejado para atuar como um programa de assistência social farmacêutica as comunidades carentes. Tendo em vista deste programa, o presente estudo acompanhou as oficinas ministradas realizadas nos grupos de convivência entre os meses de Maio e Junho do ano de 2016. Ao final, foi possível constatar que mediante conversas realizadas durante os grupos, os participantes conheciam a maioria das plantas abordadas nas oficinas, mas que alguns não compreendiam o uso correto das plantas, verificando assim, que a elaboração das bulas de orientação sobre as plantas medicinais obtiveram os resultados esperados quanto a satisfação da população a respeito da necessidade de orientações em que pudessem guardar consigo para esclarecer quaisquer dúvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia, Plantas Mediciniais, Bula.

ABSTRACT: The World Health Organization (WHO) already recognizes the importance of phytotherapy. In a survey carried out by the Ministry of Health, it was verified that the phytotherapy is present in more than a hundred Brazilian municipalities, contemplating almost all the states. In Ceará, the Farmácia Viva

project was created, where it aims to serve the needy population through guidelines, workshops on the correct use of medicinal plants. In the county of Sobral, Phytotherapy was implanted in March 2001 through the Farmácia Viva, Type III Project, which was designed to act as a program of pharmaceutical social assistance to poor communities, in view of this program, the present study followed the workshops held in the groups of coexistence between May and June of the year 2016. At the end, it was possible to conclude that it was possible to verify through conversations during the groups, that the participants knew the majority of the plants approached in the most that some did not understand the correct use of the plants, thus verifying that the preparation of the leaflets of guidance on medicinal plants obtained the expected results regarding the satisfaction of the population regarding the need for guidelines that could be kept with them to clarify any doubts.

KEYWORDS: Phytotherapy, Medicinal Plants, Medical Plants Leaflet.

1 | INTRODUÇÃO

O projeto Farmácia Viva, é um programa de assistência social farmacêutica, foi criado por Francisco José de Abreu Matos, para atender principalmente as comunidades carentes. Tem dentre os seus objetivos orientar a população através das oficinas, a fazer uso correto e racional das plantas, uma vez que é muito comum a maioria das pessoas associarem o uso das plantas a um tratamento que não oferece risco algum, e que na verdade esta cultura popular está equivocada. Outro objetivo do projeto visa a produção de medicamentos fitoterápicos que são distribuídos gratuitamente mediante prescrição.

O sistema público de saúde no Brasil não possui uma política de assistência farmacêutica capaz de suprir as necessidades medicamentosas da população, sobretudo no Nordeste brasileiro, onde a população carente apresenta dificuldades para obter os medicamentos essenciais, bem como adoece muito mais. A existência de uma política nacional para a Fitoterapia no SUS tem grande importância para o país, considerando o que propõe esta política e o contexto econômico, social, cultural, científico e sanitário presentes no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconhece, na atualidade, a importância da fitoterapia, sugerindo ser uma alternativa viável e importante também às populações dos países em desenvolvimento, já que seu custo é diminuído (BRASIL, 2011).

Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, verificou-se que a fitoterapia está presente em mais de uma centena de municípios brasileiros, contemplando quase a totalidade dos estados. Devido a sua importância para a saúde pública, o Ministério da Saúde desenvolve a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, validando o uso das plantas medicinais como terapia segura. Erros de diagnóstico, identificação incorreta de espécies de plantas e uso diferente da forma tradicional podem ser perigosos, levando a superdose,

inefetividade terapêutica e reações adversas. Além disso, o uso desses produtos pode comprometer a eficácia de tratamentos convencionais, por reduzir ou potencializar seu efeito. O entendimento do uso racional de medicamentos está pautado no processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2007).

De acordo com as definições estabelecidas pelo decreto 30.016 de 30 de dezembro de 2009, as farmácias vivas se caracterizam em três tipos, tendo cada uma suas especificações. Nas Farmácia Viva I, são desenvolvidas as atividades de cultivo, a partir da instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de farmácias vivas comunitárias e/ou unidades do SUS, tornando acessível a população assistida a planta medicinal in natura e a orientação sobre a correta preparação e uso dos remédios caseiros. Na Farmácia Viva II, são realizadas as atividades de produção/ dispensação de plantas medicinais secas (droga vegetal), onde para tanto deve possuir uma adequada estrutura de processamento da matéria-prima vegetal, visando a tornar acessível a população a planta medicinal seca/droga vegetal. Poderá ainda desenvolver as atividades previstas no modelo I. E a Farmácia Viva III, a qual se destina a preparação de “fitoterápicos padronizados”, preparados em áreas específicas para as operações farmacêuticas, de acordo com as Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos (BPPF), visando ao provimento das unidades do SUS. O modelo III poderá ainda realizar as atividades previstas para os modelos I e II. como o cultivo e garantia ao acesso às plantas medicinais ‘in natura’, presentes no horto localizado no Centro Saúde Família do bairro Sumaré do município de Sobral sobre a coordenação de um farmacêutico, bem como a orientação sobre a preparação e o uso correto dos remédios caseiros realizada por profissionais capacitados, além da dispensação de plantas medicinais secas (droga vegetal), constantes no elenco do Núcleo de Fitoterapia (NUFITO), destinadas ao provimento das unidades de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) (CEARÁ, 2009).

No município de Sobral, a Fitoterapia foi implantada em Março de 2001 por meio do Projeto Farmácia Viva, do tipo III, o qual foi planejado para atuar como um programa de assistência social farmacêutica as comunidades carentes. Com a manutenção deste projeto, a população de Sobral é beneficiada, havendo redução de gastos da prefeitura com a compra de medicamentos industrializados; minimização de danos colaterais causadas pelo uso destes, respeito ao conhecimento popular e integração e equilíbrio entre o homem e o meio ambiente.

No Ceará existe uma lista com trinta plantas medicinais a REPLAME (Relação Estadual de Plantas Mediciniais), (Portaria N° 275, 2012), que fazem parte da flora local e são utilizadas como recurso terapêutico para tratamento de diversas patologias. A partir dessas plantas são produzidos fitoterápicos indicados como tranquilizantes, broncodilatadores, antissépticos, cicatrizantes, anti-inflamatórios entre outras

indicações. Podemos listar algumas destas plantas, entre elas: Babosa (*Aloe vera*), Capim Santo (*Cymbopogon citratus*), Eucalipto (*Eucalyptus tereticornis*), Confrei (*Symphytum officinale* L.), Romanzeira (*Punica granatum* L.), Malvarisço (*Plectranthus amboinicus*), Malva Santa (*Plectranthus barbatus*.), Alfavaca (*Ocimum gratissimum* L.), Aroeira (*Myracrodruon urundeuva*), Chambá (*Justicia pectoralis*), Maracujá (*Passiflora edulis*) e Goiabeira (*Psidium guajava* L.) (CEARÁ, 2012).

Como responsabilidade social, o projeto Farmácia Viva no município de Sobral, promove palestras nos grupos de convivência entre os mais diversos públicos que ocorrem com a frequência semanalmente. São palestras expositivas, onde o primeiro momento das oficinas são teórico explicativo e depois o momento prático para realização das preparações caseiras com plantas que podem ser produzidas pela comunidade para consumo próprio, como por exemplo, chás, supositórios, sabonetes, descongestionantes nasais entre outros, ministradas por um profissional capacitado onde são expostas as várias espécies de plantas medicinais coletados no horto municipal do projeto. Durante estes momentos, existe uma troca de saberes, o resgate do conhecimento popular além do esclarecimento de dúvidas. A realização segura desses atendimentos está vinculada ao conhecimento prévio do profissional de saúde sobre a terapêutica com fitoterápicos ou plantas medicinais.

A orientação para uma utilização adequada, sem perda da efetividade dos princípios ativos localizados nas plantas e sem riscos de intoxicações por uso inadequado é fundamental. É importante salientar que esses grupos não são ministrados apenas para população, mas também para os profissionais desde os agentes comunitários de saúde até os prescritores, de forma esclarecedora. Os usuários devem buscar recomendações de uso com profissionais da saúde e procurar atendimento diante de qualquer suspeita de reação adversa. Este propósito poderá ser alcançado com a sensibilização dos profissionais de saúde, campanhas educativas, agilidade e constância na transferência das notificações existentes nos centros de vigilância dos Estados e Municípios à Anvisa, maior integração das áreas da Anvisa que regulamentam medicamentos (registro, inspeção e farmacovigilância), disponibilização dessas informações no sítio eletrônico da Anvisa e, quando necessário, inclusão de novos eventos adversos nas bulas dos medicamentos, publicação de alertas e inspeções em empresas fabricantes. O objetivo do presente estudo é a elaboração de bulas de plantas medicinais abrangendo informações sobre nome científico, nome popular, parte da planta utilizada, modo de usar, contraindicações, e observações necessárias sobre as plantas, visando orientar a população dos grupos de convivência quanto ao uso correto das plantas medicinais comuns da região.

2 | METODOLOGIA

Para elaboração desse trabalho, foi realizado uma análise documental sobre as espécies de plantas fitoterápicas, através de bibliografias, utilizando uma abordagem qualitativa exploratória descritiva, baseada na RDC 47/09 que define padrão de elaboração de bulas de medicamentos, incluindo os fitoterápicos. O período de estudo foi entre os meses de Maio e Junho do ano de 2016, aonde foi realizado o acompanhamento das oficinas de plantas medicinais realizadas nos grupos de convivência. Como objeto de intervenção foi utilizado a população do município de Sobral que participa dos grupos de convivência que acontecem nos Centros de Saúde da Família.

3 | RESULTADOS

Durante os grupos de convivência, viu-se a necessidade da elaboração de uma ferramenta de orientação sobre o uso correto de plantas medicinais, e que esta fosse tão satisfatória quanto as orientações prestadas durante as palestras. Assim como os medicamentos sintéticos e fitoterápicos, o uso correto e racional das plantas medicinais e/ou a droga vegetal, são amplamente satisfatórios no tratamento e prevenção de enfermidades, sendo assim foi possível proporcionar uma melhor sistematização do conhecimento adquirido. Além daquela informação constante na bula sobre as plantas, poder orientar outras pessoas que ali não estavam presentes, podendo assim levar aquele instrumento consigo.

A partir da distribuição das bulas juntamente com as orientações da farmacêutica palestrante responsável, foi possível observar um progresso tanto na didática quanto na orientação clara e objetiva em uma linguagem expositiva. Para nós discentes, ficou evidente o quanto as oficinas pedagógicas e a distribuição das bulas de plantas medicinais têm contribuído para a aquisição das informações científicas, demonstrando a facilidade em construir coletivamente o conhecimento acerca das plantas medicinais.

4 | DISCUSSÃO

Foi possível constatar mediante conversas realizadas durante os grupos, que os participantes conheciam a maioria das plantas abordadas nas oficinas, mas que alguns não compreendiam o uso correto das plantas quanto à quantidade, modo de preparo e até mesmo uso. Com isso, observou-se que as bulas foram de relevante importância e aceitação para a população presente nesses grupos, além de ser possível transmitir aquele conhecimento para outras pessoas da comunidade.

5 | CONCLUSÃO

Verificamos que a elaboração das bulas de orientação sobre as plantas medicinais obtiveram os resultados esperados quanto a satisfação da população a respeito da necessidade de orientações em que pudessem guardar consigo para esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem em outro momento. Além do que, a população em sua maioria tinha condições financeiras comprometidas e utilizavam daquele conhecimento para tratar algumas de suas necessidades por um custo mais acessível, levando em consideração que algumas famílias possuíam algumas espécies de plantas medicinais no próprio quintal de sua residência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão: 2006/2010. **Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas: Resolução CFN N° 402/2007: **Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas in natura frescas, ou como droga vegetal nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências**, 2007.

CEARÁ. Decreto do Governo do Estado no 30.016, de 30 de dezembro de 2009. **Aprova o Regulamento Técnico da Fitoterapia no Serviço Público do Estado do Ceará**, 2009.

CEARÁ. Portaria SESA N° 275 de 20 de março de 2012. **Promulga a relação estadual de plantas medicinais (REPLAME) e dá outras providências**. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2012.

PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS POR COMUNIDADES INDÍGENAS BRASILEIRAS NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Anna Beatriz Artigues de Araujo Vieira

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

Jane Baptista Quitete

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

Rosana de Carvalho Castro

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

Sandra Maria do Amaral Chaves

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

RESUMO: Introdução: Estamos hoje sofrendo uma ruptura cultural em várias esferas na sociedade indígena. Muitos autores defendem o pensamento de que a modernidade como um todo pode ser um vilão no que tange ao pressuposto de uma extinção cultural proveniente da cultura indígena. O uso de plantas medicinais está intimamente ligado a essa herança de conhecimentos populares que é herdada dos pais pros filhos ao longo da existência humana. Contudo, essa tradição entre os povos contemporâneos vem desaparecendo pela ação da modernidade e da facilidade de informação. Os povos tradicionais ainda assim,

tentam manter a tradição. **Objetivo:** Identificar a produção de conhecimento sobre os ritos, as práticas e os costumes das mulheres indígenas brasileiras no que diz respeito ao trabalho de parto, parto e nascimento de seus filhos. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de caráter qualitativo, descritivo, realizado no período de janeiro a julho de 2016, mediante a técnica de revisão sistemática em publicações virtuais. Foram utilizados como descritores: saúde da população indígena, saúde da mulher, plantas medicinais. **Resultados:** A partir do levantamento bibliográfico realizado, foram elencadas 42 (quarenta e duas) plantas nas quais parteiras e índias utilizam desde os tempos mais primitivos da humanidade. **Conclusão:** Evidenciou-se uma reduzida produção científica sobre a temática em questão. Perante isso, concluímos que há uma necessidade de nos apropriar do tema a fim de contribuir mais amplamente no que tange a saúde indígena, especificamente na saúde das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério garantindo sua integridade cultural. **PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da População Indígena, Saúde da Mulher, Plantas Medicinais, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT: Introduction: We are now suffering a cultural break in various spheres in the indigenous society. Many authors defend

the modernity thought as a whole may be a villain as far as the assumption of a cultural extinction from the indigenous culture. The use of medicinal plants is closely linked to this inheritance of popular knowledge that is inherited from parents to children throughout human existence. However, this tradition among contemporary peoples is disappearing by the action of modernity and ease of information. Traditional people still try to keep the tradition. **Objective:** To identify the production of knowledge about the rites, practices and customs of Brazilian indigenous women with regard to labor, delivery and birth of their children. **Method:** This is an integrative review of literature's in qualitative character, descriptive, carried out in the period from January to July 2016, through the technique of systematic review in virtual publications. There were used as descriptors: indigenous population health, women's health, medicinal plants products. **Results:** From the bibliographical survey carried out, 42 (forty-two) plants in which midwives and indigenous used since the earliest times of humanity. **Conclusion:** It was evidenced a reduced scientific production on the subject in question. However, we conclude that there is a need to appropriate the theme in order to contribute more broadly to indigenous health, more specifically health of women during pregnancy, childbirth and the puerperium ensuring their cultural integrity. **KEYWORDS:** indigenous population health, women's health, medicinal plants, obstetric nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido um campo de grande preocupação e discussões ao longo de várias décadas. A vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher, e o nascimento do filho é uma experiência única, portanto, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo governo.

Estamos hoje sofrendo uma ruptura cultural em várias esferas na sociedade indígena. Dessa forma, muitos autores defendem o pensamento de que a modernidade como um todo pode ser um vilão no que tange ao pressuposto de uma extinção cultural proveniente da cultura indígena.

O uso dessas plantas torna-se intimamente ligado a essa herança de conhecimentos populares que é herdada dos pais para os filhos ao longo da existência humana. Porém segundo autores, essa tradição entre os povos contemporâneos vem desaparecendo pela ação da modernidade e da facilidade de informação. Os povos tradicionais ainda assim, tentam manter a tradição (GUARIM-NETO *et al*, 2000 *apud* LEITE; MARINHO, 2014).

No caso da mulher *Kaxinawa*, o parto se torna um evento cotidiano que se torna compartilhado com as mulheres que passaram pela experiência do gestar e do parir, auxiliando as outras mulheres terem seus filhos. Dessa forma, os conhecimentos dos brancos difusos com os conhecimentos da Medicina Tradicional tornam-se um

complemento a essa prática de “pegar criança”. Assim, a atenção ao parto indígena se torna mais amplo e completo. Já em outra comunidade indígena, os *Mbyá* concentram outras tantas práticas de auto atenção durante o ciclo gravídico-puerperal; produzindo em então proteção e promoção da mãe e bebê. Pela tradição, após o parto, as parteiras guaranis ficam com a responsabilidade de cuidar da parturiente e do recém-nascido. Para tanto ela usa o cachimbo e prepara um remédio feito com cinzas da fogueira, a fim de evitar que os envolvidos adoeçam devido a influencias de maus espíritos que habitam o mundo (FERREIRA, 2013).

Segundo Torri (2013), algumas plantas que são utilizadas pelas parteiras são a *arrayán* (*Luma apiculata*), o *nogal* (*Juglans nigra* L.) e o louro (*Cordia alliodora*). Tais plantas costumam ser usadas após uma semana do parto, pois se acredita que funções importantes são atribuídas a elas, tanto na esfera da psique das mulheres quanto na esfera física das mesmas. Outra planta de exemplo é a *Mentzelia aspera* L. No caso, ela é preparada em forma de chá contendo a propriedade em que permite o útero colocar-se com mais força em sua posição correta. No caso do equilíbrio entre mãe e bebê no quesito quente e frio, as principais plantas que são utilizadas nessa finalidade em forma de banho são: *Chirimoyae* (*Anona chirimolia*), o *Paico* (*Chenopodium ambrosioides* L.) e a *Trinitraria* (*Psoralea mutisii*).

Ainda sob a ótica do autor, Torri (2013) o tempo que uma puérpera faz uso das plantas varia de acordo com o perfil de gravidez e parto em que ela se encontrou. Sendo assim, a MT é utilizada no pós-parto para estagnar o sangramento, outras vezes para realizar a remoção de coágulos de sangue e impurezas durante a gestação, outras vezes então são utilizadas para fortalecimento do útero, alívio da dor e inchaço, curar a cicatriz do nascimento e dentre outros. Além das plantas utilizadas para o pós-parto; algumas delas podem ser trabalhadas em casos de menorragia e / ou problemas menstruais. Dessa maneira, a maior parte das plantas utilizadas é preparada por meio da fervura em água, banhos diários ou ingeridas por meio dos chás diários.

Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), criada em 2006, implementou no Sistema Único de Saúde (SUS) recursos como fitoterapia, homeopatia e outros. A inserção dessas práticas é relevante no processo de promoção da saúde e a prevenção de doenças, sob a ótica de uma olhar integral e humanizado. As plantas medicinais utilizadas nas comunidades indígenas brasileiras são um berço de conhecimento e efetividade no processo saúde-doença. Sendo assim, a relevância desse estudo é proporcionar uma discussão de tratamento complementar respeitando as particularidades de cada caso.

O objetivo desse estudo é identificar a produção de conhecimento sobre os ritos, as práticas e os costumes das mulheres indígenas brasileiras no que diz respeito ao trabalho de parto, parto e nascimento de seus filhos. Assim esperamos que, este estudo possibilite uma reflexão teórica sobre atenção ao parto, aspectos culturais e cuidados profissionais da equipe de saúde. As evidências científicas estão estimulando um número crescente de profissionais capacitados e inclinados ao que se refere aos

conhecimentos tradicionais destas práticas.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de caráter qualitativo, descritivo, realizado no período de janeiro a julho de 2016, mediante a técnica de revisão sistemática em publicações virtuais. Sua finalidade foi reunir e sintetizar resultados de pesquisas, buscando identificar as práticas de cuidado na atenção ao parto e nascimento de populações indígenas, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema proposto.

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *National Library of Medicine* (PUBMED) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram utilizados como descritores: saúde da população indígena, saúde da mulher, plantas medicinais.

Numa segunda etapa da pesquisa por meio desses descritores, procedeu-se à análise crítica dos estudos, excluindo aqueles não condizentes com os critérios e com a proposta da pesquisa, bem como as produções duplicadas. Os critérios de inclusão foram: artigos com texto na íntegra, artigos que versassem sobre a temática proposta e aqueles publicados nos últimos 05 (cinco) anos da pesquisa, ou seja, de 2010 a 2015.

Após os critérios estabelecidos, empregou-se a análise sistematizada mediante fases do processo da pesquisa bibliográfica, considerando: o levantamento bibliográfico preliminar nas bases de dados; a leitura exploratória dos estudos, verificando a viabilidade dos estudos encontrados para a revisão literária; a leitura seletiva, analisando, de maneira específica, a pertinência dos estudos; a leitura analítica, resumizando as informações encontradas de maneira crítica; a leitura interpretativa, articulando os conhecimentos versados em todos os estudos selecionados; e a elaboração do texto final que sintetiza os resultados da pesquisa literária (SALVADOR, 2012).

3 | RESULTADOS

Os resultados deste estudo possibilitou construir uma tabela de plantas medicinais usadas no período gravídico-puerperal de índias brasileiras. A partir do levantamento bibliográfico realizado, foram elencadas 42 (quarenta e duas) plantas nas quais parteiras e índias utilizam desde os tempos mais primitivos da humanidade. Segue o quadro:

| NOME CIENTÍFICO | FUNÇÃO | PARTE UTILIZADA |
|---|---|---------------------------|
| Abacate: <i>Persea gratissima</i> (C.F.) Gaertn. | Hipertensão | Folha e semente |
| Chuchu: <i>Sechium edule</i> Sw. Alho: <i>Allium sativum</i> | | |
| Baldramem <i>Arctium sp</i> | Para infecção | Folha e casca do Caule |
| Camomila: <i>Matricaria chamomilla</i> L. | Cólica | Flores |
| Carrapicho rasteiro: <i>Acanthospermum australe</i> (Loefl.) Kuntze | Cólica menstrual | Folha |
| Catinga-de-mulata: <i>Tanacetum vulgare</i> L. | | |
| Capim-cidreira: <i>Cymbopogon citratus</i> | Calmante para dor de cabeça, febre, gripe | Folha |

| | | |
|---|--|----------------------|
| Coqueiro Jerivá: <i>Syagrus romanzoffiana</i> (Cham.) Glassm. | Anemia | Flores |
| Erva Santa Luzia: <i>Commelina nudiflora</i> L. | Infecção | Folha |
| Lima: <i>Citrus sp</i> | Pressão Baixa | Folha |
| Pata-de-vaca: <i>Bauhinia forficata</i> | Infecção Urinária | Raiz |
| Sete-capotes: <i>Campomanesia guazumifolia</i> (Camb.) | Dor na coluna | Raiz, casca e tronco |
| Urtigão: <i>Urtica sp.</i> | Infecção nos rins e anemia | Folha e raiz |
| Boldo brasileiro: <i>Coleus barbatus</i> | Cólicas, enxaqueca, problemas no fígado, estômago ou intestino | Folha |
| Cidreira: <i>Melissa officinalis</i> | Calmante, cólica, tosse, bra, dor de cabeça | Folha câim-bra |
| Capim-santo: <i>Cymbopogon densiflorus</i> | Calmante, cólica, hipertensão, sônia | Folha in-sônia |
| Colônia: <i>Alpinia zerumbet</i> | Calmante, problemas no coração | Folha |
| Bamburral: <i>Hyptis umbrosa</i> | Cólica, má digestão | Folha e semente |
| Malva: <i>Malva sylvestris</i> | Gripe, calmante, inflamação na garganta e útero | Folha gar-ganta |
| Camomila: <i>Matricaria recutita</i> | Inflamação nos olhos, calmante, hipertensão, insônia, relaxante da musculatura uterina | Folha e flores |

| | | |
|---|--|-----------------|
| Arruda: <i>Rutagraveolens</i> | Dor, calmante, inflamação nos olhos | Folha |
| Jatobá: <i>Hymenaeastigonocarpa</i> | Gripe, inflamação, hemorragia, problemas na próstata | Casca |
| Anador: <i>Alternanthera brasiliana</i> | Febre | Folha |
| Tamarindo: <i>Tamarindus indica</i> | Inflamação, infecção urinária, laxante | Folha e fruto |
| Romã: <i>Punica granatu</i> | Inflamação | Semente e casca |
| Ameixa: <i>Prunus domestica</i> | Inflamação ovariana | Casca |
| Amora: <i>Rubus brasiliensis</i> | Problemas referentes à Menopausa | Folha |
| Carqueja: <i>Baccharistrimera</i> | Obesidade | Caule e folha |
| Maçã: <i>Malus domestica</i> | Calmante, colesterol alto, problemas intestinais | Fruta |
| Alface: <i>Lactuca sativa</i> | Cólica | Folha |
| Arruda: <i>Ruta graveolens</i> | Abortiva, estimulante do útero tônico | Folha |
| Artemísia <i>Artemisia vulgaris</i> | Abortiva | Folha |
| Boldo-verdadeiro: <i>Peumus boldus</i> | Abortiva, ocitócica | Folha |
| Funcho <i>Calêndula Calendule officinalis</i> | Abortiva | Folha |
| Losna <i>Artemisia absinthium</i> | Neurotóxica, ocitócica | Folha |
| Babosa <i>Aloe spp.</i> | Abortiva, ocitócica e mutagênica | Folha |
| Cáscara-sagrada: <i>Rhamnus purshiana</i> | Abortiva, estimulante da musculatura uterina | Folha |
| Ruibarbo <i>Rheum palmatum</i> | Abortiva, estimulante da musculatura uterina, genotóxica, mutagênica | Folha |
| Sena: <i>Cassia senna</i> | Abortiva, estimulante da musculatura uterina | Folha |

Fonte: A autora, 2015.

Se apropriar desses valores, possibilita compreender a singularidade do ser humano, proporcionando que gerações futuras não percam esses saberes ao longo do tempo. Afim então, de preservar não só a cultura como um bem maior, mas ir à busca de evidências científicas que possam proporcionar uma melhora no âmbito do cuidado da saúde das mulheres.

4 | CONCLUSÃO

Evidenciou-se uma reduzida produção científica sobre a temática em questão. Perante isso, concluímos que há uma necessidade de nos apropriar do tema a fim de contribuir mais amplamente no que tange a saúde indígena, especificamente na saúde das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério garantindo sua integridade cultural.

Resgatar e incentivar esses temas de discussão facilitará uma assistência mais humanizada e integral. Enaltecendo a cultura popular e os conhecimentos das práticas complementares e integrativas de uma forma eficaz e baseada na perícia do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, LO. **Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (4): 1151-1159, 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/28.pdf> > Acesso em 22 abr. de 2016.

LEITE, IA; MARINHO, MG. **Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em comunidade indígena no município de Baía da Traição-PB.** *Biodiversidade* - V.13, N1, 2014. Disponível em < <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/view/1542/1212>> Acesso em 10 mar. 2016.

SALVADOR, PTCO. **Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem.** *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20 (1): 111-7. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>> Acesso em 10 mar. 2016.

TORRI, MC. **A medicina tradicional na América do sul e as relações complexas entre os valores culturais, espirituais e terapêuticos das plantas.** *Revista de Geografia (UFPE)* V. 30, No. 3, 2013. Disponível em < <http://www.revista.ufpe.br/revistageografia/index.php/revista/article/view/828/517> > Acesso 09 fev.2016.

MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLOGICAS EM PACIENTES PEDIATRICOS SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

Gustavo Dias Gomes da Silva

Cirurgião-Dentista formado pela Universidade Estadual da Paraíba
(gustavo_diasldm@hotmail.com)

Juliane Dias Gomes da Silva

Bióloga formada pela Universidade Vale do Acaraú

Priscyla Rocha de Brito Lira

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Campina Grande

Rosa Maria Mariz de Melo Sales Marmhoud Coury

Docente do departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba

RESUMO: Os cuidados relacionados com a saúde bucal são de grande importância nos períodos antes, durante e após o tratamento oncológico. O ideal para os pacientes oncológicos em geral é que eles sejam examinados pelo cirurgião-dentista (CD) tão logo tenham sua doença diagnosticada, para que o tratamento odontológico. Assim, o tratamento odontológico tem que se apresentar de forma prévia ao tratamento oncológico apresentando como finalidade de estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, melhorando as condições significativamente do paciente pediátrico. Logo, o objetivo deste trabalho é correlacionar

a quimioterapia as manifestações bucais na cavidade oral dos pacientes pediátricos oncológicos. Destacando-se a real importância da participação do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE:Odontologia,Oncologia ,Quimioterapia ,Pediatría .

INTRODUÇÃO:

A maioria das drogas utilizadas na quimioterapia antineoplásica afeta, de algum modo, o mecanismo celular, o que acarreta danos a função e proliferação celular. No entanto, não atuam exclusivamente sobre as células tumorais,

atingindo também estruturas normais, principalmente as que se renovam constantemente (Vissink, et al, 2003).

Existem várias evidências bibliográficas que mostram a relação entre os tratamentos oncológicos e as lesões orais, e que a magnitude desses efeitos dependem de uma série de fatores relacionados ao tratamento, ao tumor e as condições gerais do paciente (HESPANHOL, et al, 2010). Portanto, não só o câncer bucal produz alterações na boca, mas também a terapia utilizada para os diversos tipos de neoplasias malignas (Cagnin, et al, 2003).

Em muitos casos, o que dificulta o diagnóstico do câncer nas crianças e nos adolescentes é o fato de sua apresentação clínica ocorrer através de sinais e sintomas que são comuns a outras doenças mais frequentes nesta faixa etária, manifestando-se através de sintomas gerais como febre, vômitos, emagrecimento, sangramentos, adenomegalias generalizadas, dor óssea e palidez. Ou, ainda, através de sinais e sintomas de acometimento mais localizados, mas frequentes também em doenças benignas como cefaleias, dores abdominais e dores osteoarticulares (Michalowski, et al, 2012).

Vale salientar que é de extrema importância na integração do cirurgião-dentista com a equipe de oncologia na atenção ao paciente em todos os estágios da doença, pois irá atuar na prevenção, no tratamento e no monitoramento das doenças bucais, atuará também na educação e motivação do paciente para obter uma adequada higiene bucal, na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da quimioterapia e radioterapia, melhorando assim a qualidade de vida do paciente. (COSTA, et al, 2007).

Mediante o fato de que a quimioterapia provoca distúrbios na integridade e função da cavidade oral, levando ao desenvolvimento de complicações orais, esse trabalho se desenvolveu no sentido de revisar a literatura referente a essas complicações, bem como a importância da atuação do cirurgião-dentista nesse contexto.

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. Além da pesquisa nessas bases de dados foram pesquisados documentos oficiais, envolvendo políticas de saúde do idoso. Utilizou-se para a busca as seguintes palavras-chaves: Oncologia, quimioterapia e Pediatria. A pesquisa não foi limitada a nenhum período específico. Ao final do levantamento, os artigos encontrados foram analisados de acordo com o critério de inclusão estabelecido, ou seja, abordar a temática: Manifestações orais em pacientes pediátricos submetidos a quimioterapia.

RESULTADOS

A mucosite é considerada uma resposta inflamatória da mucosa bucal quando submetida a altas doses de quimioterapia. A Organização mundial da Saúde (OMS) classifica a mucosite em quatro graus, os quais vão do 0 ao 4, e são distinguíveis pelas seguintes características: grau 0 não apresenta nenhum sinal ou sintoma; grau 1 a mucosa fica eritematosa e dolorida; grau 2 tem úlceras visíveis e o paciente consegue se alimentar; grau 3 as úlceras estão presentes, mas aqui o paciente não consegue se alimentar com alimentos sólidos e apenas com líquidos; grau 4 o paciente não

consegue se alimentar (LOPES, NOGUEIRA E LOPES, 2012).

Definida como a secura da boca, a xerostomia é um alteração causada por mais de 375 medicamentos utilizados no tratamento quimioterápico, sendo um dos problemas bucais mais comuns causados em pacientes acometidos por câncer da cabeça, cervical e da boca (FELDER; MILAR, 1994). Segundo Ribas, et al (2004), isso ocorre devido ao acometimento das glândulas salivares pela quimioterapia e radioterapia. Mansson et al (1992) afirma que a gravidade aumenta proporcionalmente com a dose, intensidade e tempo que a quimioterapia é aplicada, podendo essas estruturas sofrerem alterações permanentes.

Para Lopes, et al.(2012), a principal infecção fúngica em um indivíduo submetido ao tratamento quimioterápico é causada pela *Candida albicans*, denominada candidíase. De acordo com Neville, et al, (2004), a manifestação mais evidente dessa complicação é a forma pseudomembranosa é a mais prevalente, a qual se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas.

Já a Herpes Bucal caracteriza-se por múltiplas pápulas de pequeno tamanho, formando um grupo de vesículas eritematosas preenchidas por líquido, o herpes simples é um vírus que faz parte da família do herpetoviridae, que em sua maioria tem manifestações no vermelhão e na pele adjacente dos lábios e é conhecido como herpes labial. Seus principais sintomas são ardência, dor, prurido, calor ou eritema local (NEVILLE, et al., 2004). Para Camargo (2001), essa manifestação ocorre devido a imunossupressão, característica dos pacientes submetidos ao tratamento antineoplásico, o que acarreta a ativação do vírus que estava em seu estado latente.

DISCURSSÃO

As formas mais frequentes de câncer na infância e na adolescência são as leucemias, principalmente a leucemia linfóide aguda. Já os tumores de Sistema Nervoso Central (SNC) representam a neoplasia maligna sólida mais frequente (Michalowski, et al, 2012).

Quanto às possibilidades atuais de cura, 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas se diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados (Mutti, et al, 2010).

No entanto, o diagnóstico feito em fases iniciais permite um tratamento menos agressivo, com maiores possibilidades de cura e menores sequelas da doença ou do tratamento. Para a obtenção de altas taxas de cura são necessários, também, cuidado médico, diagnóstico correto, referência a um centro de tratamento (Michalowski, et al, 2012)

As doenças neoplásicas malignas são uma realidade em nossa sociedade e têm apresentado uma alta incidência no decorrer dos anos, no Brasil e no mundo. Essas são responsáveis pela morte de milhares de brasileiros, com maior frequência no

sexo masculino (Garg, et al, 1997). Nos estudos mencionados na literatura ficou claro que as complicações orais oriundas do tratamento quimioterápico são as reações adversas, bastante frequentes, sendo as mais comuns a mucosite, a xerostomia e as infecções bacterianas, viróticas ou fúngicas, comprometendo a qualidade de vida desses pacientes, conforme relatado por alguns autores (Silva, et al, 2006).

Assim, dependendo do tipo, dosagem e frequência da utilização dos agentes quimioterápicos, além da idade e nível de higiene oral do paciente, antes e depois da quimioterapia, se tornam fatores determinantes para a severidade das complicações bucais (Barros, et al, 2010).

Em sua pesquisa Lopes (2012) mostra que 83,3% das crianças avaliadas relataram já terem tido uma ou mais manifestações orais decorrentes da quimioterapia. A alta incidência destas pode-se justificar porque, quanto mais jovem o paciente, maior a possibilidade de a quimioterapia afetar a boca. Enquanto 40% de todos os pacientes submetidos à quimioterapia desenvolvem efeitos colaterais bucais, esta porcentagem pode aumentar para mais de 90% em crianças abaixo dos 12 anos de idade (SONIS et al, 1993). Contudo, considera-se que vários fatores contribuem para a instalação e as progressões dessas complicações em crianças como: constante renovação celular da mucosa oral, a diversa e complexa microbiota oral, o comprometimento do sistema imunológico e o trauma local.

Nos estudos apresentados pela literatura a mucosite, seguindo da xerostomia aparecem como as principais complicações orais desenvolvidas nos pacientes que fazem tratamentos neoplásicos, além mostrar que afeta ambos os sexos tendo uma maior prevalência na faixa etária jovem, principalmente em crianças. (WILBERG et al 2014)

A herpes labial é a principal infecção viral nos pacientes em quimioterapia. Comumente manifestam-se nos lábios, como bolhas, evoluindo para ulcerações até formar crostas. Tanto na infecção intrabucal, como na extrabucal, os pacientes podem ter linfadenopatia e febre. Como também podem apresentar sinais sistêmicos de viremia, incluindo mal-estar e anorexia (COSTA, et al, 2007).

Travaglini (2003) narrou que dentre os efeitos colaterais causados na boca de crianças submetidas ao tratamento quimioterápico, podem causar alterações na formação óssea da maxila e mandíbula. Além que, é nessa fase que ocorre a formação tecidual e odontogênica. E dentre essas alterações depende da idade e da gravidade. Onde as reabilitações são feitas mais tardiamente.

Existem várias evidências bibliográficas que mostram a relação entre os tratamentos oncológicos e as lesões orais, e que a magnitude desses efeitos dependem de uma série de fatores relacionados ao tratamento, ao tumor e as condições gerais do paciente (HESPANHOL, et al, 2010). Portanto, não só o câncer bucal produz alterações na boca, mas também a terapia utilizada para os diversos tipos de neoplasias malignas (COSTA, et al, 2007).

Logo, é de extrema importância na integração do cirurgião-dentista com a equipe

de oncologia, atuando no tratamento e no controle das doenças bucais. Melhorando assim a qualidade de vida do paciente. (COSTA, et al, 2007).

CONCLUSÃO

A sobrevida no câncer pediátrico está relacionada a diversos fatores, entre eles os relacionados ao paciente, como sexo, idade, assim como a localização, extensão e tipo de tumor. É de grande importância a participação do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar do tratamento oncológico e que a realização de avaliação odontológica criteriosa, em fases pré-radio e quimioterapia, é necessária para que se tenha um bom tratamento desses pacientes. Através dessa relação e posterior seguimento dos pacientes submetidos ao tratamento oncológico de infecção orais será reduzido, promovendo saúde bucal e uma melhor qualidade de vida para esses paciente.

REFERENCIAS

Barros CA, Samico I, Feliciano KVO, Oliveira FAA. Conhecimento sobre tumores pediátricos comuns entre estudantes de medicina no nordeste do Brasil. Rev bras educ med. 2010;34:565-72.

Cagnin ERG, Ferreira NMLF, Dupas G. Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções da criança. Acta Revista Paulista de Enfermagem 2003; 16(4): 18-30.

CAMARGO, A. M. O tratamento pediátrico oncológico, suas complicações orofaciais e prevenção. Associação Brasileira de Ensino Odontológico, São Paulo, 2001.

COSTA, R.C.L.; COSTA, E.L.; COSTA, J.F.; NEVES, M.I.R.; SILVA, N.B. Manifestações bucais em pacientes infanto-juvenis submetidos ao tratamento antineoplásico: revisão de literatura. NewsLab, São Paulo, v. 84, p. 119-128, 2007.

FELDER, R.S.; MILAR, S.B. Dental care of the polimedication patient. Dental Clinics of North America, v. 38, n.3, p. 36 - 525, 1994.

Garg AK, Malo M. Manifestations and treatment of xerostomia and associated oral effects secondary to head and neck radiation therapy. J Am Dent Assoc. 1997; 128:1128-33.

HESPANHOL, F.L.; TINOCO, E.M.B.; TEIXEIRA, H.G.C.; FALABELLA, M.E.V.; ASSIS, N.M.S.P. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 94 - 1085, 2010.

LOPES, I.A.; NOGUEIRA, D.N.; LOPES, I.A. Manifestações Oraís Decorrentes da Quimioterapia em Crianças de um Centro de Tratamento Odontológico. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v.12, n.1, p. 19-113, 2012.

MANSSON, A. et al. Analyses of salivary components in leukemia patients receiving chemotherapy. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology, v.73, n. 1, p. 35-46, 1992.

Mutti1, C. F, et al. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(1): 71-83

Michalowski, M.B. et al. Diagnóstico precoce em oncologia pediátrica: uma urgência médica. Boletim

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p. RIBAS, M.O.; ARAÚJO, M.R. Manifestações estomatológicas em pacientes portadores de leucemia. Revista Clinica e Pesquisa em Odontologia, São Paulo, v.1, n. 1, p.35-41, 2004.

Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nessa área. Cad Saude Publica 2006; 22 (10): 2055-66.

SONIS, S.T; FAZIO, R.C; FANG, L. Princípios e prática de medicina oral. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, p. 358-383, 1996.

WILBERG, P.; HJERMSTAD, M.J.; OTTENSEN, S.; HERLOFSON, B.B. Chemotherapy-Associated Oral Sequelae in Patients with Cancers Outside the Head and Neck Region. Journal of Pain and Symptom Management, New York, v. 48, n.5, 2014.

Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. Crit Rev Oral Biol Med. 2003; 14:199-212.

PRÁTICAS PREVENTIVAS E PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE ADULTOS JOVENS EM RELACIONAMENTO AFETIVO

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Amanda Trajano Batista

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa – Paraíba

Juliana Rodrigues de Albuquerque

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Iria Raquel Borges Wiese

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

RESUMO: As crenças em torno do relacionar-se afetivo-sexualmente, guiadas pelos ideais do amor romântico, têm implicações negativas na vulnerabilidade ao HIV. Objetivou-se investigar as práticas preventivas e a percepção de

vulnerabilidade ao HIV de adultos jovens em relacionamento afetivo. Participaram 400 adultos jovens entre 20 e 29 anos, sendo 200 de cada sexo. O instrumento utilizado tratou-se de um questionário semi-estruturado com questões objetivas e subjetivas versando sobre práticas preventivas e percepção de vulnerabilidade ao HIV. As respostas foram analisadas através de estatísticas descritivas, inferenciais e análise de conteúdo. Quanto às práticas preventivas, a maioria dos participantes (62%) alegou não ter feito uso do preservativo na última relação sexual com o seu parceiro(a) afetivo, 32% alegou usar o preservativo apenas às vezes e 29% disseram ter usado apenas no início do relacionamento afetivo. No que se refere à autopercepção de vulnerabilidade, a maioria (45%) assinalou não possuir *nenhum* risco de contrair o vírus HIV, demonstrando percepção de invulnerabilidade frente ao vírus. As mulheres se perceberam como mais vulneráveis ao HIV do que os homens. Entretanto, em relação aos amigos, apenas 10% disseram que estes não possuíam *nenhuma* chance de contrair HIV, denotando a transferência do risco ao outro, ou seja, a percepção de vulnerabilidade ao HIV dos amigos maior do que a autopercepção. Alicerçados no ideal do amor romântico, na confiança e na percepção de invulnerabilidade, verifica-se a não aceitação do uso do preservativo dentro do relacionamento afetivo,

o que leva a situações mais acentuadas de vulnerabilidade ao HIV/Aids.

PALAVRAS-CHAVE: adulto jovem, prevenção, percepção de vulnerabilidade, HIV/Aids.

ABSTRACT: The beliefs around sexual and affective relationship, oriented by ideals of romantic love, have negative implications on vulnerability to HIV. This chapter investigates preventive practices and the perception of HIV vulnerability by young adults in affective relationship. 400 young adults between 20 and 29 years (200 of each sex) have participated in the research. The instrument used was a semi-structured questionnaire with objective and subjective questions relating to preventive practices and vulnerability perception to the HIV. The answers were analyzed through descriptive and inferential statistics and content analysis. In the preventive practices category, most of the participants (62%) answered not to have made use of the condom in the last sexual relationship with their affectionate partner, 32% answered to use the condom only sometimes and 29% said they had used only at the beginning of the affective relationship. About the self-perception of vulnerability, the majority (45%) pointed out that there was no risk of contracting the HIV virus, demonstrating a perception of invulnerability in the face of the virus. Women perceived themselves as more vulnerable to HIV than men. However, in relation to friends, only 10% said that they had no chance of contracting HIV, denoting the transfer of risk to the other, that is, the perception of vulnerability to HIV of friends greater than self-perception. Based on the ideal of romantic love, confidence and the perception of invulnerability, it is verified the non-acceptance of the use of condoms within the affective relationship, which leads to more intense situations of vulnerability to HIV/Aids.

KEYWORDS: Young adult, Prevention, Vulnerability Perception, HIV/Aids.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo parte do pressuposto de que as crenças e formas instituídas em torno do relacionar-se afetivo-sexualmente de modo estável/duradouro, guiadas pelos ideais do amor romântico, têm implicações negativas na vulnerabilidade ao HIV. Ao mesmo tempo, observa-se que tais crenças e as questões de gênero, isto é, os papéis atribuídos ao homem e à mulher na vivência da sua sexualidade, são dialeticamente co-determinados.

Ao se analisar a vulnerabilidade ao HIV/AIDS de adultos jovens em relacionamento afetivo, se faz necessário considerar as relações estabelecidas enquanto cenário particular de estratégias de poder de gênero, pois nessa vertente ela se esboça como um acordo, frente às múltiplas formas contratuais de relações entre homens e mulheres (GIDDENS, 1993)

Nas relações afetivo-sexuais o uso do preservativo, sobretudo pelas mulheres, é substituído por outros métodos, devido, dentre outros, à confiança no parceiro e

passividade frente ao desejo masculino de não usá-lo, o que representa os ideais do mito do amor romântico. A mulher se submete à vontade do parceiro afetivo, em função das suas crenças e desejos pessoais, voltando sua identidade para a díade afetiva, a partir do momento que a firma no relacionamento e não mais nela mesma. (HEILBORN, 1992; COSTA, 1998; ZORDAN, 2005; DEL PRIORE, 2006; ATANÁZIO, 2012)

Se retomarmos ao século XIX, os ideais do amor romântico ali vividos demarcaram diversas maneiras de dependências objetivas e subjetivas, influenciando diretamente nas crenças sobre as relações afetivo-conjugais que evidenciam tais ideais como um dos orientadores da subjetividade, principalmente a feminina. Arraigada no “ser do outro” em detrimento do “ser de si”, esta subjetividade é apreendida como um dos principais pontos de fragilização e de naturalização de alguns discursos e práticas concernentes aos papéis de gênero na vivência da sexualidade.

A naturalização está implicada diretamente na fragilização das ações preventivas e da promoção da saúde, pois, a partir do momento em que a

confiança no parceiro estabeleceu-se integralmente, situada nas crenças de convicção ao pertencimento exclusivo ao outro, as mulheres abriram mão da prática sexual com proteção. Tal fato resultou, portanto, em situação de vulnerabilidade as doenças infectocontagiosas em proeminência na época, merecendo destaque o HIV/AIDS que teve seu advento na década de 80 (SALDANHA, 2003).

O conceito de vulnerabilidade aqui é entendido como “*Maiores chances de exposição das pessoas ou populações, em dada situação, a problemas e danos em saúde e a disponibilidade de recursos para o seu enfrentamento*”. (AYRES ET AL., 2012). Além disso, partindo do pressuposto de que a forma como se estabelece a dinâmica das relações afetivas repercutem nos processos de decisão quanto à saúde reprodutiva e sexual de homens e mulheres, espera-se que, ao abordar as formas de sociabilidade amorosa, seja desvelado o que é capitalizado no processo de negociação entre os pares.

Conforme dados divulgados pela Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP) (BRASIL, 2011), em jovens na faixa etária entre 13 a 24 anos, o uso do preservativo decresce à medida que estes se envolvem com um/uma parceiro(a) fixo e estável no relacionamento. Esses dados se sobressaíram, embora 97% tenham alegado ter consciência de que o preservativo é a maneira mais eficaz de se evitar a contaminação pelo HIV.

Partindo dos pressupostos, esta pesquisa tem como objetivo investigar as práticas preventivas e a percepção de vulnerabilidade ao HIV de adultos jovens envolvidos em relacionamento afetivo.

2 | MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 400 adultos jovens residentes na cidade de João Pessoa - Paraíba, sendo 200 de cada sexo, com faixa etária de 20 a 29 anos, heterossexuais e que se encontram em relacionamento afetivo há no mínimo 1(um) ano.

Instrumentos

A percepção de vulnerabilidade foi operacionalizada por meio da questão em que o participante classifica seu risco de contrair HIV/AIDS e o risco de um amigo contrair, em uma escala tipo Likert variando de 0 (nenhum risco) até 10 (alto risco) e pela afirmação do uso do preservativo nas relações sexuais com seu parceiro(a) (nunca, quase nunca, quase sempre e sempre). Para estas duas questões citadas constam duas perguntas abertas para que os participantes expliquem a sua resposta anterior na questão objetiva.

Constam, ainda, neste questionário, duas questões referentes ao uso do preservativo na última relação sexual (sim/não) e à realização do teste HIV (sim/não). Ademais, foi aplicado um questionário sócio-demográfico (sexo, idade, grau de escolaridade, tipo de relacionamento afetivo (namoro/casamento), tempo de relacionamento e convivência, dentre outros).

Análise dos dados

Os dados decorrentes do questionário quantitativo foram analisados através de estatísticas descritivas inferenciais, a fim de verificar possíveis associações entre as variáveis do estudo.

No tocante às questões abertas, as quais se trataram de justificativas às questões objetivas anteriores, procedeu-se a análise de conteúdo de Bardin (1977). Em seguida, foi feita uma análise por frequências, caracterizando a resposta em maior relevância. Esta análise teve uma apreciação mais explicativa do que qualitativa, por não se tratar de entrevistas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) Práticas Preventivas

Com o objetivo de investigar as diferenças entre as variáveis de Práticas preventivas (*Uso do preservativo* e *Uso do preservativo na última relação sexual*) associadas às diferenças no masculino e feminino, foram realizadas associações que podem ser observadas na Tabela 1.

| VARIÁVEL | Sexo | | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|-------|----|--------|----|-----|-------|-----------|
| | Femin | | Mascul | | p | | |
| | N | % | N | % | | N | % |
| Uso Preservat. | | | | | | | |
| Nunca | 18 | 5 | 27 | 7 | | 45 | 12 |
| Início relaciona. | 53 | 13 | 64 | 16 | ,07 | 117 | 29 |
| Às vezes | 76 | 19 | 53 | 13 | | 129 | 32 |
| Sempre | 53 | 13 | 56 | 14 | | 109 | 27 |
| Preservt. última relação | | | | | | | |
| Sim | 74 | 18 | 77 | 20 | | 151 | 38 |
| Não | 125 | 32 | 121 | 30 | ,72 | 246 | 62 |

Tabela 1. Uso do preservativo por sexo

Na variável *Uso do preservativo* 12% dos participantes declararam *nunca* ter feito uso do preservativo em seu relacionamento afetivo atual, sendo 60% masculinos. Em sequência, 29% alegaram ter usado apenas no *início* do relacionamento; enquanto a maioria (32%) disse usar o preservativo apenas às vezes. O uso do preservativo associado ao sexo dos participantes foi representado por um $p=,07$, logo, no limite da significância, revelando uma tendência de proximidade de diferença estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Já no *Uso do preservativo na última relação sexual*, 62% dos adultos jovens responderam não ter feito uso.

Em estudo desenvolvido por Fonseca (2004) sobre a relação entre jovens e o uso do preservativo na última relação sexual, verificou-se um número considerável de jovens relatando o uso do preservativo apenas na primeira relação sexual com suas/ suas respectivas parceiras(os), dispensando-o depois, pela confiança que passa a ter nela(e) e pela conquista da estabilidade emocional no relacionamento.

Para tanto, o presente estudo buscou as justificativas dadas pelos adultos jovens referentes ao uso ou ausência do preservativo nas relações sexuais. Emergiram sete categorias: *Uso de anticoncepcional (27%)*; *Confiança no(a) parceiro(a) (19%)*; *Prevenção (19%)*; *Método para evitar gravidez (17%)*; *Diminuição do prazer (10%)*; *Não premeditação do ato (5%)*, e por último; *Problemas com pílula anticoncepcional (4%)*.

A categoria *Uso de anticoncepcional* apresentou a maior frequência das respostas (27%). Nela, os participantes justificaram a não utilização do preservativo no relacionamento em função do uso do método contraceptivo, a pílula.

“Logo no início do namoro iniciei o uso de pílulas anticoncepcionais e aos poucos deixamos de usar a camisinha.” (Fe6)

O advento da pílula anticoncepcional separou o sexo da procriação, permitindo o descolamento das experiências sexuais da gestação e até do casamento. Todavia,

o advento da pílula implicou em maior vulnerabilidade às DST/Aids, uma vez que este método não impede a infecção por DST's (GIDDENS, 1993).

A categoria *Confiança no(a) parceiro(a)* apresentou a segunda maior frequência (19%) e aqui os participantes enfatizaram que deixaram de usar o preservativo porque adquiriram confiança em seus respectivos parceiros (as) com o decorrer do relacionamento.

“Devido nossa grande intimidade e confiança, não usamos preservativo” (Part.310).

Foi constatado que a confiança no outro afetivo confere a sensação de sexo mais seguro ao casal, o que pode resultar na decisão em não aderir ao preservativo, por haver fidelidade na díade. Logo, a solicitação do seu uso pode demonstrar suspeitas de infidelidade.

Pesquisa realizada (MADUREIRA E TRENTINE, 2008) com participantes masculinos chegou à conclusão que é complexo negociar o preservativo no relacionamento conjugal, pela sua representação simbólica de traição e de desconfiança. Para esses participantes, propor o seu uso constitui pôr sua própria fidelidade em discussão e ambiguidades aos olhos da esposa, o que expõe a convivência ao risco. Nessa direção, percebe-se que no lugar do preservativo, as mulheres usam a própria fidelidade, a confiança e o conhecimento do parceiro como uma fantasiosa forma de prevenção (SALDANHA, 2003; ATANÁZIO, 2012).

As categorias *Prevenção (19%)* e *Método para evitar gravidez (17%)* trouxe respostas concernentes aos adultos jovens que atribuíram o uso constante do preservativo em suas relações sexuais por prevenção às DST/AIDS e, como método contraceptivo, respectivamente, conforme relatado abaixo:

“Acho que me protejo e protejo meu parceiro desde uma gravidez indesejada à doença corriqueira.” (Fe396).

A categoria *Diminuição do prazer* abarcou 31 respostas (10%). Aqui alegaram não utilizar o preservativo devido o incômodo ou redução do prazer sexual que ele provoca, sobretudo, para o sexo masculino. Vale salientar que as mulheres enfatizaram a diminuição do prazer relatada mais por seus parceiros do que por elas mesmas:

“Meu parceiro não sente prazer com camisinha.” (Fe28)

“Não usamos pelo fato dele não gostar muito.” (Fe120)

Pesquisa realizada com 29 mulheres (COSTA, 2007), com faixa etária entre 15 a 24 anos, como motivos alegados pelas participantes para ser contra o uso do preservativo em suas relações sexuais, a saber: queixas relacionadas aos inconvenientes de quebrar o clima por ter de parar para colocar o preservativo; diminuição do prazer e da sensibilidade; o incômodo físico, como sensações de ardor; alteração na ereção do

parceiro; não confiar no método por poder rasgar; e não ter preservativo à disposição em todos os momentos.

Outra pesquisa realizada por Ribeiro (2010) com adolescentes paraibanos, constatou que relatos desse tipo se tornam uma crença negativa aos jovens inexperientes sexualmente, que ao ouvir do seu grupo de pertença a informação acerca do preservativo como inibidor do prazer, acabam, pois, criando tabus e estereótipos, o que pode acarretar de forma significativa na insegurança em utilizar corretamente os meios de prevenção, ocasionando uma vida sexual ativa vinculada às DST's.

Na categoria, Não premeditação do ato, 5% dos adultos jovens responderam não usar o preservativo nas relações sexuais porque na maioria das vezes estavam desprevenidos, não portando o preservativo no momento. Todavia, as respostas apresentados a seguir refletem a vulnerabilidade social nessas atitudes, pois à medida que esses participantes estão envolvidos em relacionamentos amorosos e com vida sexual ativa, eles têm a consciência de que o ato sexual pode ocorrer a qualquer momento, basta estar com seus/suas respectivos parceiros (as):

“Usamos às vezes, por falta de preservativo no momento da relação sexual” (Fe193).

Por fim, a última categoria desta classe temática foi nomeada *Problemas com pílula anticoncepcional*, totalizando 4% do total dos respondentes. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($X^2 = 5,41$, $p = 0,02$), indicando uma associação entre sexo feminino e a referida categoria. As participantes enfatizaram que só fazem uso do preservativo em função da não adaptação ao uso da pílula anticoncepcional.

Ainda a partir de testes estatísticos para verificar associação entre as variáveis, observou-se que o *Tipo de Relacionamento* apresentou diferença estatisticamente significativa com o *uso de preservativo* ($t(394) = 3,187$, $p = ,002$), com média de uso maior para o namoro ($M = 2,84$, $DP = 1,00$) em relação ao casamento ($M = 2,54$, $DP = ,906$).

2) Percepção de vulnerabilidade ao HIV

A vulnerabilidade ao HIV/Aids foi verificada ainda a partir das variáveis *Autopercepção pessoal de vulnerabilidade ao HIV* e *Percepção de vulnerabilidade dos amigos ao HIV*, conforme observado abaixo.

| VARIÁVEL | Sexo | | | | | TOTAL | |
|-----------------------------------|------|----|-------|----|-----|-------|----|
| | Fem. | | Masc. | | P | N | % |
| | N | % | N | % | | | |
| Autopercep. de vulnerabil. | | | | | | | |
| Nenhuma | 85 | 21 | 94 | 24 | | 179 | 45 |
| Pouca | 75 | 19 | 86 | 22 | ,02 | 161 | 41 |
| Média | 26 | 6 | 09 | 3 | | 35 | 9 |
| Muita | 12 | 3 | 06 | 1 | | 18 | 4 |
| Total | 02 | 1 | 01 | - | | 03 | 1 |
| Percepção de vuln. amigos | | | | | | | |
| Nenhuma | 20 | 4 | 18 | 6 | | 38 | 10 |
| Pouca | 52 | 13 | 68 | 18 | ,15 | 120 | 31 |
| Média | 79 | 20 | 74 | 19 | | 153 | 39 |
| Muita | 45 | 12 | 24 | 6 | | 69 | 18 |
| Total | 04 | 1 | 08 | 1 | | 12 | 2 |
| Teste de HIV | | | | | | | |
| Sim | 98 | 24 | 80 | 21 | ,10 | 178 | 45 |
| Não | 102 | 26 | 116 | 29 | | 218 | 55 |

Tabela 2. Percepção de Vulnerabilidade/sexo

Na variável *Percepção pessoal de vulnerabilidade à AIDS*, os respondentes reportaram acerca da sua autopercepção individual do risco de contrair o HIV. A variável apresentou média de 1,5 ($DP=2,10$ – variando de 0 a 10), e a maior parte deles (45%) assinalou não possuir *nenhum* risco de contrair o HIV, sendo 24% masculinos, seguidos de 41% dos participantes que responderam ter *pouca* chance de contrair o vírus. A autopercepção de vulnerabilidade à AIDS apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos, sendo maior para o feminino [$t(390)=2,463$; $p=0,02$]. Logo, as mulheres se vêem como mais vulneráveis do que os homens.

A autopercepção de menor vulnerabilidade ao vírus, pelos homens, pode ser decorrente da negligência desses com relação à sua própria saúde no que se refere à procura dos serviços, bem como porque raramente se beneficiam de campanhas e programas voltados à sua saúde reprodutiva e sexual (SALDANHA, 2011).

As justificativas dadas pelos participantes acerca da autopercepção de vulnerabilidade ao HIV, apresentou um total de 272 respostas, sendo 58% femininas, emergindo, portanto, seis categorias: *Confiança no(a) parceiro(a)* (43%); *Prevenção* (27%); *Alta percepção pessoal* (14%); *Risco por outras vias* (10%); *Grupos de risco* (1%) e *Confiança na fé* (1%).

A primeira categoria, *Confiança n(a) parceiro(a)*, foi representada pelo maior número de respostas (43%), havendo uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino e a confiança no parceiro ($X^2=16,31$, $p= 0,001$). Dessa forma, pôde-se observar um associação entre o sexo feminino e a confiança no parceiro, a qual justificou os baixos índices de percepção pessoal de vulnerabilidade, conforme reportado:

“Nem sempre eu faço uso do preservativo com meu namorado, mas confio que ele não me traia. Ao menos advirto que se ele me trair use camisinha. É o que digo sempre. Mas só me resta confiar.” (Part.2)

De acordo com a divulgação de dados epidemiológicos, a feminização do HIV ainda encontra indícios evidentes da vulnerabilidade feminina ao vírus, aumentando a proximidade entre os casos masculinos (BRASIL, 2015).

Na segunda categoria, *Prevenção* (27%), os participantes justificaram os baixos índices de autopercepção de vulnerabilidade à AIDS alegando se prevenirem das DST/AIDS com o uso do preservativo nos relacionamentos:

“Nenhuma chance, pois uso camisinha em todas as relações e tenho um parceiro fixo (...)” (Fe12)

Na terceira categoria, denominada *Alta percepção pessoal de vulnerabilidade ao HIV* (18%), os participantes demonstraram aqui ter plena consciência do risco a que estão expostos ao realizarem suas práticas sexuais de maneira desprotegida:

“Corro riscos porque não uso preservativo e ainda me resta certa desconfiança quanto à fidelidade, pois homem tem instinto diferente de mulher” (Fe51)

Na quarta categoria, *Risco por outras vias* (10%), os jovens anunciaram serem vulneráveis ao HIV, todavia, pela atribuição a outras vias de contágio, que não a sexual. Observou-se uma associação do sexo masculino com tal categoria ($X^2 = 5,78$, $p=0,01$). A notação abaixo explica a atribuição:

“Sei que não depende apenas das relações sexuais com o meu parceiro, mas de coisas como contrair através de outras vias, instrumentos infectados, por exemplo(...). Sei que a AIDS pode ser adquirida de outras formas (...)” (Fe3)

A categoria *Grupos de risco* apesar de representada por apenas 1% da amostra, tratando-se, portanto, de idiosincrasias, nela, os participantes reportaram não estarem preocupados com o risco de infecção ao HIV, pois não se consideram fazendo parte dos grupos de risco (profissionais do sexo, gays e etc.) denominação ainda decorrente da estigmatização do início da epidemia da Aids.

“Tenho poucas chances de contrair AIDS, pois quando traio minha parceira fixa uso preservativo com mulheres que estão dentro dos grupos de risco”. (Part.308)

Percebe-se que algumas pessoas ainda acreditam que a AIDS não deixou de ser uma doença de homossexuais, guetos ou de profissionais do sexo. Embora haja informação, propagandas na mídia, as pessoas persistem confiando em sua superioridade ao vírus. Tal doença já passou por várias rotulações desde a década de 80, todavia nos dias atuais o conceito utilizado é o de “vulnerabilidade social”

(AYRES ET AL., 2003) que postula que para ser infectado pelo HIV basta ser humano, considerando aspectos biológicos, econômicos, sociais, cognitivos e psicológicos.

A quinta categoria, nomeada *Confiança na fé*, apesar de também idiossincrática (1%), vale ressaltar a vulnerabilidade social em que os participantes se inserem ao utilizaram-se da religiosidade para justificar a ausência do risco de vulnerabilidade:

“Não corro risco porque tenho fé em Deus” (Fe171)

No tocante à *Percepção de vulnerabilidade dos amigos ao HIV* os números triplicaram em relação à percepção pessoal, obtendo-se média de 4,2 ($DP=2,64$ – variando de 0 a 10). A maioria (39%) admitiu um nível *médio* de chance dos amigos contraírem HIV, e já nos níveis que admitem *muita* e *total* chance, estão representados por 18% e 2%, respectivamente.

A partir desses resultados entre a autopercepção de vulnerabilidade à AIDS em comparação com a percepção de vulnerabilidade dos amigos, infere-se que os participantes evidenciam uma tendência de transferência do risco ao outro, uma vez que 45% deles afirmaram não possuir nenhuma chance de contrair o vírus, ao passo que apenas 10% deles reportaram essa mesma percepção para com os amigos.

Embora os jovens não usem preservativo em suas relações afetivas, pelos diversos motivos já expostos, os participantes não se consideram vulneráveis ao vírus. Ao analisar 1.068 adolescentes, um estudo (SALDANHA ET AL., 2009) obteve resultados similares aos expostos, em que 37% dos adolescentes se perceberam com chances de se contaminar com o vírus HIV, enquanto 43% acham possível que um amigo se contamine. A autora concluiu deste modo, que há um componente cultural de projeção do risco, onde o “outro” passa a ser o portador de tudo aquilo que causa temor ou repulsa, onde se desloca a possibilidade para o longínquo e não é reconhecido em si. Sendo assim, o “outro” é construído para assegurar o inverso, o oposto do “eu”, dando significado e aceitação (JOFFE, 2003).

No tocante à realização do teste de HIV pelos participantes, 45% afirmaram já tê-lo realizado, dos quais 52% são casados e femininos, observando-se uma associação entre essas variáveis ($X^2=35,906$; $p=0,001$). A partir de tal dado pode-se inferir que a realização do teste foi feito em maior número por mulheres casadas devido o período do pré-natal, em que o exame é obrigatório.

4 | CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo observou-se que ainda é, de certo modo, incipiente o uso do preservativo entre os jovens que se encontram em relacionamento afetivo. É perceptível que os participantes tomados pelo fascínio da plena completude na relação amorosa, sintonizam suas demandas na crença romântica da confiança

plena na pessoa ideal. O resultado dessa premissa é a não aceitação do uso do preservativo dentro do relacionamento, o que leva a situações mais acentuadas de vulnerabilidade ao HIV, conforme reproduzido em pesquisas de ATANÁZIO (2012), MOURA (2011) e SALDANHA (2003).

Pôde-se perceber que a crença do ideal do amor romântico, centrada na confiança no parceiro, encontra-se mais presente dentre as mulheres, inclusive apresentando uma diferença estatisticamente significativa quando comparada com as respostas dos participantes masculinos no que diz respeito à justificativa para se acharem invulneráveis ao HIV. O não uso e a não exigência do preservativo por parte destas é visto como prova de fidelidade e confiança.

Na medida em que o relacionamento amoroso se torna estável, as jovens, como prova de amor, confiança e fidelidade ou como uma consequência da sensação de proteção e imunidade ligadas ao sentimento de amor, trocam o preservativo por outros métodos contraceptivos. Essa dependência subjetiva denota uma assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, apontando para uma maior vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS.

A não utilização do preservativo, bem como a impossibilidade de sua negociação, sobretudo em relacionamentos afetivos, a falta de diálogo a respeito, a autopercepção de invulnerabilidade ao HIV, a transferência dessa vulnerabilidade para o outro, têm se mostrado como uma árdua questão a ser enfrentada nesta seara. É importante observar a necessidade de mais estudos com casais em relações afetivas acerca da temática em questão, visto que a naturalização de alguns discursos e crenças que estão envolvidos nessa forma de relacionar-se podem acarretar maiores situações de vulnerabilidade.

Enfatiza-se a necessidade do aumento no número de informações sobre DST/AIDS voltados a homens e mulheres heterossexuais envolvidos em relacionamentos estáveis. Tal enfoque se revela pelas campanhas midiáticas atuais que ainda são focadas nos jovens solteiros, à exemplo das campanhas no período carnavalesco, onde há o entendimento social e da “festa dos solteiros”. Portanto, a informação pode chegar aos jovens envolvidos amorosamente de maneira subjetivamente negada, atribuindo o uso do preservativo apenas àqueles que não possuem compromisso afetivo mais duradouro.

REFERÊNCIAS

ATANÁZIO, Elís Amanda Silva. Dinâmica das relações afetivas: crenças e implicações para a vulnerabilidade à Aids. 2012

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. **Vulnerabilidade e direitos humanos—prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania—Livro I, Curitiba: Juruá, p. 71-94, 2012.**

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Ed. UFSC, 2008.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. **Correspondência: Daiane Dal Pai Rua Santana**, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico – AIDS*. Brasília: CNDST/AIDS, Ano VIII (01). 2015.

COSTA, Jurandir Freire. *A face e o verso: estudos sobre o homoerotismo II*. São Paulo: Escuta. 1995. **_. Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

CRUZ, E.; BRITO, Nair. *Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de AIDS*. Brasília:–**Grupo de Incentivo à Vida, Coordenação Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde**, 2000

DEL PRIORE, Mary. *História do amor no Brasil*. São Paulo: Contexto, 330 p, 2006.

FONSECA, Adriana Dora da. **A concepção de sexualidade na vivência de jovens: Bases para o cuidado de enfermagem**. 2004. 288 f. 2004. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. Unesp, 1993.

HEILBORN, Maria Luiza; BRANDÃO, Elaine Reis. *Introdução: ciências sociais e sexualidade*. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 7-17, 1999.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. *Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids*. **Ciênc saúde coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1807-16, 2008.

MOURA, Edilene Lins de. **Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/com Aids**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NOVO CÓDIGO CIVIL. Lei nº 10.406, de 10.01.2002 - DOU 1 de 11.0. Brasília, 10 de janeiro de 2002; 181º da Independência e 114º da República, 2002.

SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

ZORDAN, Eliana Piccoli; FALCKE, Denise; WAGNER, Adriana. *Copiar ou (re) criar? Perspectivas histórico-contextuais do casamento*. **Como se perpetua a família**, p. 47-65, 2005.

EMPATIA E RELAÇÃO EMPÁTICA: COMPETÊNCIAS BÁSICAS PARA O AGIR ÉTICO EM PSICOLOGIA

Rosalice Lopes

UFGD – Dourados, MS, Brasil
rosalicelopes@ufgd.edu.br

Blanches de Paula

UMESP – São Bernardo do Campo, SP, Brasil
blanches.paula@metodista.br

RESUMO: Este texto tem como objetivo apresentar uma conceituação geral de empatia a partir dos pressupostos da Psicologia e da Fenomenologia. Duas expressões, explicitam nossa compreensão da empatia, a primeira é que a empatia é uma atitude em *relação a* e a segunda é que ela se mantém na *relação com*. Empatia não é tão somente um sentimento e estas duas expressões colocam em evidência o vínculo e permite a ampliação do conceito. Para tanto, a trajetória da empatia à relação empática é oferecida como elo interdisciplinar com a fenomenologia e desta com outros saberes do cuidado com o humano. Ademais, a relação empática nos remete ao agir ético em Psicologia. Nesse vínculo, adentramos também na Bioética, como viga indispensável nas relações empáticas, que geram saúde e dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: relação empática, empatia, Psicologia, Ética

ABSTRACT: This text aims to present a general

concept of empathy from the assumptions of psychology and phenomenology. Two expressions explicit our understanding of empathy, the first is that the empathy is an attitude *towards*, and the second is that it remains in connection *with*. Empathy is not only a feeling and these two expressions highlights the link and allows the expansion of concept. Therefore, the trajectory of the empathy empathic relationship is offered as an interdisciplinary link with phenomenology and this with other care knowledge with the human. In addition, the empathic relationship brings us to the ethical act in psychology. In this connection, we enter also on Bioethics as an indispensable support in empathic relationships that generate health and dignity.

KEYWORDS: Empathic Relation, empathy, Psychology, Ethics

1 | INTRODUÇÃO

Empatia antes de tudo é uma atitude *em relação a*. Uma atitude é um comportamento ou uma conduta que exterioriza, evidencia ou ainda comunica, um modo particular e peculiar de um indivíduo, um grupo ou uma sociedade revelar disposições, modos de pensar, opiniões, valores, conhecimentos, sentimentos e necessidades íntimas e/ou coletivas, nas mais distintas situações e em relação à temáticas que

englobam o mundo das relações humanas entre humanos, com a natureza, ou seja, outras espécies de seres vivos e com a vida em geral. Quando *somos* ou *estamos* empáticos, atitudinalmente, somos ou estamos empáticos *em relação a*, estamos, possivelmente, em uma relação empática.

Pensar a empatia como um movimento em direção a alguém, como atitude relacional, deixar de considerá-la apenas como um sentimento, no entanto, não é algo simples, tampouco comum. Entende-se como reducionista, a concepção de admitir a empatia apenas como sentimento; o movimento em direção a alguém requer um bom conhecimento da trajetória, assim como um sério compromisso para consigo mesmo e para com a outra pessoa presente numa relação profissional. Estar numa relação empática é mais complexo.

Muitas profissões requerem, daqueles que a adotam, a empatia em suas atuações. Quase sempre estão se referindo ao sentimento. Os psicólogos e outros profissionais da saúde mental que atendem pessoas cotidianamente com a finalidade de compreendê-las e, junto delas, caminhar e chegar num lugar de encontro, a partir do qual seja planejada a ação a ser empreendida, estão mais vinculados à tarefa e mais próximo deste dilema. Estar numa relação empática deve ser ação comum ao cotidiano da prática psicológica na qual o profissional seja maduro, busque autoconhecimento permanente e, principalmente, tenha respeito ao humano de cada um dos atendidos. Desta forma é necessário refletirmos sobre empatia e relação empática.

Neste texto, objetiva-se apresentar uma discussão que amplie o conceito de empatia para além das concepções que a tomam apenas como um sentimento humano, embora seja inegável sua dimensão afetiva e interiorizada. Quer-se dar destaque à dimensão atitudinal e, portanto, relacional da empatia, tendo em vista que as relações humanas, de uma perspectiva ética e acima de tudo, bioética, têm na relação empática um fundamento para propor mudanças, ampliar a consciência para a diversidade humana e indicar formas de relacionamento que efetivem a garantia de direitos e a preservação da dignidade das pessoas.

2 | EMPATIA, DE SAÍDA UM SENTIMENTO NA VIDA EM *RELAÇÃO COM*

A vida é um espaço de relacionamentos, criações e descobertas a todo momento. Os sentidos que envolvem o viver podem ser alargados a cada passo que damos em nossa própria história. Essa ampliação de horizontes pode desvelar um processo de autoconhecimento, conhecimento do outro e do mundo. Nesta senda, podemos afirmar que a vida também é um convite contínuo ao conhecimento de si e do outro, como um movimento interligado aos sentidos de existir.

A vida é um movimento de relacionamentos que se entrecruzam e podem viabilizar profundas mudanças nas biografias de cada um de nós. Nesta atmosfera de relacionamentos, estão incluídas, aproximações e distanciamentos que se tornam

escolas existenciais sistematizadas por várias expressões do saber. Um desses saberes é a Psicologia que aborda relações *ad intra*, *ad extra*. Ou seja, interrelações de nosso mundo interno e externo indivisíveis. Relações que se concretizam no encontro com o outro e deste com a sociedade numa temporalidade que inclui o específico e o comum de cada história individual e coletiva. Para Massimi (2016, p. 48):

O termo psique tem significações diversas e ligadas a diferentes tipos de saberes. Todavia, essas significações se ligam a um núcleo comum, a uma origem comum, que é interrogação acerca do sentido da vida e da existência, interrogação que assume formas e modos diversos de respostas.

Martin Buber (1979) trouxe uma reflexão mencionada em textos que envolvem a relação humana. A conhecida expressão “Eu e Tu” tem insistido no seu contraponto “Eu e Isso”. Podemos nos aventurar a afirmar que a construção do conceito de relação empática envolve as duas expressões dentro da trajetória.

Obviamente que o horizonte vivencial é o “Eu e Tu”. Porém, parece que a vida nos coloca face a face ao “Eu e Isso”, vez ou outra, para uma checagem relacional. Nessa senda, parece que a relação empática, além de seu aspecto vincular, inclui diretamente a nossa tendência a coisificação do outro, ou seja, ao “Eu-Isso”.

Nesse sentido, se temos na moeda uma possível representação da Psicologia, suas duas faces, representam o constante convite à dinâmica do Eu-Tu que chama todo profissional para a recordação de que o conhecimento psicológico, a partir do sentimento empático, no reconhecimento do não-saber do outro, ao mesmo tempo que indica e aponta para um saber relacional.

Como partícipe da relação, é desejável que o profissional psicólogo tenha habilidades empáticas. Num primeiro momento, que seja empático, que nutra este sentimento. A empatia, enquanto sentimento, é um convite para revermos a vocação psicológica, pois aponta para as possibilidades concretas de compreender alguém, ao mesmo tempo que pode trazer instabilidade a práxis do profissional. Produz, sutilmente, um conflito ou, de modo indesejável, um desconforto.

O Catálogo Brasileiro de Ocupações – CBO – do Ministério do Trabalho define, em linhas gerais, que os psicólogos são profissionais que “[...] estudam a estrutura psíquica e os mecanismos de comportamento dos seres humanos” e para atingir tal conhecimento o profissional deve estudar e analisar os “[...] processos intra e interpessoais e os mecanismos do comportamento humano” de modo a poderem intervir, com os mais distintos tipos de técnicas, nas situações que requerem algum tipo de mudança comportamental em indivíduos, grupos ou instituições. (CFP, 2008, p.1)

Estas atribuições do psicólogo na atualidade se concretizam na ação profissional, em vários campos da experiência humana, tais como educação, saúde, trabalho, segurança pública, justiça, esporte, lazer, propaganda, dentre outros. Também se registram atividades na produção de pesquisas científicas que objetivam não só o

aprimoramento de teorias e/ou técnicas de investigação do comportamento humano, como também de intervenção junto aos humanos existentes nestes campos, quer seja num âmbito público ou privado.

Embora o CBO não faça referência explícita à empatia enquanto sentimento na descrição das atividades do psicólogo, sabemos que, para realiza-las, este profissional deve atuar *em e na relação* com seus clientes. Portanto, a compreensão que um psicólogo pode produzir sobre a realidade de uma pessoa, de um grupo ou de uma instituição e sua consequente intervenção sobre esta realidade está, essencialmente, calcada na relação que estabelece com as pessoas, uma relação empática que se funda no sentimento chamado a empatia.

Para melhor entender a importância da empatia na atuação do psicólogo, para refletir mais profundamente sobre as repercussões de uma relação empática, inclusive as de cunho ético e bioético, é importante conhecer aspectos das origens e evolução histórica do conceito de empatia. É certo que não se pretende alcançar a gama de significados existentes, mas buscamos destacar aqueles que podem conduzir o leitor na direção da compreensão da empatia de uma perspectiva relacional e, assim, buscamos referências que fortaleçam esta posição.

3 | EMPATIA: ORIGENS HISTÓRICAS DO CONCEITO

Tomando como referência as produções de Duan e Hill (1996), citados por Sampaio, Camino e Roazzi (2009) os estudos sobre empatia podem ser abordados a partir de três perspectivas. A primeira que a considera como um traço de personalidade para conhecer os pensamentos e sentir as emoções de outras pessoas desse modo existiriam pessoas mais empáticas do que outras. A segunda, na qual empatia é entendida como um constructo ligado a respostas afetivo-cognitivas que ocorrem em situações específicas que variam de momento a momento sendo, portanto, mais disposicional do que constitucional e, por fim, uma terceira perspectiva que estuda a empatia a partir da forma como é vivida pelos terapeutas e clientes nas sessões de psicoterapia. Envolve desde a postura de escuta e a compreensão cognitiva ao tomar a perspectiva do outro, passando pelo momento de aprofundamento emocional por parte do terapeuta, chegando ao momento da experiência do sentimento de unicidade com o cliente. (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009).

A compreensão de empatia de opção é a que privilegia os aspectos relacionais da experiência de encontro do psicólogo com outras pessoas quer estejam elas em seu consultório, no hospital, na escola, no fórum, na empresa, na comunidade, na assistência social, na prisão ou em qualquer outro espaço de atividade. Ao admitir que empatia é uma *atitude em relação a*, aproxima-se francamente à terceira perspectiva apontada por Sampaio; Camino e Roazzi (2009).

Neste texto entende-se que toda ação de um profissional psicólogo é relacional

e acontece no encontro com a pessoa atendida; o espaço onde o encontro se dá é menos relevante que a qualidade do encontro e, neste, a empatia exerce um papel fundamental, pois é o sentimento fundante da relação empática.

A palavra empatia que se origina da grega *empathia* e remete aos significados de *paixão* ou *ser muito afetado* teve, no final do século XIX, uma grande utilização no campo da estética por meio dos trabalhos dos filósofos Theodor Lipps, Franz Brentano e Robert Vischer. (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009)

Estes filósofos, segundo alguns autores, teriam sido os primeiros a utilizar o termo *Einfühlung*, um processo de imitação interna, que ocorria com o observador durante a apreciação de obras de arte. Ao apreciar uma obra de arte ocorria uma espécie de projeção do self do observador e ele experimentava sentimentos de admiração e unicidade com a obra. Por meio do *Einfühlung*, a elegância, a nobreza e o poder “[...] poderiam ser sentidos como se pertencessem às próprias obras de arte.” (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009, p.213)

No campo da Psicologia, a tradução do termo *Einfühlung* para *empathy* foi atribuída a Titchener em 1909. As ideias deste autor evoluíram, ao longo de seus estudos, de processo cinestésico de imitação até ser entendida como uma capacidade de conhecer a consciência de outras pessoas e de pensar de modo similar a elas por um processo imaginativo. (WISPÉ, 1986)

Bolognini (2008) apresenta uma perspectiva histórica distinta. A utilização do termo *Einfühlung*, sentir-se dentro, para este psicanalista, deve ser creditada ao romântico Novalis (1798) em *Discepoli a Sais*:

[...] os Românticos viviam e compartilhavam um sentimento fundamental que, se quisermos nos referir às conceitualizações psicanalíticas atuais, poderia ser definida como uma experiência do tipo ‘fusional’: o *sich-einfühlen*, ou seja, o sentimento do ser humano de estar em uníssono com a natureza, sentir-se parte integrante dela e viver essa força como se fosse a força de sua própria alma [...] Novalis escreveu: ‘A natureza nunca poderá ser entendida por quem não possua um órgão da natureza, um instrumento interior que gera a natureza e que a secreta, quem não reconheça e distinga espontaneamente a natureza em todas as coisas, por quem, com o desejo inato de gerar em afinidade interior e multiforme com todos os corpos, não se envolve por meio de seus sentimentos com todos os outros seres naturais, quase se sentindo dentro de cada um deles. (p.36-37)

Para Bolognini (2008) a empatia romântica corresponde a um estilo mental que privilegia o sentir em relação ao pensar, produz vivências de tipo mágico, grandioso, total e mesmo fusional, faz uso intenso e poético das funções projetivas e não considera a separação entre sujeito e objeto.

De um modo distinto daquele apresentado por Wispé (1986), Bolognini (2008) ressalta que a estética do *Einfühlung*, registrada nos trabalhos de Lipps, Gross, Volkelt e outros, estava claramente inspirada no Romantismo. Ou seja, a base do processo de criação artística encontrava-se na identificação do sujeito com o objeto, assim, ao ser penetrado pelo sujeito que observa, o objeto frio e inerte, se torna animado, caloroso

e humanizado por meio dos sentimentos do artista que o transforma em uma obra de arte.

Em seu texto Bolognini (2008) ainda faz referências à outras produções que guardam relação com a empatia, tais como o conceito de re-viver a experiência do outro na própria consciência como essência da compreensão de Dilthey; o papel da empatia na ativação recíproca de forças afetivas vitais entre sujeito e objeto presentes na obra de Edith Stein e ainda as propostas do intersubjetivismo de Bion – *rêverie* – e de Winnicott – *holding* – ambas ações desempenhadas pela mãe nos primeiros tempos da sua relação diádica com seu bebê.

No início do século XX os proponentes da teoria da personalidade entendiam que a empatia “[...] era uma capacidade através da qual as pessoas compreendiam umas às outras, sentiam e percebiam o que acontece com os outros, como se elas mesmas estivessem vivenciando as experiências alheias.” De modo simplificado, o conceito de empatia como a capacidade de se colocar no lugar do outro, ainda veiculada nos dias de hoje, guarda relação com esta definição. (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009, p.214).

Até a metade da década de 40, os textos freudianos trazem importantes contribuições para a compreensão do conceito de empatia. Bolognini (2008), destaca três textos nos quais Freud faz uso deste termo. Em “Os chistes e sua relação com o inconsciente” de 1905 no qual usa a palavra empatia para descrever o processo de colocar-se no lugar do outro consciente ou inconscientemente. Depois no texto de 1913 “Sobre o início do tratamento” abordar a questão do início do tratamento e indicar que o analista deve adotar o ponto de vista da compreensão empática para desenvolver o vínculo entre ele e seu paciente. E, por fim “Psicologia das Massas e Análise do Ego” de 1921 no capítulo sobre identificação.

Neste último texto, encontra-se uma importante reflexão sobre empatia. Para Freud, as pessoas de um grupo identificam-se entre si por meio de um processo que a Psicologia denomina de *Einfühlung*, ou seja, um processo que viabiliza, mais que qualquer outro, o entendimento acerca do eu estranho das outras pessoas. Mas, referindo-se ao trabalho de Pigman (1995) sobre este texto, Bolognini (2008) destaca que, para Freud,

[...] ‘o ego estranho de outras pessoas’ não significa ‘ego de outras pessoas estranho a nós, mas as partes internas de outras pessoas que são estrangeiras, estranhas e ignoradas por seus próprios egos.’ Portanto, a empatia permitiria aos analistas compreender a parte das pessoas que é desconhecida delas mesmas. (p.45).

No entanto, Freud tinha uma séria preocupação com o excesso de envolvimento na relação com o paciente, especialmente com relação às reações emocionais do analista. Para Bolognini (2008) embora as colocações freudianas estivessem, explicitamente, ligadas à adoção de uma postura técnica de espera passiva que

implicava na evitação de fortes sentimentos que pudessem comprometer o trabalho de análise, naquele momento, talvez ocultassem a necessidade de proteger a “[...] plantinha psicanalítica da contaminação dos distúrbios da função empática.” Por meio do controle da contratransferência seria possível manter a neutralidade necessária à análise. (BOLOGNINI, 2008, p. 47)

Segundo Sampaio, Camino e Roazzi (2009) o início da década de 50 do século XX registra um novo tipo de compreensão sobre empatia, por meio dos trabalhos de Carl Rogers. Este humanista produziu uma mudança paradigmática na relação terapêutica criando a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Neste modelo, o terapeuta por meio de seus sentimentos empáticos estabelece um clima de aceitação incondicional, “[...] sendo extremamente autêntico na comunicação de seus comportamentos, pensamentos e sentimentos.” (SAMPAIO; CAMINO, ROAZZI, 2009, p.214)

A empatia na abordagem rogeriana refere-se a uma habilidade aprendida/desenvolvida que implica estabelecer vínculos cognitivo-afetivos entre duas ou mais pessoas, nos quais alguém – o terapeuta –, de modo deliberado sensibiliza-se e envolve-se com a vida privada de outras pessoas. (SAMPAIO, CAMINO, ROAZZI, 2009). Segundo Rios (2013, p.3)

Rogers (1979/2001) e outros autores da Psicologia da Personalidade e pesquisadores cognitivo-desenvolvimentistas como Eisemberg (1987), Hoffman (1989,1991) e Davis (1983) concebem a empatia como um constructo multidimensional, composto por componentes afetivos e cognitivos que se desenvolvem ao longo do tempo. Ainda para Rogers (1959) o estado de empatia ou de entendimento empático [...] é uma forma de colocar-se no lugar do outro, porém sem perder nunca essa condição de ‘como se.’ [...] Portanto, se esta condição de ‘como se’ está presente, encontramos-nos diante de um caso de identificação.

Diferentemente do que é defendido por Rios (2013) que quase torna os conceitos de empatia e identificação sinônimos, mas mantendo seu valor crucial para as relações humanas, Bolognini (2008) afirma que empatia é distinta da identificação. Pois, a identificação é um mecanismo inconsciente e permanente que objetiva a evitação defensiva contra angústias, sentimento de culpa ou ainda perdas objetais; a empatia objetiva, ao contrário sentir e compreender as condições internas.

Desta forma, a empatia requer a capacidade de regressões controladas e reversíveis; a empatia não pode ser ensinada, embora o conhecimento teórico possa auxiliar no processo de construção de uma postura empática que, por sua vez requer uma

[...] rica bagagem de experiências pessoais às quais possa recorrer para facilitar a compreensão do paciente [...] O analista deve ter uma profunda familiaridade com seus próprios processos inconscientes para poder aceitar com humildade a idéia de que provavelmente a mesma patologia do paciente esteve ou está presente, em alguma medida, também nele próprio [...] A capacidade de suspender julgamentos, até o limite da credulidade, torna possível a empatia com o paciente, e levará, no final, à compreensão dos movimentos subjacentes. (BOLOGNINI, 2008,p.64-65)

Embora as construções de Bolognini (2008) refiram-se explicitamente à postura de um analista diante de seu paciente tocam, de um modo transversal, sobre um aspecto crucial da relação profissional do psicólogo com seu cliente, ou seja, o autoconhecimento. A diferenciação eu-outro, o estabelecimento de limites claros na relação e a negação da identificação como mecanismo de aproximação, nos parecem essenciais para a diferenciação do sentimento empático e o surgimento da relação empática.

Mesmo admitindo-se que o processo psicanalítico favoreça um alto grau de diferenciação eu-outro, pode-se questionar se é apenas neste modelo que é possível atingir tal situação desejável ao trabalho do psicólogo. Entende-se que processos psicoterapêuticos ou ainda o exercício da prática psicológica em locais distintos de um consultório particular, podem ser desenvolvidos por psicólogos que atingiram excelente autoconhecimento. Importa que haja diferenciação de modo a impedir que a empatia seja uma descrição inadequada de identificação e ao profissional de *perder-se* nas demandas daqueles que atende.

Quanto menos um profissional conhece sobre si mesmo, menos capaz se apresenta para compreender, empaticamente, a experiência do outro que atende. O autoconhecimento, no atendimento psicológico, capacita o profissional a diferenciar-se do mundo do outro e manter-se em equilíbrio independentemente daquilo que chega até ele, ou seja, histórias de conflitos, dores, amores, perdas, etc.

4 | DA EMPATIA À RELAÇÃO EMPÁTICA: UM SALTO DE QUALIDADE PARA A CONDUTA ÉTICA E BIOÉTICA

Refletir sobre o processo de autoconhecimento do psicólogo nos remete aos estudos fenomenológicos, à relação intersubjetiva e a um convite de ir às coisas mesmas, como postulado por Husserl. Angela Ales Bello, uma pesquisadora husserliana, apresenta uma definição bem próxima da construção do agir ético nas concepções de empatia. Para Bello, a fenomenologia é um caminho do conhecimento das coisas, de si e do outro.

Esta palavra é formada de duas partes, ambas originadas de palavras gregas, como sabemos. 'Fenômeno' significa *aquilo que se mostra*; não somente aquilo que *aparece* ou *parece*. Na linguagem religiosa, utilizamos o termo *epifania* para falar de algo que se manifesta, que se mostra. 'Logia' deriva da palavra *logos*, que para os gregos tinha muitos significados: palavra, pensamento. Vamos tomar *logos* como pensamento, como capacidade de refletir. Tomemos, então, fenomenologia como reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra. O nosso problema é: o que é que se mostra é como se mostra. (BELLO, 2006, p.17)

Esse movimento de *ir as coisas mesmas* evoca aquela a expressão em *relação à mencionada no início deste texto. O ir às coisas mesmas* empreende um encontro

entre empatia e ética. Vejamos esse movimento em três momentos: o *lebenswelt* (o mundo vivido), a *epoché* (redução eidética) e a ética empática (alicerce para o cuidado psicológico).

O *lebenswelt* segundo Reale e Antiseri (1991), pode ser traduzido por mundo da vida. Esse mundo da vida é o lugar, o tempo, em que a existência se dá e para o quê as ciências foram criadas; o resgate que Husserl quis reafirmar na sua defesa à fenomenologia em diálogo com as ciências.

A fenomenologia, então, é vista como introdução fundamental das ciências. Nesse caso, a fenomenologia é uma ciência do mundo da vida (*Lebenswelt*) em seus aspectos que também são tratados pelas ciências humanas que utilizam métodos empíricos. O método que permite ir aos fundamentos é consistente e fundamentalmente fenomenológico. A ciência começa com a fenomenologia e prossegue em seu primeiro desenvolvimento com uma orientação fenomenológica. (REALE E ANTISERI, 1991, p.81)

A Psicologia, como uma ciência, foi palco do diálogo de Husserl na construção de saberes que traziam à tona o cotidiano da vida. Ou seja, não é o ser humano que foi criado para ser objeto das ciências, antes as ciências é que foram criadas para o ser humano em todas as suas dimensões. Evidentemente que a vida está para além do ser humano em si, mas esse tema merece outro texto.

Para que haja uma aproximação deste humano, desta vida que habita nas relações, é indispensável a *suspensão* de nossos saberes para ler e perceber o outro, e vice-versa. Em Husserl, o conceito de *epoché* é uma ancora vital para que o movimento em direção ao outro seja possível.

Colocamos fora de ação a tese geral inerente à essência da orientação natural, colocamos entre parênteses tudo o que é por ela abrangido no aspecto ôntico: isto é, todo este mundo natural, que está constantemente “para nós aí”, “a nosso dispor”, e que continuará sempre aí como “efetividade” para a consciência, mesmo quando nos aprouver colocá-la entre parênteses. Se assim procedo, como é de minha plena liberdade, então não nego este “mundo”, como se eu fosse sofista, não duvido de sua existência, como se fosse cético, mas efetuo a *epoché* ‘fenomenológica’, que me impede totalmente de fazer qualquer juízo sobre a existência espaço-temporal. (HUSSERL, 2006, p.17).

A *epoché* é o espaço de *um não saber*, um movimento de suspensão temporária do conhecimento desejável de si mesmo que permite ao psicólogo alcançar *um saber com o outro*. O saber acumulado durante a sua existência pessoal e profissional não cerra as portas para novos saberes, ao contrário, contempla a possibilidade de negar o que existia antes. De certa forma, a *epoché* tocará nas possíveis angústias e onipotências dos profissionais psicólogos e pode abrir espaço para relações empaticamente éticas. Por meio da empatia e da relação empática o outro nos ajuda a ver a imagem que temos de nós mesmos e, concomitantemente, uma vivência na qual o conhecimento é um movimento de compreensão do outro.

A respeito da questão da originalidade ou não desse tipo de vivência é preciso esforçar-se para entender o que está acontecendo. Portanto, é possível distinguir o ato originário do eu tomar consciência que o outro sente alegria a partir da alegria experimentada pelo outro que se torna para mim um conteúdo do meu ato de sentir, sem, contudo, tê-lo vivido originariamente. Não se trata de alegrar-se juntos, o que também pode acontecer, mas é necessário isolar um momento ou um ato, que é uma maneira de sentir, sem, contudo, identificar-se, e ao mesmo tempo é preciso distinguir da simpatia. Tal ato, identificado quase por via negativa através de uma série de distinções de outros atos, é a experiência da empatia propriamente dita. (ALLES BELO, 2000, p.161).

Uma ética empática sedimenta o ato psicológico de estar diante do outro. Os estudos de Edith Stein (1917) sobre empatia, iluminam também a aproximação deste fenômeno que envolve tantas nuances do relacionamento humano. Almeida (2014), evoca a dimensão da percepção de si, do outro, nas dimensões interior e exterior. Mas, para além do objeto, ressalta-se o outro como sujeito.

O outro *eu* que vejo diante de mim e a apreensão da dor me fazem experienciar a consciência alheia numa percepção interna. Devemos, pois, entender que empatia vai além deste termo “percepção interior”. A empatia é outra vivência, a da apreensão do objeto percebido interiormente. A percepção externa pode ser meio de aproximação ao interior alheio, mas a vivência da empatia não está condicionada, somente, à vivência perceptiva. A empatia tem caráter imediato de um “dar-se conta” da essência vivencial. (ALMEIDA, 2014, p. 22)

Há uma relação entre empatia e vínculo existencial que forja uma reflexão sobre o cuidado psicológico em diálogo com a ética; vincula o tema da empatia como um dos fundamentos teórico-práticos da Bioética. O nascedouro da Bioética, relaciona-se diretamente à dignidade do cuidado de si, do outro, do ambiente numa teia de relações em que o ser do profissional de cuidado evoca uma ética que promova a vida como valor principal. O saber é horizontalizado na vida, na revisão de si, do outro e do ambiente.

O cuidado ético pressupõe diálogo com reconhecimento mútuo e reciprocidade entre paciente e profissional, valorização das semelhanças e respeito às diferenças. Quem olha o paciente como ser humano evita massificar as ações e moldá-lo. Só dessa forma a sintonia será alcançada e a dignidade humana respeitada. O cuidado, portanto, é o respeito pela identidade, o sinalizador da consciência do profissional, indicando a possível direção para mover-se nas mais diversas situações da vida. A relação do cuidado permite ao profissional e ao ser humano/paciente/cliente invocar o pensamento reflexivo do sujeito sobre si mesmo e sua saúde e suas ações, exercitando assim a ética no cuidado à saúde, com vistas a construir e exercitar a solidariedade humana. O cuidado humano deve se traduzir na efetiva prática da dignidade humana como atributo, qualidade intrínseca, direito, valorização da vida. (BETTINELLI, 2014, p.359).

A evitação da coisificação e massificação do outro, começa com uma ética empática em todas as profissões, em destaque aqui, no fazer psicológico. O agir ético em Psicologia é expressão empática que transcende o campo *psique* e socializa a saúde nas relações que transcendem a clínica. A clínica se expande para outras

expressões do cuidado na Psicologia e outras profissões do cuidado. Toca, enfim no *Lebenswelt* do paciente, do terapeuta, da relação entre ambos e enfim de todos nós.

Por meio das reflexões da fenomenologia atingimos um patamar mais refinado do que estamos denominando *relação empática*. Relação empática não é empatia, mas requer que este sentimento esteja presente; relação empática não é identificação, se a identificação acontece, abandonamos o movimento da *epoché* e conseqüentemente não chegamos ao *Lebenswelt* ou, o mundo tal qual vivido originariamente pelo outro. A ética empática, surgida de uma relação empática é, em nosso entendimento, um dos fundamentos da bioética. O psicólogo pode e deve ser um profissional que atue em relações empáticas e, portanto, em relações éticas e bioéticas.

5 | CONCLUSÃO

Neste texto objetivávamos ampliar a compreensão sobre empatia enquanto sentimento e compartilhar nosso entendimento da relação empática como fundante da conduta ética e bioética. Percebemos que se a empatia se confunde com a identificação com as dores dos outros ela pode se tornar, apenas, uma idealização e, como tal não produzir mudanças desejáveis. Relações identificadas não contemplam a diferenciação dos participantes.

A relação empática, por sua vez, não é uma relação profissional qualquer, nem tampouco fácil de ser exercitada. Requer, além do autoconhecimento do profissional, a sensibilidade para viver o processo de *epoché*, somente assim se chega ao mundo tal como vivido pelo outro. No entanto, as relações contemporâneas, cultivadas pelas sementes do imediatismo e fluidez, tem feito surgir, no solo da indiferença, relações humanas caracterizadas pelo desrespeito, pela desconsideração do outro, pela ausência de um verdadeiro humanismo.

O psicólogo deve estar atento aos propósitos de uma prática que prime pela qualidade da interação com as pessoas que atende. Quando realiza seu trabalho é compromisso buscar uma atitude e compreensão empáticas, que propiciem a relação empática com a pessoa acolhida e/ou atendida. Ao entrar em contato com a experiência originária do outro, quando estiver próximo ao vivido por ele será possível compreender a experiência do outro, por mais paradoxal que ela possa ser. Ao final, será possível admitir que a compreensão é distinta da aceitação.

É ético compreender, embora, eticamente, não possamos aceitar todas as condutas. A clara diferenciação entre compreender e aceitar, evita que sejamos capturados pelo desconhecimento do outro e de nós mesmos e favorece a construção de um encontro, que pode ser uma relação empática e produtora de consciência e transformação.

Entendemos que a sociedade que vislumbra a bioética como alternativa à solução de vários conflitos humanos, não pode deixar de considerar, como ponto crucial de sua

constituição, que a proteção da dignidade humana se baseia nas relações éticas entre profissionais e as pessoas que atendem e estas relações são tão mais respeitadas e éticas, quanto mais esta díade esteja, verdadeiramente, numa *relação empática*.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. E. **A empatia em Edith Stein**. Cadernos IHU. Porto Alegre, BR, 2014, 48 (12), p. 4-56, 2014. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/cadernos-ihu/530604-48o-edicao-a-empatia-em-edith-stein>. Acesso em 26/05/2016.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004. 190p.

BELLO, A. A. **A Fenomenologia do ser humano**. Tradução Antonio Angonese. Bauru, SP: EDUSC, 2000. 288p.

BELLO, A. A. **Introdução à Fenomenologia**. Tradução de Ir. Jacinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, SP: EDUSC, 2006. 108p.

BETINELLI, L. A. et al. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de P. **Bioética, Cuidado e Humanização: sobre o cuidado respeitoso (org.)**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola. 2014. 224p.

BOLOGNINI, S. **A empatia psicanalítica**. Tradução de Ana Maria Stucchi Vannucchi, Edoarda Anna Giuditta, Paron Radvany, Ester Hadassa Sandler, Ester zita Fenley Botelho, Francesca Ricci, Luciana Gentilezza e Nilde Jacob Parada Franch. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2008. 260 p.

BUBER, M. *Eu e tu*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977. 170 p.

CBO – **Catálogo Brasileiro de Ocupações** – Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo_cbo.pdf

HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2006. 383p.

FREUD, S. (1905) Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: SALOMÃO, J (org). **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. VIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1913) Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: SALOMÃO, J. (org). **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1921) Psicologia das massas e análise do ego. In: SALOMÃO, J.(org) **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

MEC – Ministério Da Educação e Cultura. **Proposta de Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Psicologia**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/psicologia.pdf> Acessado em 25/03/2016.

MASSIMI, M. **História dos saberes psicológicos**. São Paulo: Paulus, 2016. 367 p.

MOREIRA, V. Da empatia à compreensão do *lebenswelt* (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, Mar 2009, vol.12, no.1, p.59-70. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a05v12n1.pdf> Acessado em 25/08/2015.

REALE, G. e ANTISERI, D. **História da Filosofia**: Do Romantismo até nossos dias. Vol. 3. São Paulo: Paulinas, 1991. 382p.

RIOS, G. S. **Análise do desenvolvimento da empatia aos dois anos de idade – contexto de criação e presença de depressão pós-parto**. Dissertação de Mestrado. IPUSP – SP. São Paulo, 2013. 120 p.

SAMPAIO, L; CAMINO, C.; ROAZZI, A. Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília – BR: 2009, 29 (2), 212-227. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021772002>. Acessado em 14/07/2015.

WISPÉ, L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50(2), 1986, 314-321. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/50/2/314/> . Acessado em 11/12/2015.

ESTUDO DA QUALIDADE DO SONO EM IDOSOS URBANOS

Maria do Carmo Eulálio

Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba.

Edivan Gonçalves da Silva Júnior

Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba.

Beatriz da Silveira Guimarães

Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba.

Talita Alencar da Silveira

Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba.

RESUMO: Objetivou-se avaliar a qualidade do sono e sua relação com dados demográficos em idosos residentes no município de Campina Grande, Paraíba. Participaram 381 idosos, de ambos os sexos, com idades entre 60 e 96 anos. Utilizou-se um questionário demográfico com questões estruturadas sobre sexo, idade, estado civil, ocupação, aposentadoria. Para averiguar a qualidade do sono nos participantes, foi utilizado o Mini-Questionário do Sono. A média de idade dos idosos foi de 71,50 (DP=8,0) anos. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive com companheiro (44,1%). A amostra obteve predomínio do sexo feminino (73,5%). A avaliação da média de sono encontrada sugere um padrão de sono bom (M=27,61; DP=10,39). Em relação ao estado

civil, entre os idosos casados prevaleceu o padrão de sono *muito alterado* (N=63; 37,5%), seguido do padrão de *sono bom* (N=62; 36,9%). Nos idosos divorciados (N=17; 50%) e viúvos (N=64; 46,7%), prevaleceu o padrão de *sono bom*. As mulheres também obtiveram maior frequência em todas as categorias da Qualidade do Sono, destacando-se a categoria *muito alterada*, com maior porcentagem observada (81,1%). Não foi encontrada correlação entre a idade e o índice de qualidade do sono nos idosos pesquisados, como também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e o índice de qualidade de sono dos idosos. Destarte, é importante compreender os aspectos que permeiam a qualidade do sono em idosos e desenvolver estratégias que possibilitem o manejo das dificuldades enfrentadas, auxiliando na experimentação de um sono reparador.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade do sono. Idosos. Envelhecimento.

ABSTRACT: The aim was to evaluate the quality of sleep and its relationship with demographic data in elderly residents in the city of Campina Grande, Paraíba. A total of 381 elderly, both sexes, aged between 60 and 96 years, participated. A demographic questionnaire was used with structured questions about gender, age, marital status, occupation, and retirement.

To determine the quality of sleep in the participants, the Mini Sleep Questionnaire was used. The mean age of the elderly was 71.50 (SD = 8.0) years. As for marital status, the majority of participants are married or live with a partner (44.1%). The sample was predominantly female (73.5%). The evaluation of average sleep suggests a good sleep pattern (M = 27.61; SD = 10.39). In relation to the marital status, the married ones had an altered sleep pattern prevailed (N = 63; 37.5%), followed by a good sleep pattern (n = 62; 36.9%). In the divorced elderly (N = 17; 50%) and widowers (N = 64; 46.7%), the pattern of good sleep prevailed. Women also had higher frequency in all categories of Sleep Quality, standing out the highly altered category, with the highest observed percentage (81.1%). No correlation was found between age and sleep quality index in the surveyed elderly, nor were there statistically significant differences between the sex variable and the sleep quality index of the elderly. Therefore, it is important to understand the aspects that permeate the quality of sleep in the elderly and to develop strategies that allow the management of the difficulties faced, aiding in the experimentation of a restful sleep.

KEYWORDS: Sleep quality. Elderly. Aging.

1 | INTRODUÇÃO

É evidente que a população idosa vem crescendo nas últimas décadas, e no Brasil isso não tem sido diferente. O país tem passado pelo fenômeno de transição demográfica, assim como na Europa, iniciou-se durante a Revolução Industrial, em virtude da diminuição da taxa de fecundidade. No Brasil, o grupo composto por indivíduos com idade acima de 65 anos cresceu de 3,5, em 1970, para 5,5% em 2000 (NARSI, 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira superou a marca de 30,2 milhões de idosos no ano de 2017. No mesmo ano, dados encontrados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) revelaram que 14,5% (IBGE, 2017) da população nacional é formada por pessoas com 60 anos ou mais, ao passo que em 2010 esse número não passava de 11,3% (IBGE, 2010). As projeções indicam que a população brasileira acima de 60 anos deve chegar aos 67% em 2060 (IBGE, 2017). Considerando estes dados, pode-se afirmar que o ritmo do envelhecimento populacional em países em via de desenvolvimento, como o Brasil, continuará acelerado. Assim, os países têm sido desafiados a inserir temas relacionados ao envelhecimento na formulação de políticas públicas e, como resposta a tal fenômeno, tem a responsabilidade de realizar ações de cuidado efetivas voltadas para essa população (MIRANDA et al., 2016).

O avanço contínuo do processo de envelhecimento implica em consequências para a saúde dos indivíduos tendo em vista que ocorrem perdas das funções orgânicas, além da aquisição de doenças crônicas, entre outros agravos (MUGEIRO, 2011). Entre

os agravos mais recorrentes no idoso diz respeito a alterações na qualidade do sono: 40% dos idosos com idades acima de 65 anos se mostram descontentes com seu sono ou descrevem dificuldade com o sono (PANDI-PERUMAL et al., 2002).

O sono é parte integrante da vida do ser humano e essencial à sua sobrevivência. De acordo com Rente e Pimentel (2004), o sono é uma necessidade orgânica, cuja função é restaurar o organismo e conservar a sua energia. Segundo Ohayon (2005), uma condição física dolorosa crônica pode ser a principal causa de distúrbios do sono, e tal condição dita crônica é o padrão de doença comumente encontrado no idoso. Sendo assim, vários fatores da qualidade de vida do indivíduo são afetados na velhice, inclusive a qualidade do sono.

Mugeiro (2011) afirma que, enquanto o adulto necessita de oito horas de sono em média, o idoso dorme seis horas ou menos; acarretando complicações na homeostase do corpo, possibilitando, entre outros problemas, o aumento da irritabilidade, da ansiedade e a perda de memória. McCrae et al. (2003) afirmam, com os resultados de seus estudos, que os problemas com o sono em idosos pode ser dado pela piora da saúde nessa faixa etária. Nessa mesma perspectiva, mudanças orgânicas e sociais também influenciam na qualidade do sono. Inatividade física e profissional, assim como a redução de ciclos de amizade, são fatores que proporcionam sonolência diurna e, conseqüentemente, redução do sono noturno (SÁ; MOTTA; OLIVEIRA, 2007).

Tais fatores estão relacionados com o conceito de saúde biopsicossocial trazido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual considera a inter-relação entre a homeostase do organismo no equilíbrio de problemas cognitivos, emocionais, de ordem psicológica, amparando a ideia de que a saúde do indivíduo está imbricada em múltiplos fatores, sendo eles sociais, biológicos, psicológicos e espirituais.

Segundo Boscolo et al. (2007), a qualidade do sono é um ponto importante no que diz respeito à saúde física e mental, fator que tem suas conseqüências também na qualidade de vida do indivíduo. Nesse sentido, ter uma má qualidade de sono é um fator que possibilita o comprometimento da saúde e do bem estar de idosos em franco processo de envelhecimento.

Sendo assim, na medida em que a qualidade do sono é um aspecto fundamental para a saúde do indivíduo e consciente das dificuldades que os idosos sofrem com as mudanças de diferentes ordens que interferem na qualidade do mesmo, o presente trabalho se dedicou a avaliar a qualidade do sono e sua relação com dados demográficos em idosos residentes no município de Campina Grande, na Paraíba.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O envelhecimento da população e suas implicações

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial. Com exceção de alguns

países do continente africano, o restante do mundo aparece em algum dos estágios da transição demográfica. Esse processo, que não ocorre de forma repentina ou isolada, é resultado de transformações demográficas ocorridas ao longo de anos e associa-se a modificações no perfil epidemiológico - entendido como mudança nos padrões de morbidade e mortalidade da população.

De acordo com Chaimowicz (2013), o processo de transição demográfica resume-se em três fases, quais sejam: período de elevada mortalidade e fecundidade, seguido por uma queda da mortalidade e crescimento populacional, chegando por fim ao período de queda da fecundidade e conseqüente envelhecimento populacional. Essas fases se resumem na alteração do padrão etário da população caracterizada por um aumento progressivo da expectativa de vida associado à queda da fecundidade, resultando no crescimento da quantidade de idosos e redução do número de crianças e jovens. No Brasil, a transição demográfica é reflexo das transformações sociais e econômicas ocorridas no século XX em virtude da industrialização e da urbanização.

Em contraste com o que aconteceu nos países desenvolvidos, no Brasil o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma vertiginosa; assim, o país não está preparado para responder às demandas advindas da transição demográfica. O aumento da população nacional de idosos, associado à redução das taxas de fecundidade, tem impactos socioeconômicos e demográficos, principalmente relacionadas ao volume, composição e destinatários das demandas sociais. Os segmentos de previdência, educação e saúde serão os mais implicados nessa modificação. O sistema previdenciário foi criado considerando-se uma pirâmide etária em que o número de jovens e adultos ativos no mercado de trabalho era maior do que o número de aposentados. Além disso, o período de aposentadoria era breve, em virtude da expectativa de vida reduzida. Nesse sentido, é necessário um investimento governamental para modificação do sistema da previdência para adaptá-lo às novas demandas sociais e a estrutura social e etária vigente (MIRANDA, 2016).

Vanzella et al. (2018) demonstraram que o quadro epidemiológico brasileiro, após a transição demográfica, possui como maiores causas de morbidade e mortalidade as doenças crônicas, que se desenvolvem de forma lenta, durante períodos extensos de tempo e cujo curso é de difícil previsão. Machado et al. (2017) demonstram que o número de idosos que apresentam algum tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) tem crescido com progressão gradual e com alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência desse público. Nesse sentido, o aumento do custo do Estado com hospitalizações, medicações, internações e cuidados paliativos torna-se extenso. Assim, as demandas na área da saúde se modificaram. Os investimentos, que antes eram feitos em tratamentos, passaram a se concentrar nos setores de prevenção de doenças e promoção de saúde, incentivando a experimentação do envelhecimento ativo da população. A caderneta de saúde da pessoa idosa, criada em 2003, tem como objetivo realizar o acompanhamento dos idosos pelo período de cinco anos, permitindo a triagem das condições de saúde e de vida dos indivíduos, a partir da

criação de programas individuais de autocuidado. Considerando tais apontamentos, é possível perceber um interesse cada vez maior nos estudos acerca dos fatores que influenciam a saúde da pessoa idosa.

2.2 Envelhecimento e qualidade do sono

Um dos fatores que pode influenciar a saúde e a qualidade de vida da população em geral é o sono. O sono é fundamental para a sobrevivência e para a saúde do homem. Ele pode ser caracterizado como um estado reversível de desligamento perceptivo e ausência de responsividade ao meio ambiente (CARSKADON; DEMENT, 2005). O sono é dividido em duas fases: sono NREM ou *Non-Rapid Eye Movement* (movimento não rápido dos olhos) e sono REM ou *Rapid Eye Movement* (movimento rápido dos olhos) (MCCARLEY, 2007). Tais fases são manifestadas em ciclos de uma noite normal de sono e se subdividem em cinco subfases, sendo as quatro primeiras correspondentes ao sono NREM e a quinta, ao sono REM.

Durante o sono NREM, as ondas cerebrais são caracterizadas como sincronizadas ou lentas. Nesta fase, o sono é iniciado e aprofundado de maneira gradual, enquanto as ondas vão se tornando cada vez mais lentas. O sono NREM é subdividido em quatro estágios. Segundo Rodrigues-Barrionuevo, Rodrigues-Vives e Bauzano-Poley (2000), o sono, no adulto, inicia-se no estágio I com 5% do total do sono, segue-se no estágio II com 45%, estágio III e estágio IV com 25%. À medida que os estágios do sono avançam, o indivíduo torna-se cada vez menos capaz de reagir a estímulos externos. O sono NREM tem a finalidade de descanso físico e de restauração das funções orgânicas do corpo.

O sono REM corresponde a aproximadamente uma ou duas horas do sono total do indivíduo adulto, correspondendo de 20 a 25% do tempo total de sono (RODRÍGUES-BARRIONUEVO; RODRÍGUES-VIVES; BAUZANO-POLEY, 2000). A esta fase são atribuídas funções de repouso psíquico (GUYTON, 2000), e ela está associada aos sonhos (GODNHO et al., 2018). É a fase profunda em que há maior dificuldade de se despertar. A duração de uma noite de sono é composta por ciclos de sono, os quais se repetem cerca de 5 a 6 vezes em uma noite de 8 horas de sono. Os despertares podem ocorrer a qualquer instante da noite do sono, dentro de qualquer um dos estágios, seja de maneira espontânea ou por fatores extrínsecos (questões ambientais, como ruídos) ou eventos patológicos como apneias (FERNANDES, 2006).

As funções do sono para o organismo são inúmeras. Dentre elas, pode-se destacar a consolidação da memória, a restauração física no que diz respeito à energia, à termorregulação (VELLUTI; REIMÃO, 1996), além de restauração de tecidos e neurônios, desintoxicação do cérebro, regulação da motivação, recuperação metabólica (SANTAMARÍA, 2003; CIRELLI; TONONI, 2008) e questões fisiológicas, como função cardíaca, tônus muscular e respiração (KAPLAN et al., 2002). Diante disso, situações relacionadas a perturbações do sono, sejam elas na qualidade ou na

quantidade do tempo de sono, podem provocar consequências para o funcionamento cognitivo, ocupacional, físico e social do organismo, de forma a comprometer a qualidade de vida das pessoas (FREITAS, 2018). Além disso, a privação do sono é também um ponto comprometedor de saúde, uma vez que possui efeitos no que tange aspectos neurológicos, neurofisiológicos e psicológicos (CASTILHO et al., 2015). Não obstante, uma boa qualidade do sono reflete num melhor desenvolvimento das funções citadas, auxiliando no bom funcionamento do organismo.

Na velhice a qualidade do sono é afetada, tendo em vista as perdas de funções orgânicas ocorridas ao longo desta fase da vida. Dentre as mudanças físicas ocorridas ao longo do processo de envelhecimento, o padrão de sono encontra-se entre as queixas mais frequentes dos idosos (OLIVEIRA et al., 2010). Segundo Manable et al. (2000), são acometidas aos idosos alterações do sono, em latência, eficiência e duração, fazendo disto um dos desafios da terceira idade. Durante esta fase da vida, o sono é mais fragmentado e menos profundo, sendo interrompido por despertares noturnos mais frequentes (PINTO, 2007). Assim, os impactos da velhice sobre o sono têm efeitos refletidos na manutenção da atenção, do humor e da eficiência cognitiva do idoso (MARTINS et al., 2016).

Oliveira e Tavares (2014) indicam uma necessidade psicobiológica de sono e repouso que, ao não ser satisfeita, acaba por gerar prejuízos na rotina diária e na saúde do sujeito, como déficit de atenção, problemas de memória, irritabilidade, entre outros problemas. De acordo com Silva et al. (2015), idosos com sintomas depressivos apresentaram maior intensidade da dor, pior qualidade de sono e menor intensidade de atividade física. Esses dados podem indicar a relação existente entre atividade física, o sono e a qualidade de vida. Em suma, pode-se acrescentar que os distúrbios de sono podem contribuir com o aumento dos declínios cognitivos que acontecem na velhice, sendo um fator contribuinte para a piora na qualidade de vida desta população. Além disso, no que se refere a situações de não satisfação da necessidade de sono, decorrente da duração insuficiente deste, a sonolência diurna pode ser aumentada, como também o prejuízo da capacidade do idoso de manter-se acordado no decorrer do dia (DOS SANTOS-ORLANDI et al., 2016).

Outro aspecto físico que se atrela à qualidade do sono é a dor crônica. Estudos realizados por Ferretti et al. (2018) com idosos de Santa Catarina apontaram que a quantidade de doenças crônicas autorrelatadas, a intensidade da dor e a idade são pontos influenciadores na qualidade de sono de idosos. Tal realidade configura-se como algo preocupante, visto que a dor é tida como uma das maiores queixas no que diz respeito aos problemas físicos em idosos (FERRETTI et al., 2018).

O uso crônico de substâncias, com efeito sedativo ou estimulante, afeta a qualidade do sono. Ribeiro, Silva e Oliveira (2014) afirmam que o uso de benzodiazepínicos relaciona-se com a insônia. Apesar dessa observação, os idosos não recebem alerta por parte de profissionais sobre os efeitos danosos do uso continuado de benzodiazepínicos (ALVARENGA et al., 2014). Esses dados demonstram a negligência

de recomendações médicas acerca do uso indiscriminado de medicamentos, fato que pode comprometer a saúde do indivíduo. Há de se atentar também para a questão do desempenho cognitivo e sua relação com o sono (FICCA et al., 2010). Mendes (2018) afirma que, através da prática de exercícios físicos, ganhos psicológicos e cognitivos podem ser possibilitados na velhice.

3 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa contou com a participação de 381 idosos residentes no município de Campina Grande, município de médio porte, do agreste paraibano. O presente estudo esteve vinculado a uma pesquisa de grande porte intitulada “Saúde mental de idosos de Campina Grande-PB”, que contou com o financiamento do Programa de Incentivo à Pós-graduação e Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Utilizou-se do método de amostragem por conglomerados para a seleção dos participantes. Foram incluídos no estudo idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, que aceitaram participar livremente da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os idosos com déficit cognitivo grave, déficits auditivo e/ou visual graves que dificultassem a realização da pesquisa.

Para coleta dos dados, foi utilizado um questionário demográfico com questões estruturadas sobre sexo, idade, estado civil, ocupação, aposentadoria. Para avaliação da qualidade do sono nos idosos, foi utilizado o Mini-Questionário do Sono, um instrumento desenvolvido por Zomer et al. (1985 apud GORESTAIN; ANDRADE; ZUARDE, 2000), para avaliar os aspectos que configuram o padrão de sono, bem como a frequência com que tais aspectos ocorrem. O escore total da escala pode variar de 0 a 60. A pontuação total na escala permite a classificação do padrão de sono entre: *sono muito bom* (0 a 9 pontos), *sono bom* (10 a 24), *sono levemente alterado* (25 a 27), *sono moderadamente alterado* (28 a 30) e *sono muito alterado* (acima de 30).

Foram realizadas visitas domiciliares aos idosos. Na oportunidade eles eram questionados quanto a sua disponibilidade em participar da pesquisa. Em caso afirmativo seguia-se com a assinatura do TCLE e posteriormente com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Cada participante foi entrevistado por um estudante do curso de psicologia, devidamente treinado para conduzir a coleta de dados.

Os dados foram tabulados no pacote estatístico SPSS (versão 18), e foram realizadas análises descritivas dos dados, testes de correlação de Spearman e teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB (CAEE. 0655.0.133.000-11) e atendeu aos pressupostos estabelecidos na Resolução

n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

4 | RESULTADOS

A amostra obteve predomínio do sexo feminino (73,5%). A idade do grupo variou de 60 a 96 anos (M= 71,50; DP= 8,0). No que diz respeito ao estado civil, a grande maioria é casada ou vive com companheiro (44,1%).

Constatou-se que os idosos apresentaram um padrão de sono bom (M=27,61; DP=10,39). De acordo com a categorização da escala, os pontos foram distribuídos da seguinte forma: de 10 a 19 – *sono muito bom* (N=109; 28,6%); de 20-34 – *sono bom* (N=189; 49,6%); 35 a 37 – *levemente alterado* (N=18; 4,7%); de 38 a 40 – *moderadamente alterado* (N=28; 7,3%); e acima de 41 – *muito alterado* (N=37; 9,7%). A amostra em questão teve uma variância de 10 a 60 pontos. Os resultados em cada categoria de sono podem ser visualizados na tabela abaixo (Tabela 1).

| Avaliação da qualidade do sono | N | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Sono muito bom | 109 | 28,6 |
| Sono bom | 189 | 49,6 |
| Levemente alterado | 18 | 4,7 |
| Moderadamente alterado | 28 | 7,3 |
| Muito alterado | 37 | 9,7 |

Tabela 1: Distribuição dos participantes (N=381) segundo a classificação na escala de padrão de sono. Campina Grande, PB.

*Fonte: dados da pesquisa.

A avaliação da correlação do índice geral de sono com a variável idade revelou não haver correlação estatisticamente significativa entre as variáveis. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e o índice de qualidade de sono dos idosos. Apesar disso, observou-se que categoria *muito alterada* obteve a maior percentagem (81,1%) entre as mulheres.

No tocante ao estado civil dos idosos, observou-se que entre os idosos casados prevaleceu o padrão de sono muito alterado (n=63; 37,5%), seguido do padrão de sono bom (n=62; 36,9%); enquanto que nos idosos divorciados e viúvos prevaleceu o padrão de sono bom, cujas frequências observadas foram de 50% (n=17) e 46,7% (n=64), respectivamente.

5 | DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico da amostra, a pesquisa encontrou predomínio do sexo feminino. Esse processo, denominado feminização da velhice, caracteriza-se pelo crescente número de mulheres acima de 60 anos em contraste com a redução no número de homens nesta mesma faixa etária e vem sendo estudado há alguns anos. De acordo com Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem maioria na faixa etária a partir dos 60 anos em todas as regiões do mundo. Estima-se que as mulheres vivam em média sete anos a mais que os homens. O fenômeno da feminização da velhice pode estar associado a um maior risco social em virtude das diferenças ainda existentes na relação entre os gêneros. De acordo com Barros e Júnior (2013), este fenômeno, do ponto de vista médico-social, significa mais risco do que vantagem, uma vez que as mulheres são física e socialmente mais frágeis que os homens. De acordo com Rodrigues e Neri (2012), a feminização da velhice pode estar relacionada com maior procura e adesão das mulheres a tratamentos e informações sobre a saúde em geral.

A média de idade do grupo estudado foi de 71,5 anos. O aumento de idosos com setenta anos ou mais gera um interesse cada vez maior com a qualidade de vida da população idosa. Os estudos que envolvem esta população indicam os problemas de saúde como sendo os maiores causadores de redução na qualidade de vida e do aumento da mortalidade nesta faixa etária (VIANA et al., 2017). Considerando-se que a mudança na pirâmide etária que vem acontecendo no Brasil acarreta uma mudança no perfil de morbidades e mortalidade, Giacomini e Maio (2016) destacam a importância da Política Nacional do Idoso (PNI), uma vez que esta garante ao idoso o direito à assistência em saúde em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos idosos da amostra é casada ou vive com o companheiro(a). Esses dados corroboram os achados de Machado et al. (2017), em que 83% da amostra afirmou ser casada. De acordo com Soares e Fernandes (2012), a maioria dos idosos brasileiros vive em arranjos familiares com companheiro(a), tendo a presença ou não de filhos. De acordo com Torres (2015), a comunicação é um elo de apoio para os idosos, principalmente no cultivo de bons relacionamentos com familiares, o que contribui para o equilíbrio emocional, a autonomia e a independência. Nesse sentido, é possível destacar a importância da manutenção de relacionamentos familiares, proporcionados pela coabitação para a manutenção de redes sociais que auxiliem a qualidade de vida dos idosos.

Segundo Raposo e Veríssimo (2015), o envelhecimento normal produz alterações no ritmo e na arquitetura do sono, que podem ser identificadas com base na aplicação de questionários para aferição da qualidade individual do sono. No entanto, apesar das alterações naturais, os idosos pesquisados apresentaram um padrão de sono bom. Esses dados corroboram os resultados do estudo realizado por Oliveira et al. (2010), em que idosos do município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, também apresentaram

um padrão de sono bom. Tais resultados podem estar associados ao fato de que a qualidade do sono é influenciada por questões relativas a comorbidades e estilo de vida (QUINHONES; GOMES, 2011; UEZU et al., 2000).

Um dos fatores que permitem diferenciar uma resposta mal adaptativa à mudança no padrão fisiológico de sono a partir do envelhecimento e que pode influenciar o padrão de sono ciclo-vigília é a presença de sintomas diurnos como a hipersonolência, a fadiga e a lentificação psicomotora (RAPOSO; VERÍSSIMO, 2015). A ausência de tais sintomas pode explicar a manutenção de um bom padrão de sono mesmo em face das alterações próprias do envelhecimento. Outro fator importante em relação ao padrão de sono apresentado pela amostra relaciona-se com fato de muitos idosos não relatarem suas queixas relacionadas ao sono por não entendê-las como disfunções, mas como eventos normais do processo de senescência.

Não foi encontrada correlação entre a idade e a qualidade de sono nos idosos pesquisados. Tal dado pode ser explicado a partir das conclusões de Quinhones e Gomes (2011), os quais, ao realizarem um estudo de revisão bibliográfica, observaram que a diminuição da capacidade de dormir está associada a comorbidades e não à idade em si, já que, não havendo doenças coexistentes, há pouca diferença na qualidade do sono. Tal estudo constatou que fatores associados à idade, como doenças clínicas ou psiquiátricas e uso de medicamentos, possibilitam problemas no sono. Nos resultados obtidos por Oliveira e Cupertino (2017), não foram encontradas correlações significativas entre idade e sono, dentre outras variáveis. Não obstante, contrapõem-se com dados de Martins et al. (2016), em cujos estudos as perturbações do sono se mostraram mais graves, dentre outros grupos, naqueles de idade mais avançada.

Um dos fatores físicos que são afetados com o avanço da idade é o sono. Alguns contribuintes para a dificuldade com o sono para os idosos são, dentre outros aspectos, desconfortos físicos e emocionais e dor (MENDES, 2018). São fatores que ocorrem com o avançar da idade e que podem explicar a relação entre sono e idade. Entretanto, os resultados obtidos no presente estudo apontam a não correlação entre índice de sono e idade. Isto pode ser explicado por questões não necessariamente relacionadas à idade, mas por outros aspectos amostrais, como arranjo de moradia, que podem influenciar o índice do sono. De acordo com Benavente et al. (2014), o estresse também pode influenciar a qualidade do sono, sendo influenciado por características sociodemográficas diversas, dentre as quais as condições socioeconômicas, de moradia, de idade, situação conjugal.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e o índice de qualidade de sono dos idosos, dado que vai de encontro a estudos realizados com pacientes com câncer hematológico candidatos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas, realizado por Cotrim e Ceolim (2016), em que pertencer ao sexo feminino foi considerado fator preditor de má qualidade do sono. Entretanto, observou-se que as mulheres possuem maior frequência em todas as categorias da qualidade do sono, justificando-se pelo maior número de mulheres idosas neste

estudo. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a qualidade do sono, observaram-se maiores índices de padrão *muito alterado* do sono nas mulheres. Em um estudo de revisão sistemática foram encontradas relações entre as perturbações do sono e a menopausa em mulheres (MARQUES, 2016). No estudo de Aguiar (2017), os resultados indicaram que “transtornos de humor e qualidade do sono predizem o desempenho cognitivo para função executiva em mulheres menopausadas cirurgicamente” (p. 26). Também, dentro da peri-menopausa, as mulheres vivenciam alterações significativas em seus organismos a níveis hormonais. Relacionado a isso, problemas com o sono podem surgir, afetando a qualidade deste. Corroborando os resultados obtidos, Silva e Oliveira (2015) encontraram em seus dados uma má qualidade do sono no grupo de mulheres, ao passo que nos homens uma boa qualidade do sono foi encontrada.

No que tange os resultados dos idosos casados com padrão de sono *muito alterado*, os dados vão de encontro aos resultados encontrados nos estudos de Alves (2015), em que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis analisadas – qualidade de sono, esforço para dormir e pensamentos antes de adormecer – entre casados e solteiros. Essa diferença pode ser explicada pela média de idade da amostra estudada, que foi de 43 anos. Nos estudos de Oliveira et al. (2010), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias “sem companheiro” e “com companheiro” para a escala de sono utilizada. A divergência entre os resultados com populações de mesma faixa etária pode ser explicada pelo contexto de aplicação dos questionários.

Os idosos casados que se classificaram dentro do padrão de *sono bom* na amostra da pesquisa em questão têm os dados semelhantes aos estudos de Rodrigues et al. (2014), que verificaram uma porcentagem de 77,55% para casados que dormem bem, numa amostra de 103 utentes adultos que recorrem aos cuidados de saúde primários. Em pesquisa realizada por Andrade et al. (2014) com idosos hipertensos na cidade de Montes Claros em Minas Gerais, encontrou-se influência do estado conjugal com a qualidade de vida dos idosos. Essa influência pode ser associada com os dados encontrados por Azevedo et al. (2015) em pesquisa com pacientes com insuficiência cardíaca. Os resultados encontrados indicam uma correlação negativa entre sonolência diurna excessiva e qualidade de vida. Assim, quanto maiores os sintomas de sonolência diurna, menores foram os escores de qualidade de vida. Na população idosa, as mudanças de padrão de sono têm relação direta com a alteração na qualidade de vida. Enquanto que a relação marital parece ter influência positiva sobre a qualidade de vida, o que pode ajudar a reduzir a percepção das alterações de sono nessa faixa etária.

Em relação aos viúvos, os dados obtidos na presente pesquisa se contrapõem com os dados dos estudos realizados por Martins et al. (2016) com adultos idosos hospitalizados, em que os viúvos foram um dos grupos que apresentaram perturbações de sono mais graves dentre os participantes da pesquisa. Outro estudo realizado no

Irã aponta os viúvos como um dos grupos com maiores fatores de risco para distúrbios do sono (ASGHARI et al., 2012).

No que diz respeito aos divorciados, é possível que haja uma relação entre o divórcio e o nível de estresse, como visto no estudo com sujeitos que iniciam o processo de divórcio realizado por Costa, Vasconcelos e Vargas (2014), em que 71,8% dos participantes apresentaram estresse. Somado a isso, o nível de estresse também pode estar associado à qualidade do sono, como observado por Benavente et al. (2014), em cujo estudo realizado com estudantes de enfermagem, a variação do padrão de sono dos participantes sofreu alterações quando detectado estresse psicológico. Os resultados apontaram insônia em quase 30% dos estudantes.

6 | CONCLUSÕES

Observou-se neste trabalho a predominância de participantes do sexo feminino, em virtude do maior número de participantes mulheres no estudo, e grande maioria composta por idosos(as) casados(as) ou que vivem com companheiro(a).

Os dados apontam para um padrão de *sono bom* entre os idosos avaliados. Não foi encontrada correlação entre a idade e o índice de sono nos idosos pesquisados. Além disso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e o índice de qualidade de sono dos idosos. Os participantes do sexo feminino apresentaram maior porcentagem na categoria de sono *muito alterada*.

Com relação ao estado civil, entre os idosos casados, foi predominante o padrão de sono *muito alterado*, seguido do padrão de sono bom. Já para os idosos divorciados e viúvos, o padrão de *sono bom* foi o que prevaleceu.

Uma vez que a população idosa vem crescendo de forma significativa, e sabendo que nesse grupo ocorre acentuadamente comprometimento da qualidade do sono, aponta-se para a necessidade de que sejam requeridas estratégias de melhora do sono na velhice. Dificuldades como o estresse e a presença de comorbidades devem ser passíveis de intervenções a fim de se reduzirem os seus efeitos prejudiciais na qualidade do sono. Nesse sentido, são sugeridas pesquisas acerca da qualidade do sono em idosos, a fim de aprofundar as investigações sobre a implicação da qualidade do sono na saúde e na qualidade de vida desse grupo etário.

Deve-se levar em consideração que nessa faixa etária tem ocorrido a administração abusiva de psicotrópicos, fato que compromete ainda mais a qualidade do sono nos mesmos. Em função disso, devem ser realizadas ações de promoção da saúde com intervenções psicoeducativas que auxiliem na modificação desse comportamento prejudicial ao desenvolvimento saudável na velhice.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. A. **Cognição e menopausa cirúrgica: Transtornos de humor e qualidade do sono como preditores do desempenho cognitivo**. 2017. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas) - Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2017.
- ALVARENGA, J. M.; GIACOMIN, K. C., DE LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E., FIRMO, J. O. A. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, 2014.
- ALVES, J. S. Qualidade de sono (BaSIQS), esforço para dormir (GSES) e pensamentos antes de adormecer (GCTI) numa amostra não clínica de adultos. 2015. 42 f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2015.
- ANDRADE, J. M. O.; RIOS, L. R.; TEIXEIRA, L. S.; VIEIRA, F. S.; MENDES, D. C.; VIEIRA, M. A.; SILVEIRA, M. F. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, 2014.
- ASGHARI, A.; FARHADI M.; KAMRAVA S.K.; GHALEHBAGHI B.; NOJOMI M. Subjective Sleep Quality in Urban Population. **Archives Iran Medicine**, v. 15, n. 2, p. 95-98, 2012.
- AZEVEDO, I. G.; VIEIRA, E. M. A.; NETO, N. R. O.; NOGUEIRA, I. D. B.; MELO, F. E. S.; NOGUEIRA, P. A. D. M. S. Correlação entre sono e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 148-154, 2015.
- BARROS, R. H.; JUNIOR, E. P. G.; Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista**, v. 27, n.1, p. 75-92. Juiz de Fora, 2013.
- BENAVENTE, S. B. T.; SILVA, R. M.; HIGASHI, A. B.; GUIDO, L. A.; COSTA, A. L. S. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 514-520, 2014.
- BOSCOLO, R.; SACCO, I. C.; ANTUNES, H. K.; MELLO, M. T.; TUFIK, S. Avaliação do Padrão do Sono Atividade Física e Funções Cognitivas em idosos. **Revista Portuguesa de Ciência e Desporto**, v. 7, n. 1, jan, p.18-25, 2007.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. DOU de 16/10/1996.
- CARSKADON, M. A; DEMENT, W. C. Normal human sleep: an overview. **Principles and practice of sleep medicine**, v. 4, p. 13-23, 2005.
- CASTILHO, C. P.; LIMAS, L. M. D.; MONTEIRO, M. L.; SILVA, P. H. M. N.; BUENO, H.; FARI, T. A. A privação de sono nos alunos da área de saúde em atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e suas consequências. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 2, p. 113-119, abr.-jun. 2015.
- CHAIMOWICZ, F. Saúde do idoso. 2. ed. **Belo Horizonte: NESCON UFMG**, 2013.
- CIRELLI, C.; TONONI, G. Es esencial del sueño? **PLoS Biology**, v. 6, n. 8, E216, 2008.
- COSTA, C. F. T.; VASCONCELOS, T. T; VARGAS, M. M. A presença de sintomas relacionados ao

estresse entre sujeitos que iniciam processo de divórcio. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 16, 2014.

COTRIM, R. F.; CEOLIM, M. F.; Qualidade de sono de pacientes com câncer hematológico candidatos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC, v. 5, p. 86-86, 2016.

DOS SANTOS-ORLANDI, A. A. D.; CEOLIM, M. F.; PAVARINI, S. C. I.; OLIVEIRA-ROSSIGNOLO, S. C. D.; PERGOLA-MARCONATO, A. M.; NERI, A. L. Factors associated with duration of naps among community-dwelling elderly: data from the multicenter study fibra. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

FERNANDES, R. M. O sono normal. **Medicina**, v. 39, n. 2, p. 157-168, 30 jun. 2006.

FERRETTI, F.; SANTOS, D. T. D.; GIURIATTI, L.; GAUER, A. P. M.; TEO, C. R. P. A. Sleep quality in the elderly with and without chronic pain. **BrJP**, v. 1, n. 2, p. 141-146, 2018.

FICCA, G.; AXELSSON, J.; MOLLICONE, D. J.; MUTO, V.; VITIELLO, M. V. Naps, cognition and performance. **Sleep Medicine Reviews**, v. 14, n. 4, p. 249-258, 2010.

FREITAS, J. R. Aplicação da análise logística/binomial com enfoque no índice de qualidade do sono de Pittsburgh, em algumas comunidades do Sertão do Pajeú/PE. 2018.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. O PNI na área da saúde. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**, IPEA, 2016, p. 135-174.

GODNHO, M. R.; FERREIRA, A. P.; DOS SANTOS, A. S. P.; DA ROCHA, F. S. A. Fatores associados à qualidade do sono dos trabalhadores técnico-administrativos em educação de uma universidade pública. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 6, n. 3, 2018.

GORESTAIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDE, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio. Rio de Janeiro: **Estudos e pesquisas**: Informação demográfica e socioeconômica, 2017.

KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria**: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed.. São Paulo: Artmed, 2002.

MACHADO, W. D. GOMES, D. F.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. C. C.; MOREIRA, A. C. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Revista Online Facema**, v. 3, n. 2, p. 444-451, 2017.

MANABLE, K.; MATSUI, T.; YAMAYA, M.; SATONAKAGAWA, T.; OKAMURA, N.; ARAI, H.; SASAKI, H. Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. **Gerontology**, v. 46, n. 6, p. 318-322, 2000.

MARQUES, F. D. B. M. **Abordagem da síndrome vasomotora, perturbações psíquicas e do sono na menopausa**. 2016. 34 f. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,

2016.

MARTINS, R.; CORREIA, A. M.; ANDRADE, A.; CAMPOS, S. Perturbações do sono em adultos idosos hospitalizados. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 24, p. 109-122, 2016.

MCCARLEY, R. W. Neurobiology of REM and NREM sleep. **Sleep Med**, v. 8, n. 4, p. 302-330, 2007.

MCCRAE C. S.; WILSON N. M.; LICHSRTEIN K. L.; DURRENCE, H. H.; TAYLOR D. J.; BUSH A. J.; RIEDEL B.W. "Young old" and "old old" poor sleepers with and without insomnia complaints. **Journal Psychosomatic Research**, v. 54, p. 11-19, 2003.

MENDES, E. V. **A influência da prática de exercícios físicos na qualidade do sono de idosos**. 2017. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V. 19, n. 3, p. 507-519. Rio de Janeiro, 2016..

MUGEIRO, M. J. C. **Qualidade do sono nos idosos**. 2011. 181 f. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. 1, p. 5-6, 2008.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, 2010.

OHAYON, M. M. Relationship between chronic painful physical condition and insomnia. **Journal Psychiatric Research**, v. 39, n. 2, p. 151-159, 2005.

OLIVEIRA, B. H. D.; YASSUDA, M. S.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 851-860, 2010.

OLIVEIRA, D. C.; CUPERTINO, A. P. Explorando o Perfil de Saúde dos Idosos do Exército Brasileiro. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, P. B.; TAVARES, D. M. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 241-246, 2014.

PANDI-PERUMAL, S. R.; SEILS, L. K.; KAYUMOV, L.; RALPH, M. R.; LOWE, A.; MOLLER, H.; SWAAB, D. F. Senescence, sleep, and circadian rhythms. **Ageing Research Reviews**, v. 1, n. 3, jun, p. 559-604, 2002.

PINTO, C. (2007). O Sono no idoso, quando dormir é um problema. Arquivo: Mais Saúde. Disponível em <http://www.medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/senior/o_sono_no_idoso_quando_dormir_e_um_problema/3>. Acesso em: setembro de 2018.

QUINHONES, M., S.; GOMES, M., M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 47, n. 1, p. 31-42, 2011.

RAPOSO, F. M. O.; VERÍSSIMO, M. T. M.; **As alterações do sono no idoso**. 2015, 74f. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015.

RENTE, P.; PIMENTEL, T. **A patologia do Sono**. Lisboa: Lidel. 2004.

RIBEIRO, C. R. F.; SILVA, Y. M. G. P.; OLIVEIRA, S. M. C. O impacto da qualidade do sono na formação médica. **Revista Soc Bras Clin Med**, v. 12, n. 1, p. 8-14, 2014.

RODRIGUES, M.; NINA, S.; MATOS, L. Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. **Rev Port Med Gerl Fam**, v. 30, n. 1, p. 16-22, 2014.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

RODRÍGUES-BARRIONUEVO, A.C; RODRÍGUES-VIVES, M. A; BAUZANO-POLEY, E. Revisión de los trastornos del sueño en la infancia. **Revista Neurológica Clínica**, v. 1, p. 150-171, 2000.

SÁ, R. M. B., MOTTA, L. B., OLIVEIRA, F. J. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 217-230, 2007.

SANTAMARÍA, J. **Mecanismos y Función del Sueño: su Importancia Clínica**. Servicio de Neurología, (120). Barcelona, España: Medicina Clínica, Hospital Clínica de Barcelona, p. 750-7553, 2003.

SILVA, N. K. C.; DE OLIVEIRA, M. L. C. Fatores que interferem no sono dos alunos idosos da Universidade da Maturidade (UMA), na cidade de Palmas (TO). **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 129-150, 2015.

SOARES, M. S.; FERNANDES, M. T. O. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

TORRES, A. L. **O papel do ambiente residencial na qualidade de vida de idosos: um estudo exploratório em Cabedelo, Paraíba**. 2015. 205 f. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do norte, 2015.

UEZU, E.; TAIRA, K.; TANAKA, H.; ARAKAWA, M.; URASAKI, C.; TOGUCHI, H.; YAMAMOTO, Y.; HAMAKAWA, E.; SHIRAKAWA, S. Survey of sleep-health and lifestyle if the elderly in Okinawa. **Psychiatry Clinical Neurosciences**, v. 53, p. 311-313, 2000.

VANZELLA, E.; NASCIMENTO, J. A.; SANTOS, S. R. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, 2018.

VELLUTI, R.; REIMÃO, R. Fisiologia do sono. **Sono: estudos abrangentes**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 1-15, 1996.

VIANNA, M. S.; SILVA, P. A. B.; NASCIMENTO, C. V.; SOARES, S. M. Competência para o autocuidado na administração de insulina por idosos septuagenários ou mais de idade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25 p. 2-9, 2017.

O PAPEL DA VINCULAÇÃO NO AJUSTAMENTO CONJUGAL EM MULHERES COM HPV

B. Daiana Santos,

Escola de Psicologia, Universidade do Minho,
Braga - Portugal

Rosana Pimentel Correia Moysés

Escola de Psicologia, Universidade do Minho,
Braga - Portugal

Emília Campos de Carvalho

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - São
Paulo - Brasil

Maria da Graça Pereira

Escola de Psicologia, Universidade do Minho,
Braga – Portugal

RESUMO: O impacto de ter uma doença crónica, particularmente o diagnóstico da infeção por HPV, gera consequências físicas, psicológicas, conjugais, familiares e sociais. A presença do HPV na vida da mulher, e sua associação a verrugas e lesões genitais diminui a satisfação sexual. Neste contexto, uma vinculação segura relaciona-se com menor stresse provocada pela doença e promove uma melhor adaptação emocional e ajustamento conjugal.

OBJETIVO: Avaliar se a vinculação mediava a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com as variáveis satisfação sexual e ajustamento conjugal, em mulheres com HPV.

MÉTODO: Realizou-se uma *path analysis* com *bootstrapping* (IBM SPSS AMOS versão 24.0), com uma amostra de 209 mulheres com HPV. Tendo em conta o modelo inicial, as vias foram

reduzidas sequencialmente com base na sua significância e contribuição para o ajustamento geral do modelo.

RESULTADOS: Verificou-se que a vinculação mediou a relação entre a idade e o ajustamento conjugal; entre o tipo de HPV e o ajustamento conjugal e parcialmente entre a satisfação sexual e o ajustamento conjugal.

CONCLUSÃO: De acordo com os resultados, seria relevante intervir nas mulheres portadoras do HPV ao nível da vinculação e insatisfação sexual, com programas de intervenção diferenciados tendo em consideração a idade e o tipo do HPV (baixo/alto risco).

PALAVRAS-CHAVE: Vinculação; Insatisfação Sexual; Ajustamento conjugal; Papilomavírus humano.

ABSTRACT: The impact of having a chronic illness, particularly the diagnosis of HPV infection, results in physical, psychological, marital, family, and social consequences. The presence of HPV in a woman's life, and its association with warts and genital lesions, decreases sexual satisfaction. In this context, a safe bonding favors the reduction of stress caused by the disease and contributes to a better emotional adaptation and marital adjustment.

OBJECTIVE: To assess whether attachment mediated the relationship between sociodemographic, clinical, sexual satisfaction

and marital adjustment variables in women with HPV.

METHOD: A path analysis was performed with bootstrapping (IBM SPSS AMOS version 24.0), with a sample of 209 women with HPV. Taking into account the initial model, the pathways were reduced sequentially based on their significance and contribution to the overall fit of the model.

RESULTS: Attachment mediated the relationship between age and marital adjustment; between the type of HPV and marital adjustment and partially between sexual satisfaction and marital adjustment.

CONCLUSIONS: According to the results, it would be relevant to intervene in women with HPV regarding the level of sexual attachment and dissatisfaction, with differentiated intervention programs taking into account the age and type of HPV (low / high risk).

KEYWORDS: Attachment; Sexual Dissatisfaction; Marital adjustment; Human papilomavírus.

INTRODUÇÃO

Considera-se que o papilomavírus humano (HPV) é o agente causal de infeção viral sexualmente transmissível mais comum no mundo (CDC, 2015), tendo sido identificado como uma das principais causas de surgimento do Cancro do colo do útero (CCU). No mundo, mais de 290 milhões de mulheres por ano tem infeção por HPV. A Direção Geral de Saúde (DGS) indica que a incidência é de 10.8% de casos de CCU o que corresponde a 100.000 mulheres por ano, sendo que em Portugal, morre por dia uma mulher com CCU. De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal, o HPV atinge 20% das mulheres sexualmente ativas, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (CASTRO *et al.* 2014; DGS, 2014; ACS, 2016; CDC, 2015; SNS,2017).

Há mais de 200 tipos de infeção por HPV, mas apenas algumas são oncogénicas, sendo que os tipos 16 e 18 são os mais comuns considerados de alto risco, estando associados ao CCU, enquanto os tipos 6 e 11 são os mais persistentes em lesões benignas e pré-malignas. A infeção por HPV, maioritariamente é eliminado nas mulheres ao fim de 1-2 anos, porém em outras mulheres podem vir a persistir, causando lesões mais graves designadas pré-cancerosas (SCUDELLARI, 2013; CASTRO *et al.* 2014; MARTEL *et al.* 2017).

O estigma associado a ter uma infeção sexualmente transmissível, juntamente com a incerteza do sucesso e tempo do tratamento, constitui um fardo emocional significativo. As mulheres com uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) reportam problemas conjugais, emocionais, psicológicas e sexuais. As DST(s) estão associadas a consequências psicossociais negativas, provocando ansiedade, vergonha e conflitos no relacionamento. Para além do impacto psicológico, a infeção por HPV, e sua associação a verrugas e lesões genitais associa-se a uma diminuição da atividade sexual e afeta negativamente o bem-estar sexual. Quanto maior o número

de intervenções, a gravidade do tipo do HPV, maior será o impacto psicossocial (WALLER, MARLOW, WARDLE, 2007; MORTENSEN, LARSEN, 2010; ROSEN *et al.* 2010; MERIN, PACHANKIS, 2011; FOSTER, BYERS, 2013; CENDEJAS, SMITH-MCCUNE, KHAN, 2015; FOSTER, BYERS, 2016).

Independente do tipo de HPV (baixo/alto risco), este pode representar uma ameaça e desafios para o ajustamento conjugal. Neste sentido, uma boa comunicação entre o casal e apoio quando um dos cônjuges tem uma doença crónica associam-se a um bom funcionamento conjugal. Assim, é relevante conhecer e analisar o papel da vinculação frente a situações stressantes, visto que uma vinculação segura ajuda a diminuir o stress e favorece uma melhor adaptação emocional (CIECHANOWSKI *et al.* 2002; MIKULINCER, SHAVE 2007; VERDONCK-DE LEEUW *et al.* 2007; TRAA *et al.* 2015).

De acordo com a literatura, o estilo de vinculação é importante pois influencia as relações interpessoais e a forma como a pessoa se posiciona frente a situações ameaçadoras, de *stress*. A literatura refere que o estilo de vinculação adulto tem diferenças individuais, e existem duas dimensões: ansiosa e evitante. Na dimensão ansiosa existe a necessidade da proximidade física e emocional, buscando a proximidade com o parceiro de maneira persistente, aumentando desta forma a sua angústia. Na dimensão evitante há minimização da angústia, do desconforto existente frente a proximidade emocional, através da necessidade de distanciamento do outro (CIECHANOWSKI *et al.* 2002; WEI *et al.* 2007; MIKULINCER, SHAVE 2007; COLLINS, FEENEY, 2010).

O estudo desenvolvido por Hajializadeh *et al.* (2013) verificaram uma associação entre estilos de vinculação e barreiras ao realizar o exame papanicolau ou seja, um estilo de vinculação inseguro (evitante) foi preditor de barreiras para as mulheres se submeterem ao teste papanicolau. Neste sentido, é relevante conhecer o estilo de vinculação que cada paciente adota para perceber a forma como lidam com as situações ameaçadoras e quais as pacientes que sentem maior necessidade para adaptar-se à sua doença (ÁVILA *et al.* 2015).

É fundamental avaliar se a vinculação medeia a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, satisfação sexual e o ajustamento conjugal, em mulheres com HPV para poder desenhar intervenções que possam contribuir para a promoção do ajustamento conjugal e satisfação conjugal, nesta população.

MÉTODOS

Participantes

A amostra é constituída por 209 mulheres com HPV a receber acompanhamento nas consultas de ginecologia do trato genital inferior, em dois hospitais da Região Norte de Portugal. Os critérios de inclusão para esta amostra foram: ser mulheres

adultas, com diagnóstico de HPV e com parceiro sexual, e como critério de exclusão: analfabetismo, gravidez ou outra doença sexualmente transmissível.

Procedimento

Trata-se de um estudo transversal. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e pelos Comitês de Ética de cada hospital. Os médicos ginecologistas responsáveis pela consulta de patologia do trato genital inferior, foram os responsáveis pela identificação das pacientes para participarem no estudo. Todas as pacientes foram devidamente esclarecidas sobre o objetivo do estudo, confidencialidade dos dados e participação voluntária, assinando um consentimento informado. As participantes responderam aos questionários na presença de um investigador num local devidamente apropriado.

Instrumentos

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO (PEREIRA, DOMINGOS, 2015). Desenvolvido para este estudo, e tem como objetivo avaliar as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, nacionalidade, duração do casamento, duração da relação, número de filhos, idade da primeira gravidez, tipo de família, religião e situação profissional) e variáveis clínicas (idade na altura do diagnóstico, tipo do HPV, periodicidade das consultas ginecológicas, duração do diagnóstico, idade da primeira relação sexual, realização do exame citológico, obtenção da vacina contra o HPV, duração do tratamento das lesões, duração do tratamento das lesões, utilização de contraceptivos e utilização de preservativos).

SEXUAL SATISFACTION INDEX: É composto por 25 itens que avalia o índice de satisfação sexual, expressão emocional com o parceiro e a qualidade da parceria sexual. Resultados elevados indicam maiores níveis de insatisfação sexual. O alfa de Cronbach da versão portuguesa é de .95. O alfa de Cronbach para o SSI, neste estudo foi de 0.96 (SSI; Hudson, 1992; versão portuguesa de Pechorro, 2009).

EXPERIENCIES IN CLOSE RELATIONSHIP SCALE: É composto por 12 itens que avalia estilos de vinculação adulta, e possui duas dimensões: ansiosa e evitante. Resultados elevados indicam vinculação ansiosa ou evitante, respetivamente. Os valores de alfa de Cronbach da versão portuguesa foram .78 (ansiedade) e .84 (evitamento). Neste estudo, na amostra das mulheres com HPV os alfas foram: .76 (ansiedade) e .77 (evitamento) (ERC - Short Form; Wei *et al.*, 2007; versão portuguesa de Paiva, Figueiredo, 2010).

REVISED DYADIC ADJUSTMENT SCALE: É composto por 14 itens e avalia a qualidade do ajustamento diádico em três subescalas: consenso, coesão e satisfação. Resultados elevados indicam melhor ajustamento diádico. Na versão portuguesa, os alfas de *Cronbach* para a subescala consenso foi de 0.86, para a subescala coesão foi

de 0.73, satisfação foi de 0.88 e para a escala total foi de 0.85. Neste estudo, os alfas de Cronbach para a subescala consenso foi de 0.82, coesão foi de 0.77, satisfação foi de 0.74 e para a escala total foi de 0.87 (RDAS; Busby *et al.*, 1995; versão portuguesa de Ferreira, Bacalhau, Pereira, submetido).

Análise de Dados

Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o software IBM SPSS Statistics 24. Foram realizadas análises descritivas para as variáveis sociodemográficas e clínicas. Realizou-se uma path analysis com bootstrapping (IBM SPSS AMOS versão 24.0). Tendo em conta o modelo inicial, as vias foram reduzidas sequencialmente com base na sua significância e contribuição para o ajustamento geral do modelo. Os Índices de modificação foram consultados para determinar se o ajustamento de cada modelo poderia ser melhorado.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

A amostra consistiu em 209 mulheres com HPV. As mulheres tem idades compreendidas entre os 20 e 65 anos, com uma média de 39.67 anos (DP = 10.40); 56.4% são casadas/união de facto; 36.8% tem ensino secundário; e 97.2 participa em algum tipo de religião. Em relação à informação clínica, 64.1% tem HPV de alto risco (Tipos 16/18) e 35.9 % tem HPV de baixo risco (Tipos 6/11).

A tabela 01 apresenta a caracterização sociodemográfica das Mulheres com HPV (N=209).

| Medida contínua | Min | Max | Média | DP |
|--------------------------|-----|-----|-------|-------|
| Idade da paciente | 20 | 65 | 39.67 | 10.40 |
| | | | | % |
| Estado civil | | | | |
| Solteira | | | | 4.3 |
| Casada/União de Facto | | | | 56.4 |
| Companheiro | | | | 32.9 |
| Escolaridade | | | | |
| Primeiro ciclo | | | | 12.9 |
| Segundo ciclo | | | | 10.5 |
| Terceiro ciclo | | | | 19.1 |
| Secundário | | | | 36.8 |
| Superior | | | | 20.6 |
| Religião | | | | |
| Sim | | | | 97.2 |
| Não | | | | 7.2 |

| Tipo do HPV | |
|-----------------------------------|------|
| Tipo 6/11 Baixo Risco | 35.9 |
| Tipo 16/18 Alto Risco | 64.1 |
| Duração do Diagnóstico/Tratamento | |
| < de 1 Ano | 57.9 |
| > de 1 Ano | 42.1 |

Tabela 01: Caracterização Sociodemográfica

Fonte: Dados da Pesquisa.

Path Analysis: Modelo Final do Ajustamento Conjugal em Mulheres com Hpv

Os resultados revelaram um bom modelo de ajustamento aos dados: $\chi^2/df = 2.305$; GFI = .986; CFI = .894; RMSEA = .079. A vinculação mediou a relação entre a idade e o ajustamento conjugal; entre o tipo de HPV e o ajustamento conjugal e parcialmente entre a satisfação sexual e o ajustamento conjugal (Figura 1).

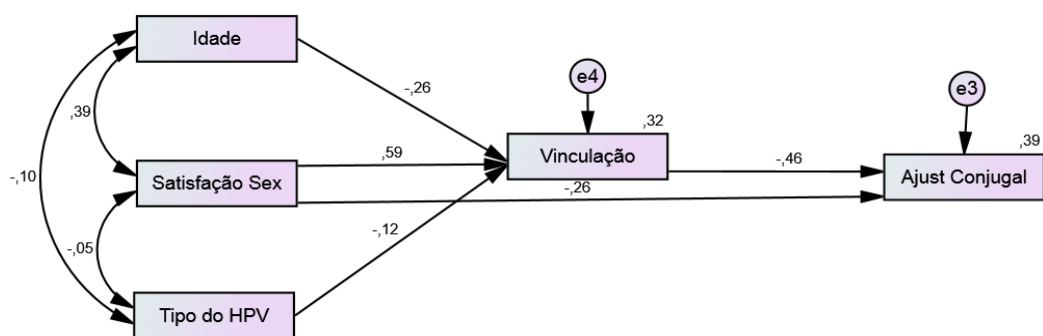


Figure 1. Modelo Final do ajustamento conjugal em mulheres com HPV, $\chi^2_{(4)} = 2.305$, GFI = .986; CFI = .894; RMSEA = .079.

DISCUSSÃO

Ter um diagnóstico de HPV causa impacto emocional negativo nas mulheres. Por ser uma infecção sexualmente transmissível e ameaçadora, muitas das pacientes reagem de forma diferente, podendo utilizar a vinculação insegura, tanto através da dimensão ansiosa quanto da dimensão evitante, dependendo das circunstâncias e níveis de estresse que lhes apresentam. A vinculação insegura é utilizada em qualquer dimensão (ansiosa ou evitante), afetando assim o desenvolvimento de doenças crônicas, bem como a adaptação às condições da própria doença. Neste sentido, o estilo de vinculação, seja este considerado em qualquer das duas dimensões, refere-se a estratégias que os indivíduos utilizam para lidar com o sofrimento e eventos ameaçadores (O'CONNOR *et al.* 2014; MIKULINCER, SHAVER, 2018; SIMPSON, RHOLES, 2017; MEREDITH, STRONG, 2018).

Como resultado deste estudo verificou-se que a vinculação insegura mediou a

relação entre o tipo do HPV (baixo risco) e o ajustamento conjugal. De acordo com a literatura, o estilo de vinculação (ansiosa ou evitante) funciona como estratégia regulatória do comportamento, sendo considerada relevante pois tem um papel fundamental nas relações interpessoais e na forma como a pessoa se posiciona frente a situações stressantes bem como na relação conjugal (CIECHANOWSKI *et al.* 2002; PIETROMONACO, BECK, 2018).

De acordo com o estudo longitudinal de Northouse e colaboradores (1998) que testou um modelo que comparou o ajustamento conjugal dos casais, onde um dos cônjuges tinha uma doença crónica (cancro da mama) e casais sem doença verificaram que no caso da doença crónica, os casais relataram pior funcionamento conjugal e mais problemas de adaptação associados à doença. Neste sentido, estes resultados vão de encontro à literatura existente, uma vez que, quando a paciente considera a sua doença como grave, tende a utilizar mais o estilo de vinculação evitante, sendo esta vinculação insegura considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas (NORTHOUSE, *et al.* 1998; MCWILLIAMS, BAILEY, 2010).

Considerando que o HPV é uma infeção muitas vezes recidiva, podendo provocar efeitos sociais, conjugais e psicológicos negativos, a literatura refere que a vinculação insegura associa-se negativamente ao ajustamento conjugal e bem-estar sexual das mulheres. As mulheres portadoras do HPV, com o tratamento experienciam, medo da infeção, desconforto físico, apresentando maior insatisfação sexual e vinculação evitante. O estilo de vinculação é considerado um preditor do estado de saúde do indivíduo, pois uma vinculação segura como estratégia de enfrentamento, pode ser tida como um recurso interno importante para a adaptação emocional frente a doenças crónicas (SCHMIDT *et al.* 2002; JENG, LIN, WANG, 2010; MORTENSEN & LARSEN, 2010; LOVING, SLATCHER, 2013; SHAHHOSSEINI *et al.* 2014; CENDEJAS, SMITH-MCCUNE & KHAN, 2015).

Também se verificou neste estudo que a vinculação insegura mediou a relação entre a idade e o ajustamento conjugal. De facto, de acordo com a literatura existente, as pacientes mais jovens tendem a utilizar a vinculação insegura (ansiosa ou evitante) como forma de adaptação, influenciando negativamente suas relações interpessoais, nomeadamente com os seus companheiros afetando o ajustamento conjugal. Neste contexto, a qualidade do ajustamento conjugal relacionou-se com o estilo de vinculação evitante (SHAVER, SCHACHNER & MIKULINCER, 2005; KERSHAW *et al.* 2007).

Foi ainda verificado que a vinculação insegura mediou parcialmente a relação entre a satisfação sexual e o ajustamento conjugal dado ter-se verificado um efeito direto da satisfação sexual no ajustamento conjugal. Estes resultados também vão de encontro a literatura, já que após o diagnóstico do HPV, quando a vinculação é insegura, as mulheres podem sentir-se menos atraentes, o que se associa a um nível de maior insatisfação sexual, afetando negativamente o ajustamento conjugal. Quando os níveis de vinculação insegura (ansiosa ou evitante) são mais elevados, relacionam-se com níveis mais baixos de satisfação sexual, afetando diretamente o ajustamento

conjugal (MAGGINO *et al.* 2007; BUTZER; CAMPBELL, 2008).

As lesões associadas ao HPV tem um impacto negativo na função sexual e satisfação com o relacionamento conjugal. O estilo de vinculação (ansiosa ou evitante), assim como o estilo de vida do indivíduo preveem a satisfação sexual, havendo portanto uma relação negativa entre a vinculação insegura e a insatisfação conjugal (AERTS *et al.* 2012; MOHAMMADI, SAMAVI, GHAZAVI, 2016).

Mulheres que desenvolvem uma vinculação insegura (ansiosa ou evitante) com o seu companheiro vivenciam o aumento de percepções negativas, como a falta de confiança, evitamento frente ao companheiro, provocando assim adversidades na vida em comum. Apesar da vinculação insegura mediar parcialmente a relação entre a satisfação sexual e o ajustamento conjugal, seria importante em estudos futuros avaliar o papel de outras variáveis nesta relação, como o controlo emocional (HSIEH *et al.* 2014, SENEJANI, DAST, FARHANGI, 2016).

A vinculação segura é relevante na adaptação ao pós-tratamento de uma doença crónica, como o cancro. Através de uma relação estável há o fortalecimento ao enfrentamento da doença, neste caso o HPV, enquanto que um relacionamento instável, com pouco suporte associa-se a insegurança, morbidade psicológica e uma má adaptação à própria doença. Neste contexto, os fatores protetores dos problemas emocionais, são a vinculação segura e a satisfação conjugal. A vinculação é um fator fundamental pois contribui diretamente para o nível de satisfação sexual bem como para o ajustamento conjugal (CAMPBELL, *et al.*, 2005; SKARI, MADGAONKAR, ROWELL, 2012; NICOLAISEN *et al.*, 2014; ÁVILA *et al.* 2016; MARK, VOGAIS, MURRAY, 2017).

Limitações

Algumas limitações precisam ser evidenciadas neste estudo: o *design* ter sido transversal, o estudo ter incluído apenas a percepção da mulher e não do casal e os instrumentos terem sido medidas de autorrelato. Neste sentido, seria relevante que estudos futuros avaliassem ao longo do tempo, usando *design* longitudinal, a contribuição da percepção dos parceiros, na adaptação à doença, neste caso na vida das mulheres com HPV.

CONCLUSÕES

Tendo em conta a adaptação à doença, seria importante intervir nas mulheres portadoras do HPV ao nível da vinculação e insatisfação sexual, com programas de intervenção diferenciados tendo em consideração a idade e o tipo do HPV (baixo/alto risco) no sentido de contribuir para a promoção do ajustamento conjugal, nesta população.

REFERÊNCIAS

- AERTS, L. et al. Sexual, psychological, and relational functioning in women after surgical treatment for vulvar malignancy: a literature review. *The journal of sexual medicine*, v. 9, n. 2, p. 361-371, 2012.
- ACS (2016). American cancer society, cancer facts and figures. Atlanta.
- ASKARI, A.; MADGAONKAR, J. S.; ROWELL, R. K. Current psycho- pathological issues among partners of cancer patients. *Journal of Psychosocial Research*, v. 7, p. 77-85. 2012.
- ÁVILA, M.; et al. Experiencing an Intimate Partner's Breast Cancer: Attachment, Caregiving, and Burden in Men. *Journal Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, v. 79, n. 3, p. 236-248, 2016.
- BUTZER, B.; CAMPBELL, L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, v. 15, n. 1, p. 141-154, 2008.
- CAMPBELL, L.; et al. Perceptions of Conflict and Support in Romantic Relationships: The Role of Attachment Anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 88, n. 3, p. 510-531, 2005.
- CASTRO, B.; et al. Rastreo do câncer do colo do útero: limites etários, periodicidade e exame ideal: revisão da evidência recente e comparação com o indicador de desempenho avaliado em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1113-1122, 2014.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Saving Lives, Protecting People. EUA. Atlanta. 2015.
- CENDEJAS, B. R.; SMITH-MCCUNE, K. K.; KHAN, M.J. Does treatment for cervical and vulvar dysplasia impact women's sexual health? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 212, n. 3, p. 291-297, 2015.
- CIECHANOWSKI, P. S., et al. Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, v. 64, n. 4, p. 660-667, 2002.
- COLLINS, N. L.; FEENEY, B. C. An attachment theoretical perspective on social support dynamics in couples: Normative processes and individual differences. In K. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support Processes in Intimate Relationships* (pp. 89-120). New York: Oxford University Press. 2010.
- FOSTER, L. R.; BYERS, E. S. Predictors of the Sexual Well-being of Individuals Diagnosed with Herpes and Human Papillomavirus. *Archives of Sexual Behavior*, v. 45, n. 2, p. 403-414, 2016.
- FOSTER, R. F.; BYERS, S. E. Stigmatization of individuals with sexually transmitted infections: effects of illness and observer characteristics. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 43, p. E141-E152, 2013.
- HAJIALIZADEH, K.; et al. Psychosocial predictors of barriers to cervical cancer screening among Iranian women: the role of attachment style and social demographic factors. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, v. 54, n. 4, p. 218-222, 2013.
- HSIEH, C. C.; et al. The correlations of sexual activity, sleep problems, emotional distress, attachment styles with quality of life: comparison between gynaecological cancer survivors and noncancer women. *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, n. 7, p. 985-994, 2014.
- JENG, C. J.; LIN, H.; WANG, L. R. The Effect of HPV Infection on a Couple's Relationship: A Qualitative Study in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 49, n. 4, p. 407-412,

2010.

KERSHAW, T. S.; et al. Avoidance, anxiety, and sex: The influence of romantic attachment on HIV-risk among pregnant women. *AIDS and Behavior*, v. 11, n. 2, p. 299-311, 2007.

MAGGINO, T.; et al. Impact of an HPV diagnosis on the quality of life in young women. *Gynecologic Oncology*, v. 107, n. 1, p. 175-179, 2007.

MARK, K. P.; VOWELS, L. M.; MURRAY, S. H. The Impact of Attachment Style on Sexual Satisfaction and Sexual Desire in a Sexually Diverse Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v.22, p.1-9, 2017.

MARTEL, D. C. et al. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International journal of cancer*, v. 141, n. 4, p. 664-670, 2017.

MCWILLIAMS, L.; BAILEY, S. Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, v. 29, n. 4, p. 446-453, 2010.

MEREDITH, J. P.; STRONG, J. Attachment and chronic illness. *Current Opinion in Psychology*, v. 25, p. 132-138, May. 2018.

MERIN, A.; Pachankis, J. E. The psychological impact of genital herpes Stigma. *Journal of Health Psychology*, v. 6, n. 1, p. 80-90, 2011.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, n. 25, p. 6-10, 2018.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press. 2007.

MOHAMMADI, K.; SAMAVI, A.; GHAZAVI, Z. The Relationship Between Attachment Styles and Lifestyle with Marital Satisfaction. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, v.18, n. 4, p. e23839, 2016.

MORTENSE, G. L.; & LARSEN, H. K. The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BMC Public Health*, v. 7, n.10, p. 113.2010.

NICOLAISEN, A.; et al. Attachment-oriented psychological intervention for couples facing breast cancer: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychology*, v. 2, n. 1, p. 19, 2014.

NORTHOUSE, L. L.; et al. Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psychooncology*, v. 7, n. 1, p. 37-48.1998.

O'CONNOR, M.; et al. Irish Screening Research Consortium (CERVIVA). 'I don't care whether it's HPV or ABC, I just want to know if I have cancer.' Factors influencing women's emotional responses to undergoing human papillomavirus testing in routine management in cervical screening: a qualitative study. *Gynaecological oncology*, v. 121, n. 11, p. 1421-9, 2014.

PIETROMONACO, P. R.; UCHINO, B.; DUNKEL-SCHETTER, C. Close Relationship Processes and Health: Implications of Attachment Theory for Health and Disease. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, v. 32, n. 5, p. 499-513, 2013.

ROSEN, N.; et al. The impact of intolerance of uncertainty on anxiety after receiving an informational intervention about HPV: A randomised controlled study. *Psychology & Health*, v. 25, n. 6, p. 651-668, 2010.

SCHMIDT, S. et al. Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 53, p. 763-773, 2002.

SENEJANI, M. J.; DAST, T. T.; FARHANGI, A. H. Examining the relationship between psychological security, emotional maturity, and attachment styles and marital adjustment. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, v. 5, n. 9S, p. 229-239, 2016.

SHAHHOSSEINI, Z.; et al. Review of Affecting Factors on Sexual Satisfaction in Women. *Mater Sociomed*, v. 26, n. 6, p. 378-381, 2014.

SHAVER, R. P.; SCHACHNER, A. D.; MIKULINCER, M. D. Attachment Style, Excessive Reassurance Seeking, Relationship Processes, and Depression. *Society for Personality and Social Psychology*, v. 31, n. 3, p. 343-359, 2005.

SIMPSON, A. J.; RHODES, S. Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, v. 13, p. 19-24, 2017.

SNS (2017). Serviço Nacional de Saúde. Infecção pelo HPV – Portugal. Disponível em: <http://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/04/infecao-pelo-hpv> [consultado em: 18 de setembro de 2018].

TRAA, M. J.; DE VRIES, J.; DODENMANN, G.; DEN OUDSTEN, B. L. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, v. 20, n. 1, p. 85-114, 2015.

VERDONCH-DE LEEUW, I. M. et al. Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *Laryngoscope*, v. 117, n. 2, p. 238-41, 2007.

WALLER, J.; MARLOW, L.; WARDLE, J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sexually Transmitted Infections*, v. 83, n. 2, p. 155-159, 2007.

WEI, M.; RUSSELL, D. W.; MALLINCKRODT, B.; VOGEL, D. L. Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, v.88, n. 2, p. 187-204, 2007.

REDUÇÃO DOS RISCOS E DANOS DO ABORTO PROVOCADO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DIREITO EM CENA

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa – Paraíba

Iria Raquel Borges Wiese

Universidade Federal da Paraíba, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Amanda Trajano Batista

Universidade Federal da Paraíba, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa – Paraíba

Juliana Rodrigues de Albuquerque

Universidade Federal da Paraíba, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

RESUMO: O aborto tem sido tratado atualmente como um grave problema de saúde pública, sendo premente o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à prática do aborto inseguro, visto que esta acarreta em graves riscos à saúde da mulher. Objetivou-se analisar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre suas propostas de enfrentamento ao aborto

provocado, seus danos e riscos. Participaram deste estudo 15 profissionais da área de saúde (5 médicos ginecologistas/obstetras, 7 enfermeiros e 3 psicólogos) e 10 da área jurídica (6 promotores de justiça e 4 juízes de direito), os quais responderam a uma entrevista semi-estruturada. Em relação às suas propostas de enfrentamento ao aborto provocado emergiram as seguintes subcategorias: *campanhas de educação sexual* (38,1%), *programas de adoção* (28,6%), *assistência social e psicológica* (26,2%), bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização do aborto, *aborto seguro/redução de riscos e danos* (7,1%). Embora a maioria dos participantes tenha propostas para o enfrentamento do aborto provocado contrárias à sua legalização, estes reconhecem que sua ilegalidade traz riscos e danos à saúde da mulher, devendo ser, portanto, tratado como uma questão de saúde pública. Relataram, ainda, a omissão do Estado quanto às políticas públicas para garantir os direitos sexuais e reprodutivos e de assistência à saúde da mulher, a qual se vê completamente desamparada diante de uma gravidez não planejada e indesejada, não tendo a quem recorrer.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Provocado, profissionais de Direito, profissionais de Saúde, redução de danos.

ABSTRACT Abortion has been treated as a serious public health problem, and it's urgent the development of strategies to counter the practice of unsafe abortion, because it brings a serious risks to women's health. This article aimed at analyzing the beliefs of health professionals and legal professionals on their proposals for combating induced abortion, their damage and risks. Participated in this study 15 health professionals (5 doctors gynecologists/obstetricians, 7 nurses and 3 psychologists) and 10 of the legal area (6 prosecutors and 4 judges of law), which responded to a semi-structured interview. In relation to their proposals for combating induced abortion emerged the following subcategories: sexual education campaigns (38.1%), adoption programs (28.6%), social and psychological assistance (26.2%), as well as for those who are in favour of decriminalization of abortion, abortion insurance/risk reduction and damages (7.1%). Despite of most of the participants have proposals against the legalization of induces abortion, they recognize that your lawlessness brings risks and damage to women's health and should therefore be treated as a public health issue. Reported the omission of the State in formulation of the public politics to ensure sexual and reproductive rights and health of women, who are see completely helpless in the face of an unplanned and wanted pregnancy.

KEYWORDS: Induced abortion, legal professionals, health professionals, harm reduction

1 | INTRODUÇÃO

O aborto é um problema de enorme complexidade, o qual está vinculado diretamente à ocorrência de gravidezes indesejadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), estas sempre existirão pelos seguintes motivos: a) milhões de mulheres e homens não têm acesso a métodos contraceptivos apropriados, pois não têm informação nem apoio para usá-los corretamente; b) nenhum método é 100% eficaz; c) algumas situações, como a separação, podem fazer com que uma gravidez desejada deixe de sê-la, dentre outros.

Nos países em que as legislações sobre o aborto são mais restritivas, a exemplo do Brasil, são onde acontece o maior número de abortos inseguros, acarretando, inclusive, em maior mortalidade materna (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1997; BENAGIANO; PERA, 2000), a qual é definida como “aquela causada direta ou indiretamente por condições próprias ou durante a gravidez, parto e puerpério” (WHO, 2007). O aborto inseguro é definido como um procedimento utilizado para finalizar uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que carecem de treinamento necessário ou que se leva a cabo em um ambiente onde se carece de um padrão médico mínimo, ou ambos (WHO, 1992).

Em 2003 morreram cerca de 66.500 mil mulheres em todo o mundo devido às complicações pós-aborto. Embora a consequência mais grave do aborto inseguro seja a morte materna, não se pode esquecer que a morbidade é milhares de vezes mais

frequente. Calcula-se que entre 10% e 50% das mulheres que se submetem a um aborto inseguro têm complicações como aborto incompleto, lesão cervical, perfuração uterina, febre, infertilidade, enfermidade inflamatória pélvica, dor pélvica crônica e transtornos psicoafetivos, levando, por fim, à morte (WHO, 2007).

Embora a discussão sobre o aborto gire em torno dos posicionamentos ser “contra” e a “favor”, este artigo se propõe a discuti-lo sob uma ótica que não encerra no ponto de vista jurídico ou deontológico. O aborto tem sido tratado atualmente como um grave problema de saúde pública, sendo premente o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à prática do aborto inseguro, visto que esta acarreta em graves riscos à saúde da mulher (BRASIL, 2009). Dentre essas ações, podem-se destacar as políticas públicas de prevenção, o que envolve informação, orientação sexual e educação, as políticas públicas de redução de danos, com propostas que vão desde a legalização a uma assistência à saúde mais específica a essa mulher que enfrenta uma gravidez não planejada e/ou não desejada, e políticas públicas voltadas para a adoção ou como sugerem alguns programas adotados em diversos países, o “parto anônimo”.

Entende-se que se uma mulher está decidida à prática do aborto, ela irá encontrar meios para efetivá-lo, geralmente submetendo-se a procedimentos inseguros. Diante dessa situação, como o Estado pode intervir para reduzir os riscos e danos causados pelo aborto? São vários os questionamentos que se seguem a esta questão, como se pode observar adiante. Se as mulheres recebessem orientação, assistência no decorrer do processo de decisório por levar ou não a termo a gestação, não poderia se prevenir a reincidência dessa prática? O que seria reduzir riscos e danos quando se trata da prática do aborto? Seria descriminalizá-la e, dessa forma, permitir que essas mulheres tenham uma assistência integral à sua saúde? Seria incentivar que essas mulheres tenham seus filhos e depois os coloquem à adoção? Ou apenas atendê-las quando chegam à urgência dos hospitais e maternidades, devido às complicações do pós-aborto praticado de forma insegura, através de procedimentos de curetagem, por exemplo, como já vem sendo feito pelo Brasil?

Frente ao exposto, o presente artigo tem objetivo analisar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre suas propostas de enfrentamento ao aborto provocado, seus danos e riscos. Conforme comentado, é necessário sair dos extremos “contra” e a “favor” do aborto e enxergar que essa temática é de uma complexidade que não pode ser resumida por essas palavras, ao mesmo em que as crenças dos referidos profissionais podem lançar luzes sobre outros aspectos da assistência à saúde da mulher.

2 | MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 25 profissionais, dos quais 15 foram da área da saúde (5 médicos ginecologistas/obstetras, 7 enfermeiros e 3 psicólogos), e 10 da área jurídica (6 promotores de justiça e 4 juízes de direito). Recorreu-se a uma maternidade de referência ao atendimento de mulheres em situação de aborto, localizada no município de João Pessoa, a fim de contatar os referidos profissionais de saúde, e às faculdades de direito, às varas criminais e varas mistas, a fim de contatar os referidos profissionais de direito.

Para a delimitação do número de entrevistados, foi utilizado o critério de saturação, segundo o qual as entrevistas são encerradas quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir, visto que entrevistar uma maior quantidade de outros participantes pouco acrescentaria de significativo (SÁ, 1998).

A maioria dos participantes é do sexo feminino (N=15), com idades variando entre 24 e 60 anos (M=39,77; DP=10,86), sendo 30 – 49 anos a faixa etária de maior frequência. Quanto ao tempo de atuação na área de profissão, a maioria respondeu o período de 0 – 10 anos. Os entrevistados são, em sua maior parte, solteiros ou casados, possuem algum filho e se declararam brancos. Em relação ao item religião e religiosidade, estes disseram ser, majoritariamente, católicos e religiosos, respectivamente.

Instrumentos

Utilizou-se como um dos instrumentos de coleta de dados um questionário sócio-demográfico, a fim de identificar o perfil dos participantes. Em seguida, foi realizada uma entrevista do tipo semi-estruturada com os participantes da pesquisa, cuja questão norteadora foi: Quais são as suas propostas para o enfrentamento do aborto provocado, bem como seus danos e riscos?

Análise de dados

Os dados do questionário foram analisados através de estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão). As entrevistas, por sua vez, foram analisadas com base em categorias determinadas a partir dos sentidos suscitados e processados em duas etapas. Na primeira delas, cada entrevista foi analisada individualmente, fazendo-se junção dos significados comuns dentro de cada discurso. Na segunda etapa, a junção se deu a partir dos significados comuns a todas as entrevistas, agrupadas e estudadas em categorias conforme a equivalência dos sentidos (FIGUEIREDO, 1993).

Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Mediante aprovação, iniciou-se a fase de coleta de dados, na qual os participantes foram contatados e informados, previamente, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Após a aceitação dos participantes em colaborar com a pesquisa, assegurando-lhes a confiabilidade dos dados e o anonimato, foram agendadas, individualmente, as suas participações. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Vale ressaltar que esta pesquisa não acarretou em nenhum risco ou prejuízo à amostra em questão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise das respostas dos participantes em relação às suas propostas de enfrentamento ao aborto provocado, emergiu a categoria *Educação e políticas públicas*. Nesta, foram observadas as seguintes subcategorias: *campanhas de educação sexual, programas de adoção, assistência social e psicológica*, bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização do aborto, *aborto seguro/redução de riscos e danos*.

A subcategoria intitulada *campanhas de educação sexual* obteve a maior frequência de respostas, 38,1%. Nela, os participantes de ambas as classes profissionais enfatizaram a importância de conscientização da população, sobretudo dos jovens e adolescentes, através de ações educativas e preventivas por parte tanto da escola quanto da família. Além disso, foi ressaltada a omissão do Estado quanto à temática em questão.

“(…) eu acho que o aborto ele tem que ser tratado como questão de saúde pública nas escolas (…) Então eu acho que é preciso que o governo abra bem essa questão para a realidade de que esta sendo feito aí milhares de aborto ao dia. E assim, eu não digo legalizar. (Juíza 1)

“Se a falta de informação leva à maternidade irresponsável e à paternidade também, porque aí tem dois lados, poderia ter política pública para isso aqui. Não é permitir o aborto, mas evitar que engravidasse, laqueaduras tanto pra homem quanto pra mulher (…) Uma das piores consequências é a gente esconder o problema, há esse problema, então ele deve ser enfrentado.” (Promotor 4)

“Fazer campanhas nos meios de comunicação em massa, palestras nas escolas, incentivar não a prática (…) deveriam fazer isso que é um grande problema e uma causa muito importante de morte materna.” (Médica 3)

Esses discursos remetem para os direitos sexuais e reprodutivos, cuja natureza abrange direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, à liberdade e à segurança, à informação e educação, dentre outros, além do direito à informação

e confidencialidade das informações prestadas pelos profissionais, tendo como fonte as leis internacionais e nacionais, bem como outras normas regulamentadoras que formulam políticas públicas de saúde, educação, etc. (VENTURA, 2009).

Entretanto, tais serviços têm apresentado falhas (PENAFORTE et al., 2010), fazendo com que a informação e o acesso aos métodos sejam insuficientes para a segurança de uma gravidez não planejada, bem como para mudança de atitude das mulheres frente à prevenção. Além disso, a escola, tida como uma das principais responsáveis pela educação sexual dos adolescentes, não tem assumido efetivamente essa tarefa (FAGANELLO MADUREIRA; WEBER, 2011).

Mesmo que os direitos sexuais e reprodutivos fossem garantidos amplamente às pessoas, homens e mulheres, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) pondera que embora todos aqueles que usam métodos contraceptivos o fizessem corretamente o tempo todo, existiriam cerca de 6 milhões de gravidezes acidentais por ano. Nesse sentido, mesmo com altos índices de uso de métodos anticoncepcionais, as gravidezes indesejadas aconteceriam, e muitas mulheres, provavelmente, buscariam finalizá-las recorrendo ao aborto.

As políticas de educação sexual de forma geral, que visam garantir os direitos sexuais e reprodutivos através do planejamento familiar, dentre outros, são preventivas. Mas, diante os dados da OMS, o que poderia ser feito frente às falhas contraceptivas, seja pela própria ineficácia do método utilizado, pela atitude pessoal não preventiva ou pelo déficit nos programas de planejamento familiar? Nesse sentido, os participantes apresentaram três alternativas para as situações de gravidez consumada indesejada: assistência social e psicológica, a adoção e o aborto seguro/redução de riscos e danos.

No tocante à assistência social e psicológica, a qual abarcou 26,2% dos discursos, os profissionais destacaram ser importante o auxílio tanto material quanto psicológico para que essas mulheres levem suas gestações adiante, através de programas que as acolham.

“(...) então seria mesmo o Estado chegar nessa mulher, e ver, de repente, ela tá grávida, mas de repente ela sabendo que vai ser amparada, ela nem busca o aborto (...) eu acho que falta, assim, um acompanhamento social dessas mulheres hoje (...) a mulher ainda tá muito indecisa (...) e fica envergonhada e não quer buscar ajuda.” (Promotora 6)

Alguns profissionais de saúde ressaltaram a importância de um apoio no sentido de dissuadir às mulheres a decidir pelo aborto. Para eles, esse seria o papel dos profissionais frente a uma gravidez indesejada. Caso não conseguissem convencer a gestante nesse sentido, que esta procurasse por si só a melhor forma de resolver esse impasse.

“Os hospitais não podem abrir assim também a prática do aborto seguro. O nosso papel é incentivar para que ela tenha o filho, e não abortar. (...) Tem os casos aqui que ela já provocou em casa e chega na situação do aborto mesmo, aí o nosso

papel é acolher, é dar assistência (...) Aí se ela pratica clandestinamente, aí vai ser um problema dela.” (Psicóloga 1)

Observam-se claramente como as crenças contrárias à descriminalização do aborto influenciam na atuação desses profissionais quanto a essa problemática. Entretanto, o referido posicionamento fere os princípios da beneficência e não maleficência, os quais, segundo Briozzo et al. (2009, p. 18), preveem que “quem deve decidir o que corresponde ao melhor para o/a paciente, é justamente o/a paciente (...) de acordo com o que ele ou ela, segundo suas preferências e valores, considere benefício”. Embora a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento não faça referência a uma assistência prévia à tomada de decisão pela interrupção da gravidez (BRASIL, 2005, p. 16), ela ressalta, comentando o princípio bioético da justiça, que “o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher”.

Outra estratégia de enfrentamento ao aborto provocado, pensada pelos profissionais de ambas as classes profissionais, foi programas de adoção, abarcando 28,6% das respostas dos participantes. Todas são alternativas ao aborto, no sentido de coibir sua prática, a partir também da assistência, seja psicológica ou financeira, voltada para a permanência da gestação:

“(...) Eu acho que o Estado deve fazer toda a parte do pré-atendimento, durante a gravidez todo o apoio, inclusive com assistência médica, assistência financeira à mulher, até parto e aí o Estado ficar com a criança e colocar em adoção.” (Promotor 4)

“Existem centros pra doações. Depois que nasce ela doasse (...) Isso não acontece. Que eu presenciei não. Mas acho que deveria ser dessa forma.” (Enfermeiro 6)

Por fim, alguns profissionais de saúde se mostraram favoráveis à descriminalização do aborto, sendo seus discursos reunidos na subcategoria aborto seguro/redução de riscos e danos (7,1%).

“(...) É uma maneira de ela entrar em contato com essas profissionais, se ela tiver essa condição de se dirigir a um hospital e saber que vai ser acolhida. Porque se ela não for vítima, ela não tem nem coragem de chegar ao hospital e pedir pra fazer o aborto (...) eu acho que o acolhimento é a coisa mais importante.” (Médica 4)

“Essa mulher que tá em dúvida, que ela pudesse ter uma assistência maior, pra se buscar esses recursos na rede, buscar outras alternativas (...) e se realmente ela tomar essa decisão, que pudesse ser de uma forma mais segura.” (Psicóloga 3)

Tais propostas assemelham-se ao projeto Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco (ISCAPCR), descrito por Briozzo et al. (2009), cujo objetivo era passar de aborto clandestino a um cenário com proteção institucional, de uma situação humilhante a uma situação de respeito à mulher, prevenindo, além do abuso e exploração próprios de situações ilícitas, as frequentes complicações

decorrentes do aborto inseguro, incluindo a mortalidade materna.

Todavia, observou-se que os discursos dos participantes deste estudo, especificamente nos da área de saúde contrários à sua legalização, estavam imbuídos de práticas e julgamentos indicadores de uma violência institucional e/ou social.

“Eu julgo mesmo. É uma assassina. Eu digo mesmo assim, brincando, né? porque eu não posso falar sério: ‘não revirou os zoinhos e não se precaveu, né?’ A outra lá diz assim: ‘ajuda ela, a dor dela’. Eu digo desse jeito: ‘aqui é o hospital amigo da criança.’ Eu digo mesmo, isso é uma irresponsável.” (Enfermeira 1)

“(...) do mesmo jeito que estou dizendo a você, que eles não usam o dispositivo legal, eu digo a você que a sociedade utiliza outros dispositivos. Talvez na família a fofoca, o desdém, nas instituições públicas de saúde alguns dispositivos eticamente incorretos” (Médico 2)

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto (BRASIL, 2005, P.18), preconiza que “ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações”. Entretanto, tratar do aborto significa penetrar num campo polêmico que movimentava os sentimentos mais íntimos, crenças, valores e vivências, e embora se tenha normatizações para a atitude profissional frente a esse tema, sabe-se que esta prática não é fácil (BALBINOT, 2002), visto que muitos cursos de graduação não preparam os profissionais para lidar com os sentimentos, com a questão social, ou seja, com elementos que vão além da prática biomédica (BRASIL, 2005).

4 | CONCLUSÕES

Não obstante a maioria dos participantes tenham propostas para o enfrentamento do aborto provocado contrárias à sua legalização, estes reconhecem que sua ilegalidade traz riscos e danos à saúde da mulher, devendo ser, portanto, tratado como uma questão de saúde pública.

Ademais, relataram a omissão do Estado quanto às políticas públicas para garantir os direitos sexuais e reprodutivos e de assistência à saúde da mulher, a qual se vê completamente desamparada diante de uma gravidez não planejada e indesejada, não tendo a quem recorrer.

Desse modo, se faz necessário reduzir os riscos e danos que essa prática acarreta, os quais foram apontados pelos entrevistados. As sugestões para reduzir tais implicações foram a educação e a elaboração de políticas públicas, tais como as campanhas de educação sexual, os programas de adoção, a assistência social e psicológica, bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização, a possibilidade de um aborto seguro.

No entanto, foram observados, especialmente entre os profissionais de saúde, discursos que remetem à violência institucional. Isso ressalta que nem sempre os profissionais estão preparados para assistir as mulheres que abortam de forma insegura, o que nos faz indagar se a qualidade do serviço prestado não é prejudicada por suas crenças. A violência institucional é marcada pelo abuso de poder do profissional e pela omissão de informações, dificultando a tomada de decisões conscientes por parte das mulheres (ROSAS, 2005).

Por fim, vale ressaltar que as legislações mais liberais, que se acompanham de políticas educativas em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, tendem a diminuir o número de abortos provocados (BENGIANO; PERA, 2000). Dessa forma, observa-se que os abortos inseguros ocorrem em países onde as leis são restritivas ao procedimento (BRASIL, 2005).

REFERÊNCIAS

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Issues in brief: the role of contraception in reduction abortion*. Nova York: AGI, 1997.

BALBINOT, Rachele Amália Agostini. **Discutir o aborto: um desafio ético**. 160 f. *Dissertação* (Pós graduação em Direito) Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

BENGIANO, Giuseppe e PERA, Alessandra. **Decreasing the need for abortion: challenges and constraints**. *Int J Gynaecol Obstet*, 70 (1), 2000, p. 35-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento**. Ministério da Saúde: Brasília – DF, 2005.

BRIOZZO, Leonel, LABANDERA, Ana, GORGOROSO, Mônica e PONS, José Enrique. **Iniciativas Sanitárias: Uma nova estratégia na abordagem do aborto de risco**. In: BRIOZZO, Leonel e Bedone, Aloísio José *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, 2009, p. 11-54.

FAGANELLO MADUREIRA, Valéria Silvana e WEBER, Ana Isabel. **Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção**. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 2011, p. 333-339.

FIGUEIREDO, Marco Antonio Castro. **Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial**. *Medicina*. Ribeirão Preto, 26(3), abr/jun, 1993 p.393-407.

PENAFORTE, Marta Cristina Lourdes Faria et al. **Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ**. *Cogitare Enfermagem*, vol. 15, mar, 2010, p 124-130. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17183/11318>. Acessado em: 27 de abril de 2016.

ROSAS, Cristiano Fernando. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas**. Belo Horizonte: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, v. 27, 2005, p. 18-20.

SÁ, Celso Pereira. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de

Janeiro, RJ: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília-DF: Edição do Autor, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems**. Genebra: WHO, 2003. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>. Acessado em: 27 de abril de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group**. Genebra: WHO/MSM/92.5., 1992. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf Acessado em: 27 de abril de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2005**. 5ª ed. Genebra: WHO, 2007. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf. Acessado em: 27 de abril de 2016.

PRINCIPAIS ASPECTOS DA TROMBOSE VENOSA ASSOCIADA AO USO DE CONTRACEPTIVO ORAL: UMA REVISÃO NA LITERATURA

Thamara Rodrigues de Melo

Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, Centro Universitário UNIFACISA, Campina Grande-PB

Clarice Silva Sales

Faculdade Mauricio de Nassau, Centro Universitário UNINASSAU, Campina Grande-PB

Jennyfer Lara de Medeiros Ferreira

Faculdade Mauricio de Nassau, Centro Universitário UNINASSAU, Campina Grande-PB

RESUMO: Os métodos contraceptivos vêm sendo cada vez mais usados entre as mulheres, destacando-se o uso do anticoncepcional oral, que se apresenta em várias formas. Visando o bem estar das mulheres e a saúde das mesmas, houve grandes alterações nas concentrações dos hormônios que compõem esse medicamento. Nos últimos anos vêm sendo realizado algumas pesquisas sobre as complicações e os efeitos adversos causados pelo uso dos anticoncepcionais orais combinados (AOCs), pois apesar de raras, as complicações cardiovasculares são temidas entre as usuárias dessas pílulas destacando-se um quadro de trombose venosa profunda, especificamente o tromboembolismo venoso. O presente estudo tem como objetivo apresentar o uso dos anticoncepcionais como fator predisponente à formação de trombos. A

pesquisa realizada nesse trabalho é de nível descritivo, por abordagem indireta sendo de origem bibliográfica. A trombose é a parte patológica da hemostasia normal, que envolve a formação de um trombo dentro de vasos intactos. A homeostasia normal é um processo bastante regulado que mantém o sangue em estado líquido nos vasos normais e que também pode acarretar a formação de um tampão hemostático em caso de uma lesão vascular. As usuárias de anticoncepcionais orais apresentam até quatro vezes mais chances de apresentarem trombose venosa profunda quando comparadas à população em geral. Esta doença possui como complicação o tromboembolismo pulmonar, que é uma afecção grave com alto índice de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Contraceptivos; Malefícios; Trombose.

ABSTRACT: Contraceptive methods have been increasingly used among women, especially the use of oral contraceptives, which comes in many forms. Aiming at the well being of women and their health, there have been major changes in the concentrations of the hormones that make up this drug. In recent years, some research has been carried out on the complications and adverse effects caused by the use of combined oral contraceptives (COCs), because although rare, cardiovascular complications are feared

among users of these pills, highlighting a deep vein thrombosis , specifically venous thromboembolism. The present study aims to present the use of contraceptives as a predisposing factor to the formation of thrombi. The research carried out in this work is of descriptive level, by indirect approach being of bibliographic origin. Thrombosis is the pathological part of normal hemostasis, which involves the formation of a thrombus within intact vessels. Normal homeostasis is a fairly regulated process that keeps blood in the liquid state in normal vessels and can also lead to the formation of a hemostatic tampon in case of vascular injury. Oral contraceptive users are up to four times more likely to have deep venous thrombosis when compared to the general population. Pulmonary thromboembolism is a complication of this disease, which is a serious condition with a high mortality rate.

KEYWORDS: Contraceptives; Malefictions; Thrombosis.

1 | INTRODUÇÃO

Os anticoncepcionais são esteroides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção. É um método usado em larga escala pela população feminina há várias décadas (MATTOS *et. al.*, 2012). Além da contracepção esses fármacos possuem outros benefícios como redução no risco de cistos ovarianos, melhora dos sintomas pré – menstruais, dismenorreia e da endometriose e também diminuição do fluxo no ciclo menstrual (SOUZA, 2015).

Nos Estados Unidos aproximadamente, 12 milhões de mulheres dos e mais de 100 milhões de mulheres em todo o mundo usam contraceptivos. Já em Portugal, a percentagem de mulheres que utiliza este método é de 32%, colocando-se acima de países como a França, a Espanha e a Itália; sendo a Áustria o país onde mais mulheres utilizam a pílula anticoncepcional (SHEEHY, 2010).

No Brasil estima-se que aproximadamente 27% das mulheres em idade fértil utilizem os anticoncepcionais orais combinados (AOCs). Desde sua introdução no mercado, em 1960, esse grupo de fármacos vem causando impacto no mundo. Diversas publicações falam sobre a rápida evolução desse método contraceptivo, particularmente abordando a redução da dose do componente estrogênico e a síntese de novos progestagênios. Apesar de raras, as complicações cardiovasculares são temidas entre as usuárias dessas pílulas. Destacam-se, o tromboembolismo venoso (FINOTTI; MACHADO, 2015).

Tromboembolismo Venoso (TEV) é a terceira causa de mortalidade cardiovascular no mundo (HEIT 2008 apud FERNANDES *et. al.*, 2016). A Trombose Venosa Profunda (TVP) é a manifestação prevalente do TEV podendo evoluir para um quadro mais grave, Tromboembolismo pulmonar (TEP) (FERNANDES *et al.*, 2016).

Kahn (2002) apud Okuhara *et al.*, (2015) afirma que nos Estados Unidos foram estimados 900.000 casos de tromboembolismo por ano e um terço deste número

evoluiu para óbito. Cerca de 25 a 50% desses pacientes desenvolverão a síndrome pós-trombótica e 4% hipertensão pulmonar.

O uso dos anticoncepcionais tem se tornado cada vez mais frequente entre mulheres, sem restrição de idade, tornando-se um fator de risco para o desenvolvimento de diversas complicações. Em decorrência disso, para ressaltar a formação de trombos como possível consequência a utilização de anticoncepcionais orais, enfatizando a possibilidade de ocorrências de quadros clínicos severos.

O presente estudo tem como objetivo explicar o processo da trombose sanguínea e suas complicações, apresentar os principais métodos de diagnóstico para a trombose, bem como abordar o uso dos anticoncepcionais orais como fator predisponente a formação de trombos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, caráter qualitativo e descritivo, realizado através das bases de PUBMED (*US National Library of Medicine*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP e SciELO (*Scientific Eletronic Library*), usando palavras chaves como contraceptivos, trombose e malefícios com o intuito de realizar uma análise crítica sobre a relação de Trombose Venosa Profunda com o uso de Anticoncepcionais Oraais. Foram usados 21 artigos e 3 teses, no idioma português e inglês nos anos de 2009 a 2016 disponíveis na íntegra. Para que os artigos fossem incluídos para sua elaboração, os critérios utilizados foram de que os mesmos deveriam abordar assuntos que tratassem a formação de trombose e seus fatores de risco, destacando o uso de anticoncepcionais orais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Sistema da coagulação

O Sistema de Coagulação humano é constituído de proteínas pró-coagulantes e anticoagulantes com objetivo de manter a homeostasia. Seus componentes devem atuar de forma que possa evitar uma perda excessiva de sangue e formação de trombos intracelulares, garantindo o equilíbrio funcional do fluxo sanguíneo (FRANCO, 2001 apud SENA, 2010).

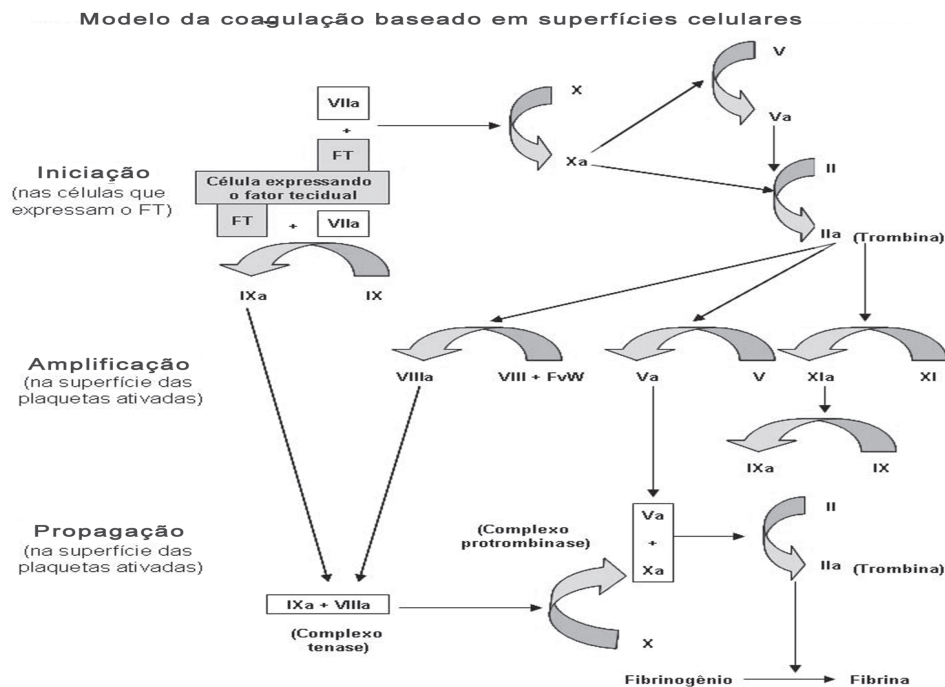
O processo homeostático considera a inter-relação dos processos físicos, celulares e bioquímicos que atuam em uma série de estágios ou fases. Fases estas: Iniciação, amplificação, propagação e finalização ilustram o intrigante processo que garante a circulação do sangue na forma restrita ao leito vascular (FERREIRA, *et al.*, 2010).

Na fase da iniciação do processo da coagulação ocorre quando o fator tecidual (FT) é exposto pelos componentes do sangue no local da lesão. Uma vez evidenciado vai ativar (F VII), respectivamente o complexo FVIIa formando o complexo FVIIa/FT, ativando uma pequena quantidade de FIX e FX. O F Xa associado ao seu cofator Va, formando o complexo protrombinase, esse complexo vai transformar em protrombina (fator II) em trombina, assim são fundamentais para fase de ampliação (Figura1) (HOFFMAN, et.al. 2003, apud FERREIRA, *et al.*, 2010).

Na fase da amplificação ocorre quando um vaso é lesado, plaquetas escapam de dentro dos vasos, se ligam ao colágeno e a outros componentes da matriz extracelular no sítio da lesão, onde são parcialmente ativadas, resultando em um tampão plaquetário responsável pela hemostasia primária. (BOUCHER; TRAUD, 2009). Neste ponto, pequenas quantidades de trombina produzidas pelas células que expressam o FT podem interagir com as plaquetas e o complexo FVIII/FVW. Dessa forma, inicia-se o processo hemostático culminando na formação de fibrina estável, que consolida o tampão plaquetário inicial. Este processo resulta na hemostasia secundária (MONROE; HOFFMAN, 2009 apud FERREIRA, *et al.*, 2010).

A fase de propagação é caracterizada pelo recrutamento de um grande número de plaquetas para o sítio da lesão e pela produção dos complexos tenase e protrombinase na superfície das plaquetas ativada. Na fase de finalização é apresentada quando uma vez formado o coágulo de fibrina sobre a área lesada, o processo de coagulação deve se limitar ao sítio da lesão para se evitar a oclusão trombótica do vaso. Para controlar a disseminação da ativação da coagulação, intervêm quatro anticoagulantes naturais, o inibidor da via do fator tecidual (TFPI), a proteína C (PC), a proteína S (PS), e a antitrombina (AT) (FERREIRA *et al.*, 2010).

A coagulação sanguínea, em condições normais acontece sempre que um vaso se rompe e ocorre o sangramento, formando assim um coágulo dentro de alguns minutos no local da ruptura, fazendo cessar esse sangramento. É uma expressão que significa prevenção da perda de sangue. Sempre que ocorre o rompimento de um vaso, ocorre hemostasia pela atuação de várias sequências que irão conter esse sangramento. Quando as plaquetas entram em contato. Com o colágeno da parede vascular imediatamente começam a inchar de modo a ficarem coladas as fibras de colágenos e as outras plaquetas vizinhas, fazendo com que elas fixem as plaquetas que foram ativadas inicialmente. Se as rupturas forem diminutas o tampão de plaquetas será o suficiente para estancar o sangramento caso contrário teria que haver a formação do coágulo (KARPINSKI, 2010).



FONTE: Figura 1. Representação do modelo da coagulação baseado em superfícies celulares compreendendo as fases de iniciação, amplificação e propagação. Fator tecidual (FT), ativado (a). Traduzido e adaptado de Vine, 2009 citado por Ferreira, *et. al.*, 2010.

3.2 Trombose X Tromboembolismo

A formação patológica de trombo recebe a designação de trombose. A homeostasia normal é um processo bastante regulado que mantém o sangue em estado líquido nos vasos normais e que também pode acarretar a formação de um tampão hemostático onde pode incidir em uma lesão vascular (PANDOVAN, FREITAS, 2014).

A trombose pode ocorrer tanto em artérias quanto em veias sendo denominadas como trombose arterial ou venosa. O processo da trombose arterial ocorre devido à falta de oxigênio nas células, causando necrose (morte tecidual). A gravidade vai depender do local afetado e da extensão da trombose. As placas ateroscleróticas são uma das causas mais comuns da trombose nas artérias (GASPAR, 2012).

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é quase sempre oclusiva; o trombo cria uma placa ao lume do vaso, sendo mais comum em veias profundas, principalmente em membros inferiores (80 a 95% dos casos), embora também possa vir a acontecer em veias superficiais; A TVP está associada aos estados de hipercoagulabilidade, uma de suas consequências é o tromboembolismo venoso (TEV). O trombo pode se deslocar-se através do sangue particularmente para as artérias pulmonares - embolia pulmonar (EP). A expressão tromboembolismo venoso (TEV) inclui tanto a TVP como o EP (FERREIRA *et al.*, 2015).

Clinicamente apresenta trombofilia quando um doente apresenta episódios repetidos de trombose venosa profunda, com ou sem embolia pulmonar associada, ou um quadro de doença tromboembólica em idade jovem ou ainda uma história familiar de tromboembolismo (FARMACIA PORTUGUESA, 2010).

3.3 Diagnóstico da trombose

O diagnóstico da trombose é realizado por meio da associação dos sinais clínicos e por exames que consigam observar a velocidade e o fluxo sanguíneo. Nos aspectos clínicos serão observados o aumento da temperatura do local afetado, a coloração, a dor espontânea e a palpação muscular e o aumento do calibre venoso. A investigação laboratorial começa com a solicitação do hemograma que abrange a contagem de plaquetas (LIMA, 2012).

Também realiza-se rotineiramente o coagulograma, exame de triagem que compreende: tempo de coagulação (TC), tempo de sangramento (TS), tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial (TTPA) e avaliação plaquetária (SILVA, et. al., 2009, citado por WERNECK, 2011). Os testes para a avaliação da atividade da proteína C e S podem mostrar valores falsamente positivos e se a mutação para o fator V Leiden estiver presente. Pelo que é importante excluir esta mutação perante valores alterados destas proteínas. O teste de resistência à proteína C ativada (valor de referência 2-5) é um teste funcional do rastreio que serve para excluir a mutação para o fator V Leiden (LIMA, 2012).

A avaliação da deficiência de Antitrombina (AT), Proteína C (PC), Proteína S (PS) é estabelecida mediante determinação das concentrações plasmáticas de cada proteína. A resistência à proteína C ativada pode ser diagnosticada pelo método de TTPA modificado ou pela identificação do Fator de Leiden (FVL) por meio de técnicas de análise genéticas. A mutação G20210A somente pode ser detectada por meio de análise genética. A hiper-homocisteinemia é diagnosticada por meio dos níveis plasmáticos da homocisteína usualmente empregada a técnica de espectrofotometria de massa ou por Cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC) (JODI, 2007 apud SILVA et. al., 2010).

O diagnóstico molecular das mutações genéticas sucede por meio de técnicas de biologia molecular. Como por exemplo, a técnica comumente utilizada para identificar a mutação do gene da protrombina G20210A é a reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) e consiste na identificação dos alelos G e A, podendo o indivíduo ser homocigoto para um dos alelos ou heterocigoto, possuindo um alelo de cada. O alelo G é não mutante, enquanto o alelo A corresponde ao alelo mutante, em que ocorre a troca de uma guanina por uma adenina no nucleotídeo 20210 no gene da protrombina. Essa mutação, portanto, apresenta médio risco para trombose em indivíduos heterocigotos e homocigotos para alelo A; não apresenta risco em indivíduos homocigotos para o alelo G (POORT, et. al., 1996, apud HERKENHOFF, et al., 2012).

A ultrassonografia é um método utilizado para identificar alterações no fluxo sanguíneo, não possui caráter invasivo e apresenta boa sensibilidade e especificidade, além de ser recomendada para observação do seguimento fêmoro-poplíteo ou ilíaco-femoral, pois fornece resultados confiáveis. Quando a ultrassonografia é associada ao Doppler, o exame gera resultados bastante fidedignos sobre possíveis alterações vasculares em âmbito pulmonar. O exame chamado de flebografia é considerado padrão

ouro no sentido de diagnóstico de trombose, é um procedimento invasivo, mas que consegue abranger todo o sistema venoso, por meio de aplicação de contraste iodado na veia. Caso ocorra o não preenchimento de alguma região vascular, identificasse a presença de trombo no resultado do exame (MAFFEI *et al.*, 2005, apud MESQUITA, 2014).

3.4 Fatores de risco

Os fatores de risco associado à trombose pode ser divididos em adquiridos (idade, histórico familiar de trombose, imobilização, cirurgia ortopédica, doença maligna, terapia hormonal para tratamento de menopausa, doenças mieloproliferativas, policitemia vera, uso de contraceptivos orais), hereditários (deficiência de anti-trombina, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, mutação no fator V de Leiden, mutação de gene 20210A da protrombina, disfibrogenemia) Mistos e desconhecidos (hiper-homocisteinemia, fator VIII elevado, resistência à proteína C ativada na ausência da mutação do fator V de Leiden, fator IX elevado, fator XI elevado) (LOBO, ROMÃO, 2011).

Diversos autores afirmam a existência de uma mutação no fator de coagulação V ou mutação no fator V de Leiden R506Q onde acontece a substituição da Adenina por guanina a nível de DNA. Onde a regulação do mesmo é através do anticoagulante natural a proteína c reativa (PCR).

Mulheres que usam os contraceptivos orais e tem essa mutação no fator V de Leiden, tem grande possibilidade de ter tromboembolismo venoso. A resistência a proteína C ativada (APC) um risco pra trombose venosa, independente da presença ou ausência do fator V (SHAPIRO 2008; FARMÁCIA PORTUGUESA, 2010 citado por COSTA, 2011).

Ocorre alteração do gene da protrombina, devido à substituição da guanina pela adenina na posição 20210 (mutação G20210A) essa mutação resulta no aumento da protrombina no plasma que ocorre mais nos homozigóticos, elevando o seu potencial de formar a protrombina (FARMÁCIA PORTUGUESA, 2010).

O uso de anticoncepcionais orais resulta em um aumento aproximadamente mais de três vezes o risco de trombose venosa profunda e tromboembolismo. Esse risco se torna ainda maior em portadoras de mutações de protombina e no Fator de Leiden, isso quando são comparadas com as que não usam e com as que têm genótipos (PICCINATO, 2008 apud PANDOVAN; FREITAS, 2014).

3.5 Anticoncepcionais X Trombose

Os contraceptivos hormonais são o método reversível mais utilizado pela população feminina brasileira ($\pm 25\%$) para planejamento familiar (PNDS, 2008) e consiste da associação entre um estrogênio (em geral, etinilestradiol) e um progestagênio; ou em apresentações de progestagênio isolado sem o componente estrogênico. Estão disponíveis em diversas formulações e vias de administração (oral, intramuscular, implantes subdérmicos, transdérmica, vaginal e associado a sistema

intrauterino). Agem com a finalidade de bloquear a ovulação, ao inibir a secreção dos hormônios folículo estimulante e luteinizante; espessam o muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides; tornam o endométrio não receptivo à implantação e; alteram a secreção e peristalse das trompas de falópio (GENEVA, 2008 apud BRITO *et al.*, 2011).

As pílulas anticoncepcionais além de serem subdivididas quanto sua origem, foram divididas em gerações. As de primeira geração comercializada desde 1960, onde são derivadas de testosterona e da progesterona, são chamadas de estranos. As de segunda geração derivadas de 19-Nortestorenona (gonanas) são representadas pelo norgestrel e levonorgestrel. As gonanas possuem maior atividade de que as estranos. O levornogestrel é a forma ativa do norgestrel. A partir do levornogestrel originam-se as chamadas de terceira geração que foram criadas com objetivo de produzir a pílula ideal, que tivesse os benefícios da progesterona natural sem efeitos androgênicos indesejáveis das pílulas mais antigas, como acne, retenção hídrica e a queda do HDL (ELGER, 2003 apud FREITAS, 2014). Ainda são encontradas as quarta geração de progestinas que são exemplificadas pela dienogest nestorone, acetato de monogestrel, trimegestone e drospirenoma (sITRUK, 2008 *et al.*, PANDOVAN; FREITAS, 2014).

Vários estudos vêm comprovando uma associação clara entre o uso de Anticoncepcionais Orais Combinados (AOCs) o aumento de trombose venosa e arterial (KHADER *et al.*, 2003 citado por BRITO, NOBRE 2011). Apesar da trombose venosa e arterial possuírem alguns riscos em comum para a sua ocorrência, sabe-se que a estase sanguínea e a hipercoagulabilidade representam os fatores etiopatogênicos para o desenvolvimento do tromboembolismo venoso (TEV), enquanto a lesão do endotélio representa a principal determinante da trombose arterial (TA). Vale ressaltar que a TA é menos frequente do que trombose venosa ou até mesmo o TVE (1 caso de TA para 5-10 casos de TVP) (GIROLAMI, *et al.*, 2007 apud BRITO, NOBRE 2011). Dentre os efeitos adversos da utilização do anticoncepcional, está relacionado a coagulação sanguínea, onde têm sido alvo de pesquisas sobre a segurança desses medicamentos. O etinilestradiol induz alterações no organismo, aumentando a geração de trombina e fatores de coagulação, diminuindo os anticoagulantes naturais do corpo. Essas alterações poderiam aumentar o estado de hipercoagulação e consequentemente risco de trombose. O tipo de anticoncepcional associado ao etinilestradiol é capaz de modificar a hemostasia demonstrando ter uma predisposição maior de desenvolver TVP e tromboembolismo. Obesidade, síndromes metabólicas, tabagismo, idade superior a 40 anos e genética são fatores de risco para a trombose. Pacientes com algum fator de risco são mais indicados ao uso de progestogênios isolados ou métodos não hormonais (BRITO, *et al.*, 2011).

Pesquisas foram feitas com a comparação de estrogênios correlacionando diminuição de risco de doses menores. Verificou-se que as mulheres que utilizavam os AOC com $> 50 \mu\text{g}$ de etinilestradiol tinham um aumento do risco de 10 vezes, quando comparadas com as não utilizavam; Ao passo que as mulheres que utilizavam dos

AOC <50 µg tinham risco aumentado de apenas 4 vezes (LOBO; ROMÃO, 2011).

Consistentemente tem sido reportado um aumento no risco de TEV associadas ao uso de ACOs com doses superiores de estrogênios. Além disso, á se conhecem os efeitos pró- trombóticos dos estrogênios e o seu risco de TEV, por aumentarem a protrombina e diminuir a anti-trombina (PREVITALI; BUCCIARELLI, 2011).

Foram realizadas duas análises avaliando o risco trombótico semelhante entre a Drospirinona e Levonorgestrel. O European Active Surveillance Study (EURAS), fez com uma amostra de 142475 mulheres deparou-se com 9.1 eventos trombóticos venosos em 10 000 utilizadoras de contraceptivos orais com Drospirinona e 8.0 eventos em 10 000 mulheres utilizadoras de contraceptivos orais com Levonorgestrel. O outro estudo, feito por SEEGUR, et. al., foi identificado 18 casos de tromboembolia em 22429 mulheres que tomava contraceptivos com etinilestradiol / drospirinona e 39 casos em 44858 mulheres que tomava outro tipo de contraceptivos orais (Risco Relativo RR=0.9; 95% Intervalo de Confiança IC: 0.5- 1.6) durante um período médio de 7.6 meses (CIRNE, 2014).

Os métodos que evitam a gravidez devem ser observados quanto ao seu risco e benefício, sendo interessante investigar o histórico familiar e pessoal das mulheres. Para evitar Risco de morte trombose venosa profunda (1-2%), tromboembolismo pulmonar (10-20%) e (18%) transtornos tromboembólicos, exames que diagnosticam trombofilias hereditárias devem ser sugeridos para as pessoas que irão utilizar anticoncepcionais orais com objetivo de evitar a concepção. Caso exames e anamnese mostrem algum risco para a trombose não é aconselhável a utilização de anticoncepcionais hormonais combinados. Uma alternativa para essas mulheres é a utilização de progestágenos isolados, uma vez que o mesmo não está associado com a elevação do risco para tromboembolismo venoso (LOBO, ROMÃO, 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trombose é uma patologia multifatorial, começa silenciosa e suas manifestações podem demorar um tempo para serem observadas. É de grande importância manter hábitos saudáveis e alimentação balanceada e evitar a ingestão do álcool. Apesar dos métodos de exame disponíveis não há como impedir a gênese da doença, pois sua etiologia se dá por fatores genéticos, adquiridos ou ambientais e um mesmo indivíduo pode possuir mais de um fator. Vale ressaltar que os valores e resultados dos exames laboratoriais e complementares não são específicos para a trombose em si, pois diversas patologias podem apresentar alterações semelhantes.

Observou-se que além da complicação da trombose venosa os anticoncepcionais podem levar até a um tromboembolismo pulmonar, sendo assim considerada uma complicação mais grave.

Os contraceptivos hormonais combinados orais parecem estar relacionados

com a hipercoagulabilidade, pois esses medicamentos podem provocar alterações no sistema hemostático que pode ocasionar a trombose, como aumento dos fatores de coagulação e diminuição dos anticoagulantes naturais, principalmente pelo efeito do estrógeno, pois diversos estudos evidenciaram uma relação dose-dependente entre a TEV e o conteúdo de estrógeno presente no AOCs. Destacou-se que os anticoncepcionais orais de terceira geração têm o risco elevado de causa trombose devido à elevação hormonal composto por gestodeno, desogestrel.

Diante dessa revisão de literatura foi analisado que o uso de contraceptivos, principalmente orais, necessita de cuidado e acompanhamento médico, pois os riscos e efeitos colaterais já foram comprovados.

REFERÊNCIAS

BOUCHER BA; TRAUB O. Achieving hemostasis in the surgical field *Pharmacotherapy*, V. 29, n.7, p.2-7,2009.

BRITO MB; NOBRE F; VIEIRA CS. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiro Cardiologia*. São Paulo, 2011 abril [acesso em 2013 junho 6]; 96.

CIRNE JCF. Contraceptivos orais e risco trombótico. [TESE]. Universidade do Porto. 2014

COSTA CSP; Contraceptivos Orais. [TESE]. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, 2011.

FARMÁCIA Portuguesa, publicação bimestral, nº189, Setembro/Outubro 2010.

FERNADES CJCS; JÚNIOR JLA; GALUINALES F; PRADA LP; MORINAGA LK; SOUZA R. Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo venoso; *Jornal Brasileiro Pneumologia* 2016.

FERREIRA CN; SOUZA MO; DUSSE LMSA; CARVALHO MG. O novo modelo da cascata de coagulação baseado nas superfícies celulares e suas implicações; *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, V.32, n.5, p.416-421, 2010.

FERREIRA R; MORREIRA M; GOMES L; MARTINS C. Profilaxia do tromboembolismo venoso em viagens de longa duração. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, n.1, p.314-324, 2015.

FINOTTI MF; ACHADO RB. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Perfil de Segurança dos Anticoncepcionais Orais Combinados. FEBRASGO, 2015.

GASPAR RJ, Trombose Aguda; Instituto Vascular, 2012 < <http://www.vascular.med.br/gArtigo/2/2> >. Acessado em 30/09/2016.

GENEVA, BALTIMORE. World Health Organization. Reproductive Health and Research and John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Family planning: a global handbook for providers . CCP and WHO;2008

GIROLAMI A; SCANDELLARI R; TEZZA F; PATERNOSTER D; GIROLAMI B. Arterial) thrombosis in young women after ovarian stimulation: case report and review of the literature. *Jornal of thrombosis and thrombolysis*, 2007.

HERKENHOFF MR; GAULKE R; GODINHO JS; SCHMIDT NT; PITLOVANCIV AK; REMUALDO VR. Análise da mutação G20210A no gene da protrombina (fator II) em pacientes com suspeita de trombofilia no sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v.48, n.2, p.85-89;

Abril 2012.

JODI B; SEGAL MD; MICHAEL B; STREIFF MD; LAWRENCE V; HOFFMANN; KATHERINE T; ERIC BB. Management of Venous Thromboembolism: A Systematic Review for a practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, v.146, n.3, p.211 -222, 2007.

KARPINISKI AP. 2010. Acessado em 21/10/2016 <https://patofisio.wordpress.com/2010/04/26/coagulacao-sanguinea/>

LIMA J; BORGES A. Rastreamento de trombofilias; *Boletim da Sociedade Portuguesa de Hemorrelologia e Microcirculação*. Nov-Dez. 2012.

LOBO R; Romão F. Hormonas sexuais femininas e trombose venosa profunda. *Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar*, v.7, n.4, p.208-214, 2011.

MESQUITA RSC. Revisão sobre a relação do uso de estrogénios e progestágenos e a ocorrência de trombose. [Tese]. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na Internet]. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e mulher (PNDS), 2006 [citado 2008 dez 17]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pnds/saude_nutricional.php

PADOVAN TF; FREITAS G. Anticoncepcional oral associado ao risco de trombose venosa profunda. *Brazilian Journal Surgery and Clinical Research*. v.9, n.1, p. 73-77, 2014.

POORT SR; ROSENDAAL FR; REITSMA PH; BERTINA RM. A common genetic variation in the 3' untranslated region of the prothrombin gene is associated with elevated prothrombin levels and an increase in venous thrombosis. *Blood*, v. 88, n. 10, p. 3698-3703, 1996.

SENA TS; FILHO SRP; LYRA IM. Distúrbios da hemostasia em crianças portadoras de cardiopatias congênitas *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. n.32, v.2, p.149-154, 2010.

SOUZA LK, Interação Medicamentosa entre Anticoncepcionais Orais Hormonais Combinados e Antibióticos; 2015.

SITRUK WR. Perfil Farmacológico da Progesterona. *Maturitas*. v.61, n.2, p.151-157, 2008.

PROMOÇÃO DA SAÚDE VOCAL EM UM GRUPO DE MULHERES IDOSAS

Lavínia Mabel Viana Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN.
Caicó-RN.

Tulia Fernanda Meira Garcia

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN.
Caicó-RN.

RESUMO : **INTRODUÇÃO**: O envelhecimento da voz pode levar a desvantagens na eficiência de comunicação e impacto negativo sobre qualidade de vida, comprometendo socialização, autonomia e bem-estar. Atitudes estereotipadas da população, bem como de profissionais de saúde, também denotam barreiras à comunicação eficaz dos idosos. **OBJETIVO**: Relatar experiência de Grupo de Saúde Vocal de Mulheres Idosas em Currais Novos-RN, realizado no âmbito da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN, e refletir sobre a experiência institucional. **MÉTODO**: Estudo qualitativo, de caráter descritivo, tipo relato de experiência, sobre saúde vocal, realizado em 2016-2018. O protagonismo do idoso foi assegurado pela fonoaudióloga residente, professora-supervisora e colaboradores como indispensável do planejamento à execução da ação. Encontros quinzenais, de 90 minutos,

abordaram temas elencados pelas idosas como voz no envelhecimento, cuidados com a voz, influência da postura e respiração à voz, envelhecimento bem-sucedido e como cantar bem. **RESULTADOS**: Destaca-se boa adesão, participação ativa, atenção aos interesses expostos pelas usuárias e encontros qualificados avaliados positivamente. A resignificação da voz e solidariedade intergeracional também são resultado do grupo de saúde vocal ao romper com mitos do envelhecer. **CONCLUSÃO**: Participação assídua, pluralidade de temas, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo sugerem continuidade do grupo. Noutra perspectiva, o grupo contribuiu à construção e aprimoramento dos residentes de atenção básica nas temáticas do envelhecimento, promoção da saúde, comunicação humana e qualidade de vida além de ser estratégia para fortalecer ações intersetoriais e práticas de saúde inovadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Comunicação humana. Bem-estar subjetivo. Qualidade de Vida. Atenção à saúde.

ABSTRACT: **INTRODUCTION**: The voice aging can lead to disadvantages in communication efficiency and negative impact on quality of life, compromising socialization, autonomy and well-being. Stereotyped attitudes of the population, as well as health professionals, also

denote barriers to the effective communication of the elderly. **OBJECTIVES:** To report experience of Elderly Women Vocal Health Group in Currais Novos-RN, executed by the Multiprofessional Residency in Basic Care of EMCM/UFRN, and reflect on the institutional experience. **METHODS:** Qualitative descriptive, experience report type study, about vocal health, performed in 2016-2018. The protagonism of the elderly was ensured by the resident speech therapist, supervisor-teacher and collaborators as indispensable from action planning to execution. 90 minute fortnightly meetings, approaching themes raised by the elderly as aging voice, care of the voice, influence of body posture and breathing to the voice, successful aging and how to sing well. **RESULTS:** It stands out good adherence, active participation, attention to the exposed interests by the users and qualified meetings positively evaluated. Voice resignification and intergenerational solidarity are also the result of the vocal health group by breaking down the myths of aging. **CONCLUSION:** Assiduous participation, plurality of themes, life satisfaction and subjected well-being suggest the group continuity. From another perspective, the group contributed to the construction and improvement of the basic care residents in the themes of aging, health promotion, human communication and quality of life, besides being a strategy to strengthen intersectoral actions and innovative health practices.

KEYWORDS: Aging. Human Communication. Subjected Well-being. Quality of Life. Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil apresenta mais de 20 milhões de idosos, o que equivale a 11% da população (RODRIGUES e RAUTH, 2002), com estimativas de que esse evento triplique até o ano de 2050, o que tornará o Brasil o sexto país com o maior número de pessoas idosas (BRASIL, 2012). São desafios com implicações diversas em um Brasil que envelhece (BANCO MUNDIAL, 2011; PINHEIRO, 2017).

Esse processo de envelhecimento toma espaço na vida dos sujeitos, podendo causar alterações dos 25 aos 30 anos de idade e ganha velocidade a partir dos 40 anos (PRADO e SAYD, 2004). Dentre essas alterações advindas do envelhecimento, destaca-se que a voz humana traz consigo novas características com o passar dos anos, sabendo que a deterioração vocal é comum e tem grande impacto reforçando, muitas vezes, o estereótipo do envelhecimento (MENEZES e VICENTE, 2007).

Prevalente no idoso, o distúrbio de voz é estimado entre 4,8% e 29,1% dessa população (PERNAMBUCO, ESPELT, BALATA e LIMA, 2015). As alterações na voz podem incluir rouquidão, sopro, hipernasalidade e os idosos podem referir rouquidão frequente (SANTIAGO, GRAÇA, RODRIGUES e SANTOS, 2016). Com relação ao Tempo Máximo de Fonação (máximo de tempo que um indivíduo consegue sustentar a emissão de um som), encontra-se reduzido visto que a respiração influencia a fonação nesses sujeitos especificamente (CARRÉRA, ARAÚJO e LUCENA, 2016).

Modificações naturais que ocorrem na laringe e nas estruturas envolvidas na fonação durante o processo de envelhecimento podem levar a desvantagens na eficiência de comunicação e impacto negativo sobre a qualidade de vida, comprometendo os mecanismos de socialização, a manutenção da autonomia e o sentido de bem-estar (GOIS, PERNAMBUCO e LIMA, 2018).

É necessário, portanto, desenvolver atividades que visem proporcionar uma melhora na qualidade de vida do idoso no que se refere à sua saúde vocal, entendendo as diversas dimensões do envelhecimento. É também necessário reconhecer oportunidades e potencializar aspectos positivos frente ao envelhecer, fazendo perceber que este é resultado de importantes e significativas conquistas e avanços nas condições de vida da população.

Entender os fatores capazes de promover um envelhecimento saudável e feliz tem sido um grande desafio para a Gerontologia ao longo do tempo (NERI *et al.*, 2011). Tal contexto inclui variáveis individuais e socioculturais entre os quais crenças, atitudes e significados em relação à velhice (NERI, 2011).

A atenção à saúde do idoso por sua grande complexidade e quando assentada no paradigma do conceito ampliado do processo saúde/doença e do envelhecimento como fenômeno biopsicossocial, tem que enfrentar o desafio que se coloca aos serviços de saúde, em especial, à atenção primária à saúde, de promover qualidade de vida e bom envelhecer nas unidades básicas de saúde (BORIM, GUARIENTO e ALMEIDA, 2011).

É importante reconhecer os limites e as potencialidades da proteção oferecida pelos recursos sociais e psicológicos (NERI *et al.*, 2011) de tal sorte que referido argumento também corrobora para justificar a proposta do grupo de saúde vocal. Nessa direção, tendo como função principal a Educação em Saúde, as práticas em grupo são instrumentos para promover autonomia e empoderamento dos sujeitos participantes, além de fomentar a corresponsabilização no processo saúde-doença (BRASIL, 2014) e respondem a urgente e necessária demanda das pessoas que envelhecem.

A utilização dessa ferramenta para o público idoso tem sido cada vez mais frequente no que se refere a Fonoaudiologia e a Promoção da Saúde da Comunicação Humana (MASSI *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2012; COMBINATO *et al.*, 2010). Logo, diferentes abordagens consolidam práticas exitosas que vem sendo multiplicadas em diversos espaços e oportunizam a implementação de programas e políticas de saúde para o envelhe(ser) e que dignificam a pessoa, melhoram autocuidado, ampliam cidadania, fortalece redes de apoio e promove solidariedade e inclusão social.

Espaços favoráveis ao desenvolvimento de diálogo nem sempre se fazem presentes no cotidiano do idoso por causa de diversos fatores. Delfino e Garcia (2016) esclarecem que, para alguns idosos, as oportunidades de interação social podem ser mais limitadas em razão das perdas de membros familiares e amigos, dificuldades de audição e visão, determinadas doenças e comprometimento cognitivo. As atitudes estereotipadas da população, bem como de profissionais de saúde, também denotam

barreiras à comunicação eficaz com os idosos.

Quando se presta uma atenção à saúde do idoso e se identifica questões fonoaudiológicas que podem exercer impacto negativo na saúde física, mental, sociabilidade e na qualidade de vida, isso deve se tornar assunto permanente da APS (SANTIAGO, GRAÇA, RODRIGUES e SANTOS, 2016).

Iniciativa desenvolvida pela Fonoaudiologia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), articulando outros residentes e profissionais da rede de atenção ao idoso, em diferentes etapas de execução do projeto, o grupo de Saúde Vocal em mulheres idosas, se configura em tecnologia adequada e estratégia efetiva para responder as demandas apresentadas no contexto em tela, visando promover saúde e autonomia aquelas mulheres da comunidade adscrita.

Em mobilização inicial articulada intersetorialmente entre a saúde e assistência social, Rede SUS-SUAS, foram convidadas pela fonoaudióloga facilitadora todas as mulheres idosas cadastradas em um Centro de Convivência de Idosos de uma cidade do interior do Rio Grande do Norte que, encaminhadas por serviço da Assistência Social, compuseram o grupo em análise, no qual convergiam a expectativa e demanda levantada pela residente e professora-supervisora: as idosas esperavam desenvolver práticas de canto para melhorar a qualidade vocal.

Nesse sentido, visando a promoção da saúde do idoso e melhora em sua qualidade de vida relacionada à voz, esse estudo tem como objetivo relatar a experiência de um Grupo de Saúde Vocal de Mulheres Idosas.

2 | METODOLOGIA

Estudo qualitativo, de caráter descritivo, na modalidade de Relato de Experiência (GIL, 2002) sobre um grupo de Saúde Vocal de Mulheres Idosas, realizado no âmbito da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN, como forma de documentar e refletir sobre a experiência institucional de implantação e implementação de atividade de saúde vocal e qualidade de vida no envelhecimento na cidade de Currais Novos, no estado do Rio Grande do Norte (RN).

AEMCM-UFRN envolve os campi de Santa Cruz, Currais Novos e Caicó, sendo este último município de sua sede administrativa (OLIVEIRA et al, 2017). Cumpre destacar que em 2016 foram implantados dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) nas áreas de Atenção Básica (44 vagas/dez categorias profissionais) e de Saúde Materno-Infantil (12 vagas/seis categorias profissionais), ambos com cenários de prática nos municípios de Caicó e Currais Novos (MELO et al, 2017) além de Programas de Residência Médica e Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina.

O objetivo deste texto é apresentar narrativa reflexiva tipo relato de experiência sobre o grupo de Saúde Vocal de Mulheres Idosas da cidade de Currais Novos, suas ações e os resultados obtidos junto as mulheres que integraram e deram significado à essa experiência e permitiram apreender o fenômeno a partir dos procedimentos de análise e apresentação dos dados adotados.

Ainda sobre o contexto institucional da experiência destaca-se que o grupo teve seu início a partir da inserção da Residência em diversos cenários de prática entre os quais o Centro de Referência em Assistência Social – CRAS e, especialmente, a partir da identificação do interesse de idosas do Grupo de Convivência de Idosos, na cidade de Currais Novos, município no interior do Rio Grande do Norte, de utilizar a voz em prol do canto e de minimizar angústias sobre mudanças vocais advindas do envelhecimento.

O Centro já realizava com o grupo atividades envolvendo a voz e o canto, mas sem orientação fonoaudiológica, de maneira que, após pactuação intersetorial (Rede SUS-SUAS) foi proposto e iniciado o grupo Saúde Vocal de Mulheres Idosas em novembro de 2016, com frequência quinzenal e facilitado por Fonoaudióloga do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN.

Os encontros eram pautados nos princípios da Educação Popular (BRASIL, 2013), onde o planejamento deste (temáticas, duração e frequência dos encontros) foram decididos junto as participantes e os encontros eram conduzidos em forma de roda de conversa, valorizando o saber do outro e como suas experiências em voz poderiam construir coletivamente com o que estava sendo discutido no grupo.

Foram respeitados os preceitos éticos de respeito à dignidade do ser humano, proteção, direitos, sigilo dos dados levantados e anonimato com participação voluntária, bem como liberdade de desistir da participação e retirada do grupo a qualquer momento.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante o primeiro semestre do ano de 2016 foram realizadas diversas etapas entre os residentes, equipe de saúde, gestores de saúde, preceptores e docentes desde a apresentação da proposta, pactuação, discussão acerca das problemáticas relacionadas a saúde vocal e qualidade de vida associada à comunicação humana, revisão de literatura e construção de aporte teórico, seleção e programação das atividades, construção do material inicial de educação em saúde, articulação intersetorial, convite aos usuários. As atividades do grupo foram iniciadas em novembro de 2016 e teve sua finalização em fevereiro de 2018, com 15 meses de duração, salientando que, por dois momentos, ele teve uma pausa de, aproximadamente, 45 dias devido as férias da residente que facilitava e também por entender a importância do recesso para as participantes, sendo realizado durante todo o período de execução, monitoramento e avaliação das atividades.

O protagonismo da pessoa idosa em todos os momentos foi assegurado e entendido pela residente e professora-supervisora como indispensável e de máxima importância para toda a execução da ação em saúde vocal proposta. Em atendimento ao princípio do protagonismo das pessoas idosas, do diagnóstico situacional, a realização de encontros com as idosas dispostas a participarem e que atenderam espontaneamente ao convite até a escolha do nome do grupo “De bem coma vida” vale ressaltar a atenção às recomendações de diretrizes fundamentais como “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” (OMS, 2002), a “Carta de São José sobre Direitos dos Idosos da América Latina e Caribe” (ONU/CEPAL, 2012), o “Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo” (BRASIL, 2013) e a “Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa” (BRASIL, 2018).

Os encontros realizados quinzenalmente tinham uma média de tempo de duração de 90 minutos e aconteciam no espaço cedido do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), por ter uma sala adequada e dispor de espaço para todas as participantes e atividades programadas o que garantia infraestrutura adequada ao método.

Durante os primeiros encontros, foi discutido com as idosas as expectativas sobre o grupo de saúde vocal, suas sugestões de temáticas e atividades a serem desenvolvidas. Ainda, ao decorrer dos encontros, foi permitido que elas falassem sobre suas vidas, profissões, atividades de lazer, perspectivas futuras, o papel da voz no decorrer da idade e atividades que gostariam de realizar, tendo a voz como protagonista.

Antes de se iniciar encontros subsequentes foi realizado escuta individual com cada usuária e realizado aplicação de questionários de auto avaliação vocal, entendendo a percepção de cada uma sobre suas vozes. Nas conversas individuais, foi dado espaço para as idosas conversarem sobre suas angústias referentes ao envelhecimento vocal e o que esperavam do grupo, bem como o perfil de interesse no canto (cantores e estilos musicais preferidos).

Os principais temas elencados pelas idosas nas conversas iniciais e avaliações individuais foram: Voz no envelhecimento, cuidados com a voz, influência da postura e respiração no uso da voz, relação entre refluxo gastroesofágico e voz, melhoras na qualidade vocal, enfrentamento de mudanças advindas da idade e como conseguir cantar bem.

Ao fim, foi realizada triagem vocal com a Fonoaudióloga responsável para conhecer o perfil de voz de cada participante. Todas as idosas receberam encaminhamentos para o médico otorrinolaringologista, para receber o parecer desse profissional sobre possíveis limitações da participação de alguma usuária no grupo, ressaltando que esse não é um critério para exclusão, mas sim um componente importante de cautela, respeitando a individualidade do sujeito. Todas foram responsabilizadas de procurar o atendimento na rede de saúde do município e trazer os resultados quando prontos.

Com relação a ambiência, na dinâmica do grupo as cadeiras eram distribuídas

em forma de círculo e todas as temáticas foram abordadas por meio de rodas de conversa, com diálogos e troca de experiências.

As finalizações do grupo seguiam um ritual construído pelas usuárias e a facilitadora do momento. Ao findar o encontro, cada uma falava uma palavra que representasse aquele encontro e as idosas ficavam livres para escolher músicas, poesias, peças de teatro e qualquer outro tipo de performance que fizesse uso da voz da maneira a fomentar a satisfação, promover bem-estar conforme significados atribuídos pelas idosas.

A roda de conversa com atividade de Educação em Saúde durava, em média, 60 minutos e era disponibilizado 30 minutos posteriores para que as idosas ensaiassem as músicas elencadas por elas para o grupo ou qualquer outra atividade vocal pensada para o dia.

4 | ANÁLISE CRÍTICA

O grupo funcionou com boa adesão de mulheres idosas e todos os temas discutidos asseguraram boa participação, uma vez que escolhidos em comum acordo, seguindo o perfil de interesse exposto pelas usuárias, mobilizou maior participação e qualificou significativamente os encontros.

Durante os momentos de conversa foi possível identificar a percepção – por parte das idosas – dos prejuízos na voz advindos da idade, mas esse não é um quesito desmotivador, uma vez que as atividades de canto e poesia despertou nelas uma valorização da sua voz como instrumento transmissor de informações as outras pessoas.

Isso pode se justificar porque a prática do canto motiva e encoraja idosos a serem mais ativos tanto no que diz respeito aos aspectos físicos, como sociais e isso pode contribuir na qualidade vocal (AQUINO et al, 2016), além de proporcionar uma importância social e afetiva (PRAZERES et al, 2013).

Poucas idosas trouxeram os resultados do atendimento com o médico ORL, justificando quantidade pequena de vagas ofertadas do serviço pela Secretaria de Saúde do Município, o que dificultou diagnóstico preciso sobre as alterações encontradas na avaliação vocal e na autoavaliação realizada por elas, bem como cuidados mais precisos sobre cada uma.

Quando se discutia no grupo temáticas relacionadas a cuidados com a voz, percebeu-se que as idosas mantinham o interesse na conversa, o que pode se justificar por causa da vontade que as usuárias tinham de melhorar a voz e praticar o canto e outras atividades vocais com maior qualidade, favorecendo a presença de bons hábitos e cuidados com a voz. Soares et al (2007) apresentaram os resultados de hábitos vocais em dois grupos de idosos, comparando os hábitos de um grupo que recebeu orientação e outro que não recebeu. O grupo com orientação apresentou

menor frequência de realização de hábitos inadequados quando comparado ao grupo sem orientação.

Uma das práticas de bons hábitos observados no grupo Saúde Vocal de Mulheres Idosas foi a de que as idosas passaram a levar suas próprias garrafas de água para o encontro e referiam maior ingestão desse líquido após a inserção e participação no grupo. O canto coral pode auxiliar o desempenho vocal e deve ser um aliado aos profissionais da saúde na busca da promoção da saúde prevenção de distúrbios vocais (AQUINO et al, 2016).

Quando convidadas para realizar apresentação externa (em eventos da cidade, ou do próprio centro de convivência) as participantes ficavam receosas, expondo as angústias sobre a qualidade vocal na senescência e o medo do olhar dos outros sobre este fato. Era ressaltado as idosas a importância de a atividade satisfazer cada uma, primordialmente, permitindo conforto e bem-estar na realização desta e confiança no que foi proposto a ser feito, de forma que a ressignificação da voz e solidariedade intergeracional também podem ser apontados como resultados do grupo de saúde vocal ao romper com referidos estereótipos e mitos do envelhecer.

A atuação fonoaudiológica junto ao grupo de idosas é vista de forma positiva, uma vez que esse é um trabalho pioneiro no Município em que se realiza. Para Penteado e Penteado (2009), a assessoria fonoaudiológica no canto em coral com idosas é fundamental, visando colaborar com o desenvolvimento da percepção sobre a voz, cuidados e prevenção dos efeitos da senescência no uso da voz, contribuindo na promoção da saúde do idoso.

5 | CONCLUSÕES

A prática em grupo visando contribuir para melhora da qualidade de vida no que diz respeito a saúde vocal de mulheres idosas pode ser avaliada como efetiva, entendendo que é necessário permitir a participação ativa das usuárias na decisão de temáticas e andamento do grupo e buscando compreender como o processo de envelhecimento é vivido e percebido. A intensa participação das idosas, evidenciada pela pluralidade de temas, frequência na participação, satisfação com a vida e bem-estar referido sugerem continuidade do grupo.

Sob outro ponto de vista, a atividade contribuiu para a construção e aprimoramento dos residentes de atenção básica nas temáticas do envelhecimento, promoção da saúde e qualidade de vida na velhice e se configurou como estratégia para fortalecer o campo saúde e as ações intersetoriais entre EMCM com mudanças nas práticas de saúde.

Lacunas existentes e dificuldades percebidas podem ser superadas com a avaliação e o monitoramento do grupo entre as quais cita-se pouco tempo para planejamento semanal dada a agenda dos residentes e a necessidade de ampliar

o número de fonoaudiólogos residentes de forma a subsidiar a ação com recursos humanos especializados.

Na dinâmica multifacetada do curso de vida e frente às mudanças necessárias para uma cultura positiva do envelhecer e de fortalecimento da saúde coletiva, a Fonoaudiologia da EMCM tem desenvolvido intervenções apoiado na reciprocidade que nos permite empatia, praticas colaborativas e qualidade no trabalho interprofissional, com vinculação à realidade social e de saúde da população, capazes de aliar qualificada formação técnico-científica com atitudes ético-humanísticas impactando positivamente na vida humana, como recomendam os documentos internacionais sobre praticas colaborativas no campo da saúde e como é necessário quando se ampliam as expectativas a serem atendidas no contexto da longevidade pelos idosos de hoje e do futuro.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Fernanda Salvatico de *et al.* Características da voz falada de idosas com prática de canto coral. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 446-453, ago. 2016.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: 2012.

BRASIL. Decreto 8114. Presidencia da República. Secretaria de Direitos Humanos. Decreto no. 8.114, de 30 de setembro de 2013. **Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo**. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

BRASIL. **Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministerio do Desenvolvimento Social, 2018.

ONU/CEPAL. **Carta de São José sobre Direitos dos Idosos de América Latina e Caribe**. III Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe. Tradução Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília: Presidência da República. 2012.

BRASIL Portaria no 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2004.

BORIM, Flavia S. A., GUARIENTO, Maria Elena, ALMEIDA, E. A. (2011). Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Clin. Med.**. São Paulo, 9(2), 107-11.

CARRERA, Camila Moura Dantas, ARAUJO, Ana Nery Barbosa de, LUCENA, Alves. Correlação entre capacidade vital lenta e o tempo máximo de fonação em idosos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 18, no. 6, pp. 1389-1394, nov-dez. 2016.

COMBINATO, Denise Stefanoni et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 558-568, Dez. 2010.

DELFINO, Laís Lopes, GARCIA, Tulia Fernanda Meira. Comunicação com idosos com déficits

sensoriais e cognitivos: sugestões para leigos e profissionais. In FREITAS, Elizabeth Viana, PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOIS, Amanda Cibelly Brito, PERNAMBUCO, Leandro de Araujo, LIMA, Kenio Costa de. Factors associated with voice disorders among the elderly: a systematic review. **Braz. J. Otorhinolaryngol**, São Paulo. v.84, n. 4, pp. 506-513. jul-agos, 2018.

MASSI, Giselle, ROMÃO DOS SANTOS, Aline, BERBERIAN, Ana Paula, DE BIAGI ZIESEMER, Nadine. Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 2, pp. 399-407, marc-abril, 2016.

MASSI, Giselle, LOURENÇO, Regina Celia Celebrone, LIMA, Roxele L, XAVIER, Carine Rossane Piassetta. Práticas intergeracionais e languageiras no processo de envelhecimento ativo. In: BERBERIAN, Ana Paula, SANTANA, Ana Paula. **Fonoaudiologia em contextos grupais**: referenciais teóricos e práticos. São Paulo: Plexus, 2012. p. 33-59

MELO, Lucas Pereira *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1333-1343, 2017.

MENEZES, L. N. VICENTE, L. C. C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 90-98, 2007.

NERI, Anita L et al. O que os idosos entendem por velhice saudável e por ser feliz na velhice. In NERI, Anita L. (Org). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea. 341-362. 2011.

NERI, Anita L. (Org.). **Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas: Alínea. 133-152. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). (2002). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/ World Health Organization, 60-70. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.

OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira e *et al.* Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1355-1366, 2017.

PENTEADO, R. Z. PENTEADO, L. A. P. B. Percepção da voz e saúde vocal em idosas coralistas. **Rev. CEFAC**. v. 12, n. 2, p. 288-98, 2010.

PERNAMBUCO, Leandro Araujo, ESPELT, Albert, BALATA, Patricia Maria Mendes, LIMA, Kenio Costa de. Prevalence of voice disorders in the elderly: a systematic review of population-based studies. **European Archives of Otorhinolaryngology**. Epub, v.72, n.10, pp. 2601-2609, 2015.

PINHEIRO, Alberto. **BRASIL 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.

PRADO SD, SAYD JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p. 57-67, 2004.

PRAZERES, Maria Márcia Viana et al. O Canto como Sopro da Vida: um estudo dos efeitos do Canto Coral em um grupo de coralistas idosas. **Rev. Kairós : Gerontologia**, [S.I.], v. 16, n. 4, p. 175-193, dez. 2013.

RODRIGUES, Nara Costa e RAUTH, Jussara. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In:

FREITAS, Elizabeth Viana; PY, Ligia.; NERY, Anita Liberalesso; CANÇADO, Flavio A. X.; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

SANTIAGO, GRAÇA, RODRIGUES e SANTOS, 2016. Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 18, n. 5, p. 1088-1096, Oct. 2016

SOARES EB *et al.* Hábitos vocais em dois grupos de idosos. **Rev CEFAC**. v. 9, n. 2, p. 221-27, 2007.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES QUE TIVERAM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA POR ZIKA SOBRE A MATERNIDADE REAL

Michelle Araújo Moreira

Profa Titular do Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus - Bahia

Marcella Bonifácio Lelles Dias

Graduanda em Enfermagem pela Universidade
Estadual de Santa Cruz
Itabuna - Bahia

Laíne de Souza Matos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade
Estadual de Santa Cruz
Ilhéus - Bahia

RESUMO: Nos últimos anos, a infecção pelo Zika vírus tornou-se motivo de preocupação mundial, ao se descobrir a sua possível associação com a gestação e com a ocorrência aumentada de casos de microcefalia. Definiu-se como objetivo geral do estudo: analisar as representações sociais de mães que tiveram crianças com microcefalia por Zika sobre a maternidade real. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz sob parecer nº 2.394.106. O lócus do estudo foi o Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano em Itabuna-Bahia. Os sujeitos foram mães que tiveram crianças com microcefalia por Zika a partir de

critérios de inclusão previamente definidos. A coleta dos dados deu-se a partir da entrevista semiestruturada e do Desenho-Estória com Tema. A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo temática e nos princípios de Coutinho. Evidenciou-se que as representações sociais ancorava-se em simbologias negativas, a exemplo do desconhecimento e temor da doença, o desespero ao receber o diagnóstico, a impotência e a incapacidade para o cuidado com o filho, a tristeza pela imagem do filho imperfeito e a preocupação com o porvir. Por outro lado, as representações positivas emergiram pelo apoio contínuo ofertado pelos familiares e pela crença na maternidade como possibilidade dada pelo divino. Conclui-se que, as mães e crianças necessitam de uma assistência qualificada com base em suas representações e sustentada por princípios como a humanização e a integralidade, de modo a valorizá-los como cidadã(o)s.

PALAVRAS-CHAVE: Zika vírus, Microcefalia, Saúde da Mulher, Enfermagem.

ABSTRACT: Recently, the Zika virus infection has become a global public health concern because of the association between this infection in pregnant women and microcephaly. The general objective of this study is to analyze the social representation of these mothers about real maternity. It is a qualitative study, based on

the Social Representation Theory and approved by the Institutional Ethics Committee of the States University of Santa Cruz (issue number 2.394.106). The information was recorded in the Center for Human Rehabilitation and Development, in Itabuna-Bahia. The subjects of study were mothers of children born with microcephaly because of Zika virus infection, using inclusion and exclusion criteria. The data collection was taken from semi structured interview and the use of the thematic Drawing-and-Story telling Procedure. The data analysis was based on thematic content analysis and Coutinho's principles. Most social representation observed was related to negative symbolisms, such as unawareness, fear of the disease, despair at the time of diagnosis, impotence and incapacity to take care of the child, sadness because of the unperfected son and concerns about the future. On the other hand, the positive representation came from the continuous support offered by their families and the belief in motherhood as an opportunity of God. In conclusion, mothers and children need a qualified assistance related in their representation and based on principles of Humanization and Integrality in order to empower.

KEYWORDS: Zika virus, Microcephaly, Women's Health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Zika vírus foi identificado mundialmente pela primeira vez no ano de 1947, em macacos, na floresta Zika em Uganda, na África, por isso a denominação da afecção. Este vírus pertence ao gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae* e pode ser transmitido pela picada de mosquito, predominantemente o *Aedes aegypti*. Além disso, recentemente estudos incluíram outros meios de transmissão do vírus, como a sexual, a vertical e por transfusão sanguínea (REGO; PALÁCIOS, 2016 e LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

No que tange ao Brasil, em 2014, uma infecção exantemática se disseminou assustadoramente, levando cientistas de todo o país a pesquisarem por uma epidemia até então desconhecida. Posteriormente, no ano de 2015, em meio a tanto mistério e inúmeros relatos de casos, foi possível constatar, pelos pesquisadores Silvia Sardi e Gúbio Soares Campos da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o vírus Zika como causador da doença misteriosa (BRASIL, 2017).

Estudos comprovaram a presença do Zika vírus em tecidos de recém-nascidos com microcefalia que foram a óbito e no líquido amniótico de duas gestantes com histórico da doença e no qual os fetos apresentavam microcefalia, o que contribuiu para a comprovação da associação entre o Zika vírus e gestação, tornando-se motivo de preocupação para o país (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Ademais, em Informe Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (MS), entre as semanas epidemiológicas de 08 de novembro de 2015 a 14 de abril de 2018, foram confirmados no Brasil, 3.149 casos de microcefalia e/ou alterações no

crescimento e desenvolvimento, que estão possivelmente relacionados à infecção congênita por Zika. Sendo que, destes, 2.016 casos foram na região nordeste e 527 casos no Estado da Bahia (BRASIL, 2018). No que se refere ao município de Itabuna, na Bahia, nos anos de 2016 e 2017, a Vigilância Epidemiológica confirmou oito e um caso(s) de microcefalia associada ao Zika vírus, respectivamente (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ITABUNA, 2018).

Portanto, diante do aumento expressivo de casos de microcefalia no país, o MS declarou situação de emergência em saúde pública e custeou o aparecimento de mais estudos clínicos, epidemiológicos e experimentais. Sendo assim, determinou-se que o Zika vírus pode desencadear a infecção congênita, trazendo vários comprometimentos à criança, a exemplo das calcificações cerebrais, anormalidades estruturais, malformações oculares, limitações auditivas, hipertonia, hiperexcitabilidade e, especialmente, a microcefalia (FEITOSA; SCHULER-FACCINI; SANSEVERINO, 2016).

Fica evidente a complexidade da doença, especialmente na gestação, momento em que as mães costumam elaborar mentalmente a imagem perfeita do seu filho. Estas projeções maternas coadunam-se com o imaginário coletivo e incluem desde características físicas a psicológicas ideais (BOAS; BRAGA; CHATELARD, 2013).

Nesse sentido, vivenciar a maternidade diante do diagnóstico de microcefalia por Zika pode ocasionar desequilíbrios temporários e/ou definitivos na dimensão psicológica das mães pelo fato de a preparação ter sido feita durante o pré-natal para receber um bebê saudável e perfeito (SILVA, 2013). As gestantes podem experimentar sentimentos contraditórios e inconciliáveis com esta condição, podendo elaborar representações sociais impactantes sobre a maternidade, deslocando-se do ideal para o real.

Portanto, a pesquisa justifica-se pela importância da temática no cenário mundial, pelo número insuficiente de publicações nacionais e/ou internacionais sobre esta infecção na perspectiva das mães que a vivenciam e pelo baixo número de estudos realizados por enfermeiras com relação ao agravo em questão.

Corroborando com a afirmativa acima, evidenciaram-se após levantamento bibliográfico na série temporal dos últimos cinco anos, 88 artigos relacionados à infecção pelo Zika vírus durante a gestação, os quais abordam apenas as características clínicas e epidemiológicas, os direitos reprodutivos das mulheres, os impactos e consequências para a gravidez, à influência midiática e da religião, as experiências parentais, a prevenção da infecção, as condutas das enfermeiras na consulta pré-natal, sendo que, nenhum dos materiais científicos diz respeito às representações sociais de mães que tiveram suas crianças com microcefalia por Zika vírus sobre a maternidade real.

Diante do exposto, surgiu então a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais de mães que tiveram suas crianças com microcefalia por Zika sobre a maternidade real? Para responder tal questão, definiu-se como objetivo geral:

analisar as representações sociais de mães que tiveram suas crianças com microcefalia por Zika sobre a maternidade real e objetivos específicos: levantar e apreender as representações sociais de mães que tiveram suas crianças com microcefalia por Zika sobre a maternidade real.

Tendo em vista que a infecção é potencialmente perigosa para a saúde da população, especialmente para mães e seus filhos, a pesquisa reveste-se de grande relevância por evidenciar as simbologias das mulheres que vivenciaram o diagnóstico de Zika na gestação e tiveram seus filhos com microcefalia, oportunizando publicizar sua importância na dimensão física e emocional. Além disso, tal estudo permitirá que profissionais da saúde e gestores possam desenvolver ações com vistas ao bem-estar de mães e filhos diante do agravo Zika.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo ancorado na Teoria das Representações Sociais, por entender que este referencial possibilita a apreensão do conhecimento compartilhado pela sociedade, através das comunicações do cotidiano e das relações sociais (ROCHA, 2014).

Assim, o estudo foi realizado no município de Itabuna-Bahia, através do Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano (CREADH). A cidade de Itabuna localiza-se no sul do estado da Bahia e apresenta uma área territorial com cerca de 400 km² e aproximadamente 222.000 habitantes (IBGE, 2017).

O CREADH foi fundado em 23 de julho de 2002 e funciona como um centro de atenção especializada que visa à reabilitação física de pacientes, no qual são atendidas crianças com microcefalia por Zika vírus, residentes no município de Itabuna e em cidades do entorno.

Os sujeitos do estudo foram oito mães que possuíam crianças acompanhadas no CREADH, segundo alguns critérios de inclusão: mães que tiveram o diagnóstico de Zika durante a gestação; mães que possuíam apenas crianças com microcefalia por Zika vírus, que residiam no município de Itabuna ou em cidades do entorno e que tinham idade a partir de 18 anos. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: mães com algum transtorno mental que impossibilitasse a realização do estudo, que tivessem idade abaixo de 18 anos, que tivessem crianças com microcefalia por outras doenças e que tivessem crianças com a Síndrome Congênita da Zika.

Destaca-se ainda que o projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), baseado na Resolução nº 466/2012, sendo aprovado sob número de parecer 2.394.106 (BRASIL, 2012).

Após aprovação plena do CEP, as depoentes foram contactadas no CREADH, momento em que os objetivos e relevância da pesquisa foram apresentados, tendo a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como mecanismo de aceite voluntário. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2018, nas dependências do CREADH, no domicílio das mães ou em outros lugares escolhidos pelas mesmas. Os instrumentos utilizados foram o roteiro de entrevista semiestruturada contendo o perfil sociodemográfico da depoente e o roteiro de Desenho-Estória com Tema (DET). A entrevista foi gravada em aparelho digital ou fitas de áudio e permanecerá arquivada por cinco anos, sendo destruída *a posteriori*.

Para o DET, a técnica funcionou da seguinte maneira: foi entregue a mãe uma folha de papel A4 na cor branca, lápis, caixa de lápis de cor e solicitado que fizesse um desenho com base no seguinte estímulo ou expressão: “Desenhe como você se sentiu quando soube que o seu bebê nasceria/nasceu com microcefalia”. Após realizar o desenho, a mãe deveria olhar para o mesmo, contar uma estória com início, meio e fim e, por fim, atribuir um título.

Esta técnica é importante para o estudo, pois permite que a depoente desvele o que se encontra no inconsciente. Ambas as técnicas foram realizadas em ambiente privativo. Ademais, visando manter o anonimato, as mulheres escolheram codinomes de maneira livre.

A análise dos dados da entrevista semiestruturada e da estória contida no desenho fundamentou-se na análise de conteúdo temática proposta por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas que permite decifrar significados de uma depoente através das fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, interferência e interpretação (BARDIN, 2011).

No que se refere à análise do grafismo contido no DET foram utilizados os princípios estabelecidos por Coutinho, tais como: observação sistemática dos desenhos, seleção dos desenhos por similaridades gráficas e aproximação dos temas para a criação de categorias similares às da entrevista (RIBEIRO; COUTINHO; NASCIMENTO, 2010).

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à faixa etária das entrevistadas, observou-se que transitavam entre 18 e 39 anos. Com relação à escolaridade, todas as depoentes eram alfabetizadas, sendo que, quatro delas concluíram o ensino médio, uma não finalizou o ensino médio, outras três possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, e uma concluiu o ensino fundamental.

No que concerne ao estado civil, quatro das mulheres eram solteiras, três possuíam união estável e duas eram casadas. Quanto à religião, cinco delas eram evangélicas, seguida de três que tinham o catolicismo como crença e apenas uma não possuía religião específica.

De posse do perfil das mães, foi feita uma pré-análise dos dados provenientes

das entrevistas semiestruturadas e das histórias contidas nos desenhos e definiram-se as três categorias a seguir:

3.1 A idealização do filho perfeito *versus* a imagem da criança imperfeita

A gestação é uma etapa marcada por modificações físicas e emocionais, ocasionando grandes expectativas maternas com a chegada do filho. A mulher, nessa fase, elabora inúmeras representações sociais sobre a criança que nascerá. Tais simbologias são manifestadas por uma idealização de características físicas e psicológicas do bebê. Sabe-se que, a gravidez geralmente é caracterizada por um narcisismo por parte dos pais, através da construção do recém-nascido imaginado. Estes desejos narcisistas contribuem para o entendimento da maternidade em uma dimensão ideal, livre de defeitos (FRANCO, 2015).

Sendo assim, o período gestacional passa a ser representado por sonhos e planos, com a idealização de um filho perfeito e saudável, momento em que muitas mães atribuem ao feto características sociais ligadas ao desenvolvimento físico, intelectual e cognitivo conforme falas a seguir:

[...] a gente imagina um bebê saudável, perfeito... ela ir pra escola [...] **(Andrea)**.

[...] poderia andar, falar, um menino saudável... eu achava que era mulher, que ia ser um rostinho lindo (*sorriu*), bonito [...] **(Batatinha)**.

[...] eu pensei que ia ser uma criança que pudesse andar com um ano [...] **(Lúcia)**.

[...] imaginava ele uma criança saudável, que fosse chamar papai, mamãe, falar algumas coisas [...] **(Drica)**.

[...] planejava que ele fosse uma criança saudável, toda mãe sonha com isso... que ia estudar, fazer faculdade... já sonhava com essas coisas [...] **(Keu)**.

Por outro lado, situações inusitadas ou patologias inesperadas, como a microcefalia, ocasionam nas mães um sentimento de culpa, incompetência, incompletude e, possivelmente, o comprometimento da aceitação e do vínculo com o filho. Isso ocorre devido ao confronto estabelecido entre o recém-nascido ideal e o real, tendo em vista que o bebê real apresenta características distintas daquelas imaginadas durante toda a gestação (FLECK; PICCININI, 2013).

Dessa forma, ao vivenciar a maternidade real, as mães acabam por enfrentar um conflito psíquico. Surgem então, representações de um filho imperfeito, como algo inesperado, diferente de todo aquele pensamento idealizador que haviam projetado como pode ser evidenciado abaixo:

[...] imaginava ele uma criança normal, não pensava que ele viesse dessa forma [...] **(Drica)**.

[...] é que minha filha ia nascer normal, não tinha nada de errado, mas depois que nasceu, nasceu assim [...] **(Izabella)**.

[...] eu pensei que ele era que nem os outros que eu tive, que não tinha problema nenhum [...] **(Lúcia)**.

[...] é muito difícil quando a gente sabe que o filho não raciocina. Desejava ele ser um menino sadio, sem problema nenhum [...] **(Mira)**.

Nota-se que diante da complexidade do diagnóstico de microcefalia são imensos os obstáculos enfrentados pelas mães na vivência da maternidade real, bem diferente da idealização do filho perfeito, projetado como um ser normal, saudável e bonito, sendo imprescindível atentar para as simbologias que utilizam para vivenciar este processo no cotidiano de vida (VENTURA; CAMARGO, 2016).

Infere-se que, quando tal realidade vem à tona, pode ocorrer uma ruptura entre a criança e sua família e surgir sentimentos de revolta, raiva, negação, culpa ou depressão, sendo necessário elaborar a morte do filho idealizado e criar um vínculo com o bebê real, adaptando-se às suas necessidades (FRANCO, 2015).

Percebe-se ainda que, apesar das dificuldades enfrentadas pelas mães de crianças com microcefalia, surgem representações sociais marcadas por maior cuidado, proteção, amor e carinho, justificando tais comportamentos e sentimentos por considerá-los especiais, indefesos socialmente e mais dependentes, o que exige atenção e dedicação, como demonstradas a seguir:

[...] em um filho especial o amor é dobrado, chega dói, nós não sabemos de onde vem. Eu amo meu filho normal, mas essa daí é um negócio assim doido [...] **(Andrea)**.

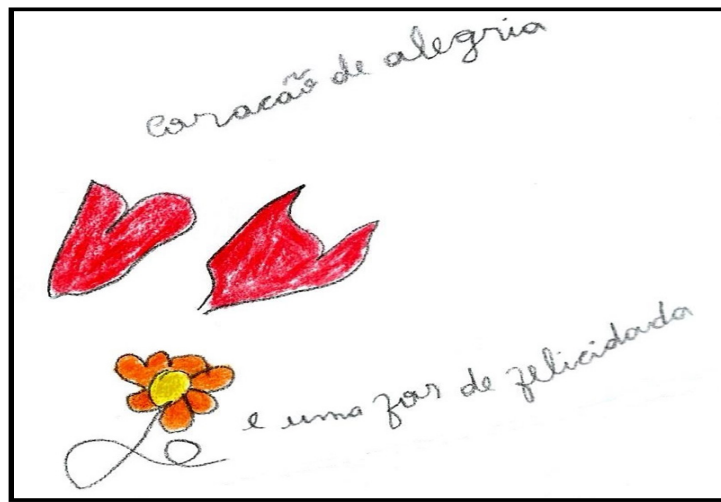
[...] o amor que sinto pelo meu filho chega doer [...] **(Araújo)**.

[...] apesar dele ter vindo assim... eu tenho amor, e eu acho que em dobro, o amor é bem maior. Porque eu sei que ele precisa muito de mim, bastante [...] **(Drica)**.

[...] o mesmo amor que eu tenho nos outros, eu tenho a ele. O dele é maior um pouco [...] **(Lúcia)**.

[...] é um amor maior... eu falo que foi o melhor presente que Deus já me deu. O cuidado... eu não gosto de deixar ele com ninguém (*risos*) [...] **(Keu)**.

Portanto, evidencia-se que a ruptura com o bebê imaginário e o direcionamento ao bebê real possibilita reestruturar simbologias e um novo vínculo entre o binômio, como apontado no desenho a seguir:



“Eu senti muito orgulhosa por ter um menino homem, era tudo que eu mais queria. Não importa como ele veio, o que importa é que ele é um bebê muito lindo e abençoado por Deus e que eu vou dar muito amor e carinho do fundo do meu coração e ele vai ser uma criança muito feliz e muito bem cuidada” **(Batatinha)**.

Dessa forma, as mães rompem com a obrigatoriedade em ter uma criança dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade, passando a enfrentar as dificuldades e preconceitos, através da luta pelo reconhecimento do diferente com vistas à inclusão e valorização do filho (GUERRA et al., 2015).

3.2 Representações sociais negativas das mães que permeiam a descoberta da microcefalia por Zika

A chegada da arbovirose Zika vírus em gestantes, associada ao diagnóstico de microcefalia em recém-nascidos, traz consequências grandiosas para a maternidade, pois provoca impactos emocionais nas mães, diante das expectativas a respeito do filho. Além disso, por ter sido descoberta recentemente, a associação da infecção com complicações ao feto traz inúmeras preocupações e incertezas, intensificando os medos e ansiosos, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

[...] o medo que toma conta, porque é o medo de perder... foi horrível. Só fica pensando besteira [...] **(Andrea)**.

[...] na hora a gente toma um susto, porque é um choque, a gente não esperava [...] **(Drica)**.

[...] na hora que ele falou, fiquei triste, mas quando cheguei em casa me esbaguei porque fui ver na internet... fiquei assustada, com muito medo [...] **(Keu)**.

[...] eu fiquei preocupada... fiquei com medo, muito medo. Fiquei desesperada [...] **(Lúcia)**.

[...] eu ficava imaginando como ia ser a cabeça dele, o tamanho que ia ser, só isso que eu pensava [...] **(Mari)**.

Sendo assim, nota-se que a angústia e o desespero das mulheres se iniciam desde o pré-natal ao se realizar a ultrassonografia na qual é constatada a presença de alterações como a circunferência craniana menor do que o esperado para a idade gestacional, o que também ocorre em mães que descobrem o diagnóstico no momento do parto. Diante dessa situação, as mães podem experimentar sentimentos psicológicos intensos, chegando a sintomas temporários de tristeza ou desencadear quadros de depressão (TAVARES, 2016), o que pode ser revelado abaixo pelas depoentes:

[...] o chão abriu na minha frente, eu desabei. Foi muito angustiante **(Andrea)**.

[...] fiquei um pouco abalada (*tristeza*). Eu fiquei triste [...] **(Batatinha)**.

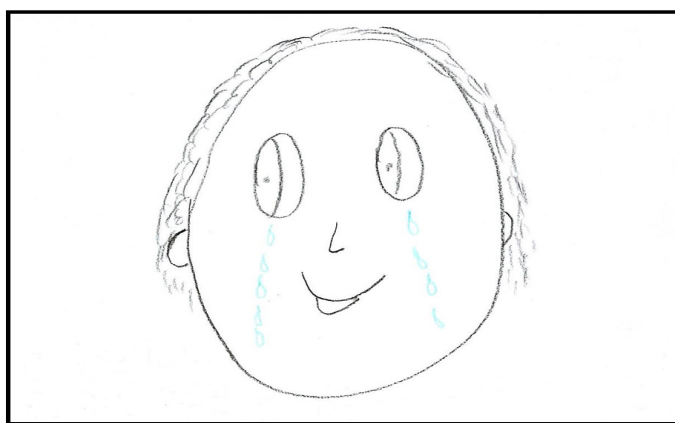
[...] como é que eu vou fazer pra cuidar dessa criança? Não sei nada disso. Nada [...] **(Drica)**.

[...] fiquei arrasada... chorei, chorei muito [...] **(Keu)**.

[...] fiquei imaginando ter um filho especial, que seria difícil, que eu não tinha paciência e nem capacidade de cuidar de uma criança assim [...] **(Mari)**.

[...] triste, eu não sabia como era ainda, como ia ficar, não sabia que ele ia ficar esse tanto de tempo sem andar, sem falar, não sabia de nada [...] **(Mira)**.

Dessa forma, verifica-se que as representações sociais de mães que tiveram crianças com microcefalia por Zika ancora-se em simbologias negativas, a exemplo da tristeza pela imagem imperfeita do filho e do afastamento social em virtude dos julgamentos sobre a sua (in)capacidade para gestar como demonstrado a seguir:

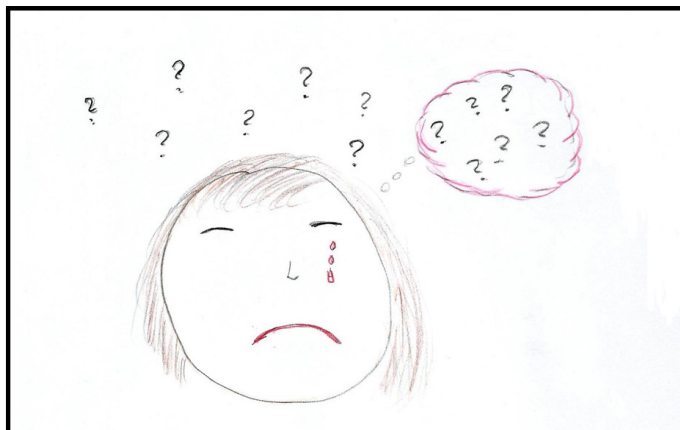


“Após descobrir que meu filho teria microcefalia, fiquei muito triste, a cada dia me escondia das pessoas e não queria ver ninguém, mas confiei muito em Deus” **(Lúcia)**.

Além disso, evidencia-se sofrimento psíquico nas mães ao receber o diagnóstico de microcefalia do bebê, revelando não estarem preparadas para tal notícia. Sendo assim, surgem sensações de culpa por não gestar um filho dentro do padrão

estabelecido pela sociedade (SILVA; RAMOS, 2014).

Assim, frente ao diagnóstico de microcefalia dos seus filhos, as mães vivenciam momentos de dúvidas e incertezas, decorrentes do desconhecimento e temor da doença. Dessa forma, estabelecem-se sentimentos de desespero e medo, devido à preocupação com o porvir, além de considerarem-se impotentes, o que acabam por intensificar os danos psicológicos existenciais, como evidenciados abaixo:



“Momento de muita tristeza, dúvidas e angústias. Onde o medo e o desespero tomaram conta de mim. Não acreditava que estava acontecendo aquilo comigo. Ai, quantos “porquês”. Mas não tinha nada o que fazer a não ser esperar e entregar tudo nas mãos de Deus” **(Andrea)**.

Atrelada às representações negativas que permeiam a descoberta da microcefalia por Zika, existe a identificação das mães sobre a frieza e o despreparo por parte dos profissionais de saúde frente a essa situação, revelando pouca sensibilidade para lidar com os sentimentos maternos bem como baixo nível de conhecimento sobre a doença, como percebido nos depoimentos abaixo:

[...] eu desabei, porque os geneticistas são muito secos [...] **(Andrea)**.

[...] o médico ainda falou assim na sala: ah, ele tem microcefalia **(Araújo)**.

[...] só falou que ia medir pra ter a certeza que ele ia nascer ou não com microcefalia... ele não explicou, só fez falar essas coisas [...] **(Keu)**.

[...] você não sabe que seu filho tem microcefalia? Você tem que esperar, seu filho não vai pra casa hoje, ele pode morrer a qualquer momento [...] **(Lúcia)**.

[...] elas só falaram que ele nasceu com a cabeça pequena, só isso **(Mari)**.

Estudos apontam que as mães demonstram tristeza ao se recordarem do modo como os médicos noticiaram sobre a doença, revelando a inexistência de um apoio emocional ou atendimento psicológico efetivo (DINIZ, 2016).

Acrescido a isso, nota-se que a insegurança da equipe multidisciplinar inicia na consulta de pré-natal (AFFINI et al., 2017), demonstrando que não sabem como reagir

diante do problema, omitindo por vezes a informação da própria mãe ou repassando dados de forma indevida aos familiares, resultando em maior stress, como pode ser notado nas falas a seguir:

[...] quando ele nasceu, a médica não queria me falar, só pra minha mãe [...] **(Araújo)**.

[...] no ultrassom ele não falou nada. Só falou que ele tinha a cabeça pequena, não falou mais nada [...] **(Batatinha)**.

[...] o médico estava com dificuldade de medir a cabeça, mas também não me disse nada [...] **(Drica)**.

[...] o médico escondeu, não falou... falou que não dava pra medir porque a criança tava muito encaixada [...] **(Keu)**.

[...] ele ficou só olhando a cabeça dele. Ele ficava olhando a cabeça e toda hora balançando a cabeça. O médico ficou sem querer falar o que era [...] **(Mari)**.

Dessa maneira, percebe-se que os profissionais de saúde encontram-se inaptos ao se defrontarem com situações em que as mulheres encontram-se fragilizadas, a exemplo do diagnóstico de microcefalia do filho por Zika, momento em que deveriam transmitir tranquilidade e segurança. Faz-se necessário capacitar a equipe multidisciplinar de saúde para a realização de uma escuta qualificada, levando em conta os sentimentos e representações negativas vivenciados nesse período bem como prestar um atendimento humanizado com esclarecimento de dúvidas e redução de angústias (SÁ et al., 2017).

Para tanto, torna-se essencial atuar com base em uma linguagem simples por parte dos profissionais de saúde, evitando o uso de termos técnicos, de modo que as mães compreendam as informações que serão repassadas e possam ter tempo para processar seus sentimentos e emoções frente ao diagnóstico (OMS, 2016).

3.3 A (in)existência do apoio familiar às mães que tiveram crianças com microcefalia

Compreende-se que, a inexistência de serviços de saúde com profissionais qualificados para passar informações precisas às mães sobre a situação de saúde do filho ou as condições de risco ao qual estão expostos, bem como, fornecer atendimento psicológico imediato e necessário, podem torná-las mais vulneráveis a danos psíquicos. Atrelado a isso, existem mães que não têm apoio de familiares, amigos e/ou parceiro(a)s, intensificando o sofrimento vivenciado por essas mulheres (FEIJÓ, 2016).

Salienta-se que a chegada de um bebê com microcefalia por Zika pode trazer consequências psicológicas, financeiras e sociais para as mães, momento em que muitas mulheres deixam suas atividades laborais ou de estudos, abdicam de suas

tarefas diárias e deixam de lado o convívio social para se dedicarem aos cuidados com a criança (SÁ et al., 2017).

Com isso, algumas mães costumam ser abandonadas, além de enfrentarem situações cercadas por preconceito, o que acaba ocasionando sentimento de incapacidade por não ter conseguido gerar um filho perfeito. Nota-se que alguns amigos, familiares, sobretudo a família paterna, acabam por não apoiarem, como demonstrado abaixo:

[...] a mãe do meu esposo e a irmã, uma avó e uma tia ausentes... Pense em duas pessoas ausentes... Às vezes eu acho que é pelo fato que ela nasceu assim **(Andrea)**.

[...] uma irmã que eu tenho tem um pouco de preconceito [...] **(Drica)**.

[...] os amigos e alguns familiares se afugentaram, sumiram, mas eu continuei sendo forte, chorava, me batia, perguntava a Deus porque fez isso comigo, que eu não merecia [...] **(Lúcia)**.

[...] da minha sogra eu não tive apoio [...] **(Mari)**.

Nesse sentido, evidencia-se que diante de situações como o diagnóstico de microcefalia do filho, muitas pessoas se distanciam e acabam por deixarem as mães unicamente responsáveis nos cuidados com a criança. Ademais, há uma rejeição por parte da família paterna, e isso se deve ao fato de que a mulher é considerada culpada por dar à luz a um filho imperfeito, além de ser sua responsabilidade cuidar, dar afeto e proteção ao bebê mediante os modelos patriarcais e de desigualdade entre os gêneros ainda cultuados socialmente (GIVIGI et al., 2015).

Sendo assim, as mulheres permanecem solitárias no cuidado ao filho e tornam-se as únicas que não medem esforços para atender às necessidades da criança. Para tanto, deslocam-se diariamente em busca de atendimento. Diante disso, enfrentam momentos difíceis, devido ao excesso de responsabilidade, sentimento de abandono, e, muitas vezes, tentam conciliar com alguma atividade rentável, gerando uma sobrecarga emocional e física, como pode ser evidenciado a seguir:

[...] é muito difícil, uma luta muito grande. Muito difícil mesmo... eu tive que deixar de fazer muita coisa pra cuidar da minha filha, estar ao lado dela **(Andrea)**.

[...] essa mulher que abriu mão dos estudos, da carreira... ela arruma tempo pra se virar entre consultas, crises, remédios, casa, marido, família **(Araújo)**.

[...] é difícil porque o mundo em geral é muito preconceituoso... quando eu vou na rua com ele, o povo fica olhando, outros falam na nossa cara [...] **(Keu)**.

[...] minha mãe me mandou tirar o menino... Tudo que acontecia, queria colocar na minha cabeça que o problema era meu [...] **(Mari)**.

Por outro lado, poucas mães revelam apoio contínuo por parte dos familiares, companheiro e amigos, como demonstrado abaixo:

[...] minha família. Amigos, não... Meu esposo é meu companheiro [...] **(Andrea)**.

[...] tive, do meu marido [...] **(Batatinha)**.

[...] tive o apoio de muita gente, uma amiga minha, que morava aqui, mas foi embora, minha mãe também, estava sempre comigo [...] **(Drica)**.

[...] tive o apoio da minha família **(Izabella)**.

[...] eu tive só do meu pai, da minha mãe e da minha ex-sogra **(Mari)**.

Desse modo, a família torna-se uma importante ferramenta na rede de apoio às mães, pois estas necessitam de auxílio nas atividades diárias e nos cuidados com a criança, devido à sobrecarga física e psíquica a que se encontram expostas. Sendo assim, a interação dos familiares permite às mulheres superar os problemas, bem como, contribuir na tomada de decisão e promover uma melhoria na qualidade de vida do binômio (RODRIGUES; MAZZA; HIGARASHI, 2014).

Atrelado a isso, o apoio espiritual é imprescindível, sobretudo em casos onde não há vínculo com a família ou parceiro, fornecendo suporte as mulheres ao lidar com as dificuldades (ANDRADE et al., 2018). As mães buscam ajuda de forças transcendentais e, sobretudo, acreditam na maternidade como possibilidade dada pelo divino, como apontado a seguir:

[...] peço sempre força a Deus, muita força, saúde ao meu filho, que a gente vai vencendo cada dia mais os obstáculos da vida. Que Deus sempre esteja na frente da nossa luta [...] **(Araújo)**.

[...] eu creio que meu filho, cada dia que passa, Deus vai transformando ele muito mais [...] **(Drica)**.

[...] ser mãe é uma dádiva de Deus... independente da microcefalia ou não, pra mim é um presente de Deus [...] **(Keu)**.

[...] Deus me deu ele pra mostrar que é difícil, é muito difícil, mas eu tenho capacidade, porque se Ele me deu, sabe que eu tenho capacidade de cuidar [...] **(Mari)**.

Por fim, torna-se fundamental o suporte econômico, social, emocional e familiar às mães, através da formação de redes de apoio. Além disso, é imprescindível que os profissionais de saúde possam esclarecer dúvidas, visando reduzir os medos e angústias por meio de uma assistência qualificada e humanizada. Cabe também ao estado, o estabelecimento de novas políticas públicas de saúde para melhor atender as crianças e as famílias envolvidas diante do diagnóstico de microcefalia por Zika

(BRUNONI et al., 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que, as representações sociais decorrentes da maternidade real de mães que tiveram crianças com microcefalia por Zika estão ancoradas por sentimentos negativos devido aos medos e incertezas vivenciados durante a epidemia e o conflito entre a projeção do filho perfeito e imperfeito. Por outro lado, percebe-se que algumas mães sustentam as representações sociais a partir de uma dimensão positiva, através do amor e proteção duplicados no que se refere ao filho especial e também pelo apoio familiar, do parceiro, de amigos e de forças transcendentais.

Evidencia-se que, as mães e crianças com microcefalia por Zika necessitam de uma assistência qualificada com base em princípios como a humanização e a integralidade, de modo a valorizá-los como cidadã(o)s de direito, sendo imprescindível profissionais preparados e capacitados para melhor atendê-las, oferecendo suporte psicológico necessário e imediato. Além disso, torna-se urgente ampliar a rede de apoio às mães, visando reduzir os danos físicos, psíquicos, sociais e financeiros a que estão submetidas diante de tal diagnóstico.

5 | REFERÊNCIAS

AFFINI, Aparecida Maria da Silva et al. Conduitas das enfermeiras sobre o Zika vírus na consulta pré-natal. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, supl.12, p. 5231-44, dez. 2017.

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de et al. Epidemia Zika vírus: influência da religião/espiritualidade em gestantes e puerpera. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 12, n. 2, p. 329-36, fev. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo (SP): Edições 70, 2011.

BOAS, Laís Macêdo Vilas; BRAGA, Maria Carolina da Costa; CHATELARD, Daniela Scheinkman. Escuta Psicanalítica de Gestantes no Contexto Ambulatorial: Uma experiência em Grupos de Fala. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 8-15, jan/mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html>. Acesso em: 02 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. Brasília (DF): 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 15 de 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 49, n. 22, maio. 2018.

BRUNONI, Decio et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciênc Saúde Colet**, v. 21, n. 10, p. 3297-302, 2016.

DINIZ, Débora. **Zika**: Do sertão nordestino à ameaça global. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016, 192p.

FEIJÓ, Marianne Ramos. Gestação e Zika: muita coisa para uma mãe só. **Fórum**, São Paulo, abr. 2016. Suplemento do Jornal Unesp, p. 3.

FEITOSA, Ian Mikardo Lima; SCHULER-FACCINI, Lavinia; SANSEVERINO, Maria Teresa Vieira. Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 5, n. 3, p. 75-80, 2016.

FLECK, Adriana; PICCININI, César Augusto. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, n. 40, p. 14-30, jan/abr. 2013.

FRANCO, Vitor. Conferência Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. **Rev latinoam psicopatol fundam**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 204-20, jun. 2015.

GIVIGI, Rosana Carla do Nascimento et al. Implicações de um diagnóstico: o que sentem as famílias dos sujeitos com deficiência? **Distúrb comun**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 445-53, set. 2015.

GUERRA, Camilla de Sena et al. Do sonho a realidade: vivência de mães de filhos com deficiência. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 459-66, abr/jun. 2015.

IBGE. **Brasil/Bahia/Itabuna**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/itabuna/panorama>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

LUZ, Kleber Giovanni; SANTOS, Glauco Igor Viana; VIEIRA, Renata de Magalhães. Febre pelo vírus Zika. **Epidemiol serv saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 785-8, out-dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Apoio psicossocial para mulheres grávidas e famílias com microcefalia e outras complicações neurológicas no contexto do Zika vírus**. Guia preliminar para provedores de cuidados à saúde. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204492/WHO_ZIKV_MOC_16.6_por.pdf;jsessionid=046AFB09899A08CC0590348E964DC605?sequence=5>. Acesso em: 03 jun. 2017.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus zika: uma visão a partir do Brasil. **Rev bioét**, v. 24, n. 3, p. 430-4, 2016.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NASCIMENTO, Emily da Silva. Representação Social da Depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. **Psicol ciênc prof**, v. 30, n. 3, p. 448-63, 2010.

ROCHA, Luis Fernando. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicol ciênc prof**, v. 34, n. 1, p. 46-65, 2014.

RODRIGUES, Bruna Caroline; MAZZA, Verônica de Azevedo; HIGARASHI, Ieda Harumi. Rede social de apoio de enfermeiras-mães no cuidado com os filhos. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 460-8, abr/jun. 2014.

SÁ, Fabiane Elpídio de et al. Produção de sentidos parentais no cuidado de crianças com microcefalia por vírus Zika. **Rev bras promoç saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-10, out./dez. 2017.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 208-15, 2013.

SILVA, Carla Cilene Baptista da; RAMOS, Luíza Zonzini. Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos. **Cad Ter Ocup UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 15-23, 2014.

TAVARES, Renata Corbetta. O bebê imaginário: uma breve exploração do conceito. **Rev bras psicoter**, v. 18, n. 1, p. 68-81, abr. 2016.

VENTURA, Miriam; CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel. Direitos Reprodutivos e o Aborto: As mulheres na epidemia de Zika. **Rev Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, p. 622-51, 2016.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ITABUNA. **Número de casos confirmados de microcefalia por Zika**. Itabuna (BA): SMS, 2018.

RODA DE CONVERSA COM HOMENS SOBRE CÂNCER DE MAMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila de Cássia da Silva de França

Mestranda da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Belém - Pará

Paula Regina Ferreira Lemos

Mestranda da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Belém - Pará

Thais de Oliveira Carvalho Granado Santos

Mestranda da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Belém - Pará

Heliana Helena de Moura Nunes

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Belém - Pará

Ilma Pastana Ferreira

Universidade do Estado do Pará
Belém - Pará

Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará

RESUMO: Introdução: Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Por sua vez, o câncer de mama masculino é uma neoplasia rara, estimando-se que, para cada 100 casos novos de câncer mamário feminino, apenas um caso de câncer masculino será

encontrado, correspondendo 0,8% a 1% do total dos casos de câncer mamário. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma roda de conversa sobre o câncer de mama no sexo masculino e a adoção de um estilo de vida saudável como prevenção primária com trabalhadores do sexo masculino de uma fábrica de colchões situada no município de Ananindeua-PA. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou como metodologia a realização de roda de conversa. Resultados/Discussão: Todos os funcionários participaram do diálogo inicial ocorrido à partir das 04 perguntas geradoras da discussão, expondo os seus conhecimentos e dúvidas a respeito do assunto abordado. Após a exposição sobre o assunto, ocorreu a reflexão de todos e trocas de saberes entre os participantes e a equipe de saúde a respeito do câncer de mama. Conclusão: A experiência pode ser considerada exitosa, pois através dos esclarecimentos diversos preconceitos e dúvidas foram esclarecidos. Os homens demonstraram interesse no assunto, surpresa ao descobrirem, que embora a possibilidade de adoecimento de um homem pela doença abordada fosse reduzido, poderia ocorrer, e por isso a importância da prevenção primária.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de Mama, Educação em Saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT Introduction: Cancer is the name given to a set of more than 100 diseases that have in common the disordered growth of cells that invade tissues and organs. In turn, male breast cancer is a rare neoplasm, estimating that for every 100 new cases of female breast cancer, only one case of male cancer will be found, corresponding to 0.8% to 1% of all cases of breast cancer. Objective: To report the experience of a conversation about breast cancer in males and the adoption of a healthy lifestyle as primary prevention with male workers at a mattress factory in the municipality of Ananindeua-PA. Methodology: This is a cross-sectional, descriptive study with a qualitative approach, which used as a methodology the realization of a conversation wheel. Results / Discussion: All the employees participated in the initial dialogue that occurred from the 4 questions generating the discussion, exposing their knowledge and doubts about the subject addressed. After the presentation on the subject, there was the reflection of all and exchanges of knowledge between the participants and the health team about breast cancer. Conclusion: The experience can be considered successful, because through the clarifications several preconceptions and doubts were clarified. The men showed interest in the subject, surprised to discover that although the possibility of a man suffering from the disease being treated was reduced, it could occur, and therefore the importance of primary prevention.

KEYWORDS: Breast Cancer, Health Education, Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

Câncer, por definição, é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O câncer lidera as causas de morte no mundo e, entre mulheres, o tumor de mama é o mais prevalente, inclusive no Brasil (INCA, 2018).

Especificamente, o câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve no tecido da mama. Essa neoplasia é um problema que está despertando maior atenção na saúde pública mundial, sendo o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015).

No Brasil, embora exista uma grande heterogeneidade na distribuição de casos novos e mortes por câncer de mama, as maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem nas Regiões Sul e Sudeste, e as menores taxas nas Regiões Norte e Nordeste. Estima-se um total de 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil para o ano de 2018, No ano de 2013 ocorreram 14.388 mortes provocadas pelo câncer de mama, sendo 14.206 mulheres e 181 homens (INCA, 2018).

Por sua vez, o câncer de mama masculino é uma neoplasia rara, pouco estudada, estimando-se que, para cada 100 casos novos de câncer mamário feminino, apenas um caso de câncer masculino será encontrado, o que corresponde de 0,8% a 1% do total dos casos de câncer mamário. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade

é de aproximadamente 400 casos/ano, correspondendo a 0,1% de todos os óbitos masculinos por câncer nos Estados Unidos por ano (BUZDAR; GIORDANO; HORTOBAGY, 2002; PHILOPTTS; SMITH, 2003).

A incidência do câncer de mama masculino varia de acordo com a distribuição geográfica, com a ocorrência passando de 1% do total dos casos de câncer mamário na Europa e Estados Unidos, para 0,1% a 0,6% no Japão e, contrariamente, atingindo alta proporção em alguns países do Continente Africano, como Uganda, Tanzânia e Zâmbia, com uma incidência de 4,8%, 6% e 15%, respectivamente. Esta alta incidência relatada nos países africanos teria explicação pelo fato de estes países apresentarem altos índices de doenças hepáticas endêmicas, principalmente a esquistossomose, que levaria à insuficiência hepática, levando à alteração na metabolização hormonal, podendo acarretar situações de hiperestrogênismo (TISCHKOWITZ et al., 2002). É importante relatar que alguns países africanos também apresentam altas taxas de gestação gemelar, fato atribuído a uma alimentação rica em um tipo de inhame, que contém substâncias estrógeno-like, e que também poderia ser um fator a mais a ser considerado como uma situação de estimulação hormonal persistente (PUECH et al., 2000). O que chama a atenção é que esses números vêm aumentando progressivamente a cada ano.

Por ser uma condição quase desconhecida pela população, e também pela classe médica de um modo geral, o câncer na mama masculina é na maioria das vezes diagnosticado tardiamente, em estádios mais avançados, o que compromete o prognóstico e acarreta maior morbimortalidade em relação aos casos de neoplasia mamária feminina. O seu diagnóstico é mais tardio, com a média de idade em torno dos 60 anos, ou seja, sendo identificado aproximadamente dez anos mais tarde que a idade média do diagnóstico de câncer mamário nas mulheres (HEINIG et al., 2002). No entanto existe a dúvida, se a idade de aparecimento da neoplasia é realmente mais tardia ou se o citado retardo no diagnóstico é que daria esta falsa ideia.

Além do citado desconhecimento da doença, um fator importante que contribui para a demora na busca de auxílio médico especializado é o fato de a população masculina aparentemente dar menor valor ao aparecimento de nódulos ou outras alterações em suas mamas, talvez por considerar vergonhosa a situação de um homem apresentar algum problema em um órgão de conotação feminina (SMOLIN; MASSIE, 2002).

Os principais fatores de risco identificados são: antecedente familiar, genético (através de mutações nas delações BRCA 1 e BRCA 2), história de patologia mamária benigna, hábitos de vida inadequados como consumo exagerado de gordura e etilismo, insuficiência hepática, tratamentos hormonais prolongados, tumores de testículo, orquite, traumas testiculares, tumores de próstata, obesidade, alterações de cariótipo (Síndrome de Klinefelter), assim como a presença de ginecomastia. Esta última, apesar de não ser considerada isoladamente um fator de risco para o câncer de mama em homens, apresenta frequente associação com a mesma (GIORDANO, 2005). Um

estudo realizado nos Estados Unidos, em pacientes do sexo masculino com câncer de mama, destacou alguns fatores comuns associados, como por exemplo, o parentesco de primeiro grau masculino com câncer de mama, o índice de massa corporal elevado (sobrepeso e obesidade) e a inexistência da realização de atividade física (ONAMI; OZAKI; MORTIMER; PAL, 2010).

Existem sinais e sintomas que o caracterizam, porém, o mais comum é o nódulo, que tem consistência dura, irregular e indolor, se tornando ainda mais suspeito quando aparece em homens com mais de 50 anos. Além destes, se faz necessário averiguar: secreção papilar sanguinolenta e/ou mucopurulenta unilateral, lesão da pele mamária que não responde a tratamento tópico, linfadenopatia axilar, aumento do tamanho da mama com a presença de edema, pele com aspecto casca de laranja, retração mamária, e/ou mudança no formato do mamilo (INCA, 2015).

Os exames complementares na identificação do câncer mamário masculino, como nos casos da neoplasia feminina, são os métodos de diagnóstico por imagem, como a mamografia e a ecografia mamária, que se apresentam eficientes para a detecção e diagnóstico precoce do tumor seguidos de biópsia pelas técnicas habituais, como punção aspirativa com agulha fina, biópsia de fragmento com agulha grossa e até excisão do nódulo para confirmação histológica (YANG et al., 2001).

As pesquisas mostram que os indivíduos são diagnosticados em estádios tardios (II, III e IV), pela falta de acesso destes à assistência especializada em serviços públicos e a carências de políticas públicas que dissertem sobre o tema e a necessidade de prevenção. A Saúde do Homem é uma iniciativa governamental recente, de promoção, prevenção e tratamento focada em patológicas que os acometem, porém com enfoque principalmente na neoplasia maligna de próstata, que é a mais incidente (BRASIL, 2014).

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência de uma roda de conversa sobre o câncer de mama no sexo masculino e a adoção de um estilo de vida saudável como prevenção primária ocorrida com trabalhadores do sexo masculino de uma fábrica de colchões situada no município de Ananindeua-PA.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou como metodologia a realização de roda de conversa. A experiência foi realizada em uma fábrica de colchões, situada no município de Ananindeua-PA, que possui cerca de 50 funcionários por turno de trabalho, a maioria do sexo masculino.

A roda de conversa representa um instrumento metodológico, pois a mesma abre espaço para que os sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem estabelecem um espaço de diálogos e interações, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro, em um movimento de alteridade e compreensão sobre a voz do outro em seu contínuo espaço de tempo (GUARDA et al., 2017).

As rodas de conversa, também nomeadas por Paulo Freire: “Círculos de Cultura”, proporcionam momentos de fala e de escuta. Para Freire (1983) os Círculos de Cultura são o diálogo, é a pronúncia do mundo, ou seja, é o processo de ler o mundo, problematizá-lo, compreendê-lo e transformá-lo. É um diálogo, em que “[...] o pensar do educador somente ganha autenticidade, na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados ambos pela realidade, portanto na intercomunicação[...]” (FREIRE, 1983, p.64).

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre, como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso (FREIRE, 1983).

Para Sampaio et al. o espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em alusão ao Outubro Rosa, movimento popular mundial, com ações no mês de outubro voltadas para a conscientização da promoção à saúde e diagnóstico precoce do câncer de mama, foi organizado pela Coordenação Saúde da Mulher uma Programação especial para os homens sobre a temática, dentre a qual a realização de uma roda de conversa em uma fábrica de colchões situada no município, realizada no dia 20 de outubro de 2016, a qual é relata no presente manuscrito. A atividade contou com a participação de 27 funcionários do sexo masculino. A metodologia utilizada para a abordagem educativa foi roda de conversa, pois se trata de um método de ressonância coletiva, que consiste na criação de espaços de diálogo, nos quais as pessoas podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos (COELHO, 2007). A atividade foi conduzida por uma enfermeira, coordenadora do Programa Saúde da Mulher do município referido, e por equipe multiprofissional da secretaria de saúde.

A abordagem educativa foi realizada nos seguintes momentos: antes da entrada dos participantes e início do diálogo, foram escolhidas aleatoriamente quatro cadeiras

da sala onde ocorreu a atividade, nas quais foram coladas perguntas com os seguintes questionamentos: 1. Você sabe o que é câncer de mama?; 2. Os homens podem ter câncer de mama?; 3. Os nossos hábitos diários propiciam o surgimento desse tipo de câncer?; 4. Você conhece e sabe o que significa o “Outubro Rosa”? A sala foi estruturada para a roda de conversa, de forma que todos os participantes pudessem se enxergar e assim facilitar o diálogo, posteriormente todos os participantes entraram e foi proposta uma dinâmica de apresentação para o grupo. Após, pediu-se para que eles procurassem embaixo das cadeiras em que estavam sentados um papel afixado anteriormente. Quando os 04 participantes encontraram, foi explicado que os papéis encontrados continham perguntas enumeradas de 01 a 04, que deveriam ser lidas na ordem numérica para o grupo e respondidas por qualquer um deles, de acordo com a sua experiência e conhecimento pessoal. Após a leitura de cada pergunta geradora, iniciou-se uma roda de conversa com os trabalhadores. Em seguida ao diálogo e reflexão sobre cada um dos questionamentos colocados ao grupo foi realizada uma abordagem educativa com apresentação de slides com o recurso de um datashow com o seguinte roteiro: o que é o câncer de mama?; dados epidemiológicos sobre o câncer de mama; o que aumenta o risco de adoecimento (fatores de risco ambientais, comportamentais, genéticos e hereditários); como prevenir; detecção precoce; campanha Outubro Rosa. Durante a abordagem, discutimos novamente os questionamentos anteriores, produzindo saberes à partir do conhecimento e experiência dos participantes.

Todos os funcionários participaram do diálogo inicial ocorrido à partir das quatro perguntas geradoras da discussão, expondo os seus conhecimentos e dúvidas a respeito do assunto abordado. Na primeira pergunta, 14 homens relacionaram o câncer de mama como uma doença incurável, ou seja, 51,85%. Quando a segunda pergunta foi lida, 100% dos participantes disseram que os homens não poderiam ter câncer de mama, somente as mulheres, pois não conheciam casos de homens acometidos por essa doença. Quanto à terceira pergunta, 12 funcionários relacionaram a alimentação inadequada, a obesidade e o sedentarismo como fatores importantes para o adoecimento por esse e outros tipos de câncer, ou seja, apenas 44,44%, menos da metade do total de funcionários participantes. E quanto a última pergunta, todos relacionaram o “Outubro Rosa” à uma campanha contra alguma doença que acomete apenas as mulheres. Após a exposição sobre o assunto, ocorreu a reflexão de todos e trocas de saberes entre os participantes e a equipe de saúde a respeito do câncer de mama

A atividade produziu empoderamento dos trabalhadores acerca do câncer de mama, pois se verificou que a partir do conhecimento repassado, e dos conhecimentos prévios de cada um, eles puderam refletir e compartilhar com o grupo vivências relacionadas e assim discutir sobre os cuidados necessários para o não adoecimento.

Nesse espaço de fortalecimento do trabalhador visando a promoção da saúde, percebeu-se também que os participantes sentiram-se acolhidos, apoiados, seguros e

mais imponderados para tomarem decisões e condutas mais corretas em relação ao cuidado com eles mesmos e com os seus familiares (COSTA et al, 2015).

Desta forma, a partir da conversa, os trabalhadores puderam esclarecer as suas dúvidas, saber, que apesar de raro, o câncer de mama pode acometer homens e conhecer os mecanismos de promoção e prevenção da doença.

O espaço de produção de saberes ocupa todo o campo em que pessoas compartilham vivências, valores, sentidos e identidades (SCHIMITH, 2012). As Rodas figuram como uma possibilidade de reflexão sobre como conhecimentos são produzidos no cotidiano, um caminho para novas compreensões na tessitura de novos fios para uma rede definitivamente incompleta, mutante e em expansão. Estes aspectos foram perceptíveis na Roda observada com os trabalhadores.

O diálogo funcionou como um recurso didático e também como um instrumento (ferramenta) real para fazer aflorar opiniões divergentes. O debate demonstrou que as noções fornecidas necessitavam de revisão, para desconstruir crenças falsas na intenção de obtenção de consensos, em busca de um saber prático (ações, propósitos, condutas, resoluções).

Os participantes apontaram também a oportunidade para troca de ideias e o respeito à fala de cada um. Neste contexto, a teoria da reciprocidade ilumina as práticas solidárias, fazendo florescer experiências de partilha e ajuda mútua na construção da vida social. Sabourin (2009) define a reciprocidade como “a dinâmica de reprodução de prestações, geradora de vínculos sociais” (p.51), permitindo o reconhecimento do(s) outro(s), em função do sentimento de pertença a um grupo, formando uma identidade coletiva, pelo compartilhamento de saberes e valores.

5 | CONCLUSÃO

A roda de conversa possibilita o diálogo e dá abertura para a resignificação dos saberes a partir da pensar-refletir-modificar, colocando o ser participante como ator, como centro da mudança da sua própria realidade, fundamental para o conhecimento coletivo no tocante do câncer de mama, levando-os a demonstrar interesse em modificar comportamentos, incluir uma alimentação saudável, atividades físicas diárias e que diminuam a obesidade e a incluir as mulheres do seu cotidiano nesse processo com o intuito do não adoecimento pelo câncer de mama também. A experiência pode ser considerada exitosa, pois através dos esclarecimentos diversos preconceitos e dúvidas foram esclarecidos. Os homens demonstraram interesse no assunto, surpresa ao descobrirem, que embora a possibilidade de adoecimento de um homem pela doença abordada fosse reduzido, poderia ocorrer, e por isso a importância da prevenção primária. Outro ponto importante foi a conscientização da importância do apoio deles às mulheres próximas que adoecerem pelo câncer de mama, visto que muitas mulheres são abandonadas pelos companheiros durante o tratamento para a

doença, pelo desconhecimento e medo.

Apesar de muito se discutir a respeito do câncer de mama, pela sua alta incidência, pouco se fala sobre o acometimento dos homens, onde, embora seja considerado raro, sua incidência venha aumentando linearmente durante os anos, com sobrevida inferior à das mulheres acometidas, no Brasil. São necessárias ações de política pública para a saúde do homem com enfoque para a promoção, prevenção e tratamento focadas em todas as patologias que podem acometer os homens.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **TNM: Classificação de Tumores Malignos**. 6ed. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BUZDAR, A. U.; GIORDANO, S.H; HORTOBAGY, G. N. **Breast Cancer in Men**. *Annals of Internal Medicine*, v. 137, p. 678-687, 2002.

COELHO, D.M. **Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa**. In: Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO; 2007 Out; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psicologia Social; 2007.

COSTA, R. R. O. **As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental**. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 13, n. 43, p. 30-36, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983, p.64.

GIORDANO, S. H. **A review of the diagnosis and management of male breast cancer**. *Oncologist*, v. 10, n. 7, p. 471-9, 2005.

GUARDA, G. N. **A roda de conversa como metodologia educativa: o diálogo e o brincar oportunizando o protagonismo infantil na sala de aula**. In: EDUCERE – CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 13., 2017,

Curitiba. **Anais**. Curitiba: PUCPR GRUPO MARISTA, 2017. p. 12886-12899.

HEINIG, J et al. **Clinical management of breast cancer in males: a report of four cases**. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, v. 102, n. 1, p. 67-73, 2002.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**, Ministério da Saúde, 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acessado em 12/10/2018.

ONAMI, S.; OZAKI, M.; MORTIMER, J. E.; PAL, S. K. **Male breast cancer: An update in diagnosis, treatment and molecular profiling**. *Maturitas*, v.65, n. 4, p. 308-314, 2010.

PHILOPTTS, L. E.; SMITH, R. A. **Screening for breast cancer**. *Sem Roentgenol*, v. 38, p. 19-33, 2003.

PUECH, F.; CHAUVET, M. P.; LUCOT J. P.; VAAST P. **Grossesses múltiplas**. Étude anatomoclinique et prise en charge. *Encyclopédie Médico-chirurgicale (Editions Scientifiques et*

Medicales Elsevier SAS, Paris),Gynecologie/Obstétrique, 2000;5-030-A-10.

RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, A. N. **Uma análise da prevenção do câncer no Brasil.** Rev. Ciências e Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 3163-3173, 2015.

SABOURIN E. Camponeses do Brasil: entre a troca mercantil e a reciprocidade. Rio de Janeiro: Garamond; 2009.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. Educ. Saúde, v. 9, n.3, p. 479-503, 2012.

SMOLIN, Y.; MASSIE, M. J. **Male Breast Cancer: A Review of the Literature and a Case Report.** Psychosomatics, v. 43, p. 326-30, 2002.

TISCHKOWITZ, M. D; HODGSON, S. V; FENTIMAN; I. S. **Male breast cancer: aetiology, genetics and management.** Int J Clin Pract, v.56, p. 750-4, 2002.

YANG, W. T. et al. **Sonographic features of primary breast cancer in men.** AJR Am J Roentgenol, v. 176, p. 413-6, 2001.

SITUAÇÃO HIGIENICO - SANITÁRIA DOS BATEDORES DE AÇAÍ NO BAIRRO QUARENTA HORAS, ANANINDEUA, PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Letícia Gomes de Oliveira

Leandro Neves Da Silva Costa

Raissa Costa Simão

Layse Rodrigues do Rozario Teixeira Lins

Maria Josilene Castro de Freitas

Caroline Martins da Silva Moia

Rodolfo Marcony Nobre Lira

RESUMO: Introdução: O açaí é um fruto produzido em uma palmeira chamada popularmente de açazeiro encontrado no estado do Pará, na região amazônica, faz parte da vegetação de matas de terra firme, várzea e igapó. O fruto é de extrema importância econômica e nutricional. Sendo assim, existe uma preocupação quanto ao manuseio do fruto com intuito de evitar as intoxicações alimentares e contaminação por parasitas. **Objetivo:** Verificar as condições higiênico-sanitárias de batedores de açaí no bairro do Quarenta Horas, Município de Ananindeua, Pará. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório de probabilidade por conveniência, do tipo relato de experiência, realizada no dia 16 de Abril de 2017, na feira, no bairro do Quarenta horas, município de Ananindeua-PA, resultado de um trabalho acadêmico, técnico, científico, vinculado à disciplina de Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária. Os dados foram coletados em quatro pontos de açaí denominados de ponto A, B, C

e D. **Resultados:** Dos quatro pontos visitados 50% estavam com licenciamento que permite a venda do produto; 75% encontrava-se com selo do IMETRO na máquina batidora de açaí; 50% possuía freezer exclusivo para o armazenamento e nenhum dos manipuladores fazia uso de 100% dos Equipamentos de Proteção Individual obrigatórios. A principal falha verificada foi na destinação dos resíduos sólidos. **Conclusão:** O estudo evidenciou condições inadequadas de acondicionamento, preparo e destinação final do produto levando à constatação de um grave problema de saúde pública.

DESCRITORES: Açaí; Doença de chagas; Saúde ambiental

SUMMARY: Introduction: The acai berry is a fruit produced in a Palm tree popularly called of assai Palm found in the State of Pará, in the Amazon region, part of the forest vegetation of dry land, floodplain and wetland. The fruit is extremely important nutritional and economic. Therefore, there is a concern about the handling of the fruit in order to prevent food poisoning and contamination by parasites. **Objective:** To verify the sanitary hygienic conditions of açai beaters in the neighborhood of 40 Hours, municipality of Ananindeua, Pará. **Methodology:** Descriptive, exploratory Study of probability for convenience, like case studies, held on 16 April 2017, at

the fair, in the neighborhood of 40 hours, municipality of Ananindeua-PA, result of a scholarly work, technical, linked to the scientific discipline of environmental health and health surveillance. The data were collected at four points of acai berry referred to point A, B, C and D. **Results:** Of the four points visited 50% were with licensing that allows the sale of the product; 75% was with IMETRO seal on Acai Scout machine; 50% owned exclusive freezer for storage and no handlers made use of 100% of Individual protection equipment required. The main failure verified was in solid waste disposal. **Conclusion:** The study showed inadequate conditions of packaging, preparation and final destination of the product leading to the finding of a serious public health problem. **KEYWORDS:** Acai; Chagas disease; Environmental health

1 | INTRODUÇÃO

O *Euterpe oleracea* Mart. conhecido com nome de açaí é um fruto produzido em uma palmeira chamada popularmente de açazeiro encontrado no estado do Pará, na região amazônica, faz parte da vegetação de matas de terra firme, várzea e igapó (Brasil, 2017).

O Pará é o maior produtor nacional de açaí, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). A Secretaria de Estado de Agricultura (Sagri), afirma que em Belém existem cerca de 2.700 batedores de açaí cadastrados na Associação dos Vendedores Artesanais de Açaí de Belém; e destes, menos de 10% estão aptos a vender o produto dentro das normas de higiene estabelecidas pela legislação sanitária do Estado. De acordo com os dados de controle fiscal da SEFA em 2014, somente no município de Ananindeua, a produção de polpa e mix de açaí chegou a 5.562.848 quilos (Tavares, 2015).



Figura 1: Fruto açaí antes do processamento

Fonte: Pesquisa de Campo, 2017

O fruto é de extrema importância econômica por sua enorme capacidade de aproveitamento da matéria-prima e está presente na dieta de muitos paraenses, sendo

englobada nas principais refeições diárias. Além do valor socioeconômico, possui elevado valor nutricional por ser fonte de lipídeos, ferro, fibras, minerais, fósforo, vitamina B1 e E, além de antioxidantes que protegem o organismo contra o acúmulo de lipídeos causadores de arteriosclerose (Vasconcelos, 2005).

Reconhecendo a importância do açaí o Governo do Estado do Pará criou em 2011 o Decreto Estadual nº 250/11 Programa Estadual de Qualidade do Açaí, coordenado pela atual Secretaria de Estado de Desenvolvimento Agropecuário e da Pesca (SEDAP) que têm por objetivo a introdução de boas práticas na extração/ produção, transporte, comercialização, fabricação artesanal e industrial, de modo a garantir padrão de qualidade do produto (Tavares, 2015).

Sendo tão popular assim, existe uma preocupação quanto ao manuseio do fruto até chegar ao consumidor final com intuito de evitar as intoxicações alimentares e contaminação por parasitas, que acaba sendo triturado junto com o fruto arroxeadado ou os gomos doces, principalmente em locais sem uma higiene adequada.

Em 2010, pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (Ipen) a pedido do Ministério da Saúde, confirmou a relação entre o consumo do açaí e a incidência de Doença de Chagas, depois que, somente no ano de 2006, foram registrados 430 casos da doença no estado do Pará. Entre os pacientes, o que havia em comum era o fato de as pessoas terem ingerido açaí em determinados pontos de venda, já havia a associação da fruta à doença, mas os dados eram apenas epidemiológicos, sem comprovação científica (Brasil, 2010).

A Doença de Chagas é causada por um protozoário, *Trypanosoma cruzi*, um de seus modos de transmissão é por meio da ingestão de fezes dos insetos triatomíneos (vetores do parasita), conhecidos popularmente no Brasil como “barbeiro” (Médicos Sem Fronteiras, 2018). Testes realizados mostraram que o protozoário causador da doença de Chagas é capaz de sobreviver na polpa da fruta tanto em temperatura ambiente, como a 4°C, temperatura média de uma geladeira, e até a -20°C, no açaí congelado (Brasil 2010).

Hotez (2012) afirma que a doença de chagas é uma parasitose endêmica, que afeta aproximadamente 10 milhões de pessoas em todo o mundo. Cerca de 300.000 novos casos são diagnosticados por ano, representando um grande problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até o ano de 2016, cerca de 10 milhões de pessoas no mundo estejam infectadas pela doença de Chagas (Climep, 2017).

O mal de Chagas apresenta duas fases. Na primeira, aguda, o paciente apresenta inchaço no local, febre e indisposição. Na segunda fase, as manifestações crônicas do mal de Chagas aparecem mais tarde, de 20 a 40 anos depois da infecção original (Climep, 2017).

A patologia é diagnosticada através de exame de sangue, na fase aguda está caracterizado pela visualização do parasita ao microscópio e na fase crônica é feito

usando sorologia para detectar a presença de anticorpos (IgG anti-T.cruzi) como resposta do sistema imune contra a infecção (Médicos Sem Fronteiras, 2018). O tratamento da infecção se dá por meio de dois medicamentos, o benzonidazol e nifurtimox. Ambos foram desenvolvidos no início da década de 1970 e apresentam diversos problemas como baixa eficácia e alta toxicidade (Climep, 2017).

Para garantir esses cuidados, o açaí passa por uma série de processos manuais, desde a lavagem em diversos tanques, no intuito de remover a sujidade, garantir a morte de microrganismos patogênicos (por diluição de 20 a 50 ppm de cloro) e retirar o excesso de cloro. Sequentemente, o fruto é submetido ao branqueamento ou escaldamento com água entre 40 a 60 °C em um período entre 10 a 60 minutos, que permite o amolecimento do epicarpo e mesocarpo do fruto, facilitando o processo de extração da polpa (Ferreira 2016).

É importante que durante esse processo os utensílios utilizados estejam em perfeitas condições de higiene, o ambiente esteja limpo, o manipulador usando vestimentas adequadas e ter todos os cuidados para o descarte final dos caroços que devem ser feito de maneira adequada em lixeira com tampas e sacos apropriados, a fim de evitar a atração de vetores.

Sendo assim, o presente trabalho demonstrou-se importante para saúde pública, pois o Estado do Pará é o maior produtor de açaí nacional e seu consumo é constante na população, para isso a manipulação do fruto deve ser cuidadosa, a fim de evitar patologias.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar as condições higiênico-sanitárias de batedores de açaí no bairro do Quarenta Horas, Município de Ananindeua, Pará.

2.2 Objetivos Específicos

- A) Avaliar as condições de higiene do espaço físico;
- b) Avaliar as condições de higiene e uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos manipuladores;
- c) Avaliar as condições de descarte dos resíduos gerados.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de probabilidade por conveniência,

do tipo relato de experiência. Foi realizado no dia 16 de Abril de 2017, no período da manhã, na feira do bairro do Quarenta horas, município de Ananindeua, Pará, Brasil, por acadêmicos do curso de enfermagem, resultado de um trabalho acadêmico, técnico e científico, vinculado à disciplina de Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária, de uma instituição de ensino superior privada, e contou com a autorização da coordenação do curso de enfermagem da Instituição.

Foram incluídos no estudo os proprietários e comerciantes locais se encontravam presentes no momento da coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa, de ambos os sexos e de qualquer faixa etária. Inicialmente, foi explicado o objetivo e significado da pesquisa aos comerciantes do trabalho e posteriormente a autorização deles, foi dado início a vistoria.

Os dados foram coletados por meio de um check-list elaborado, com base na Portaria nº 368, de 04 de setembro de 1997, Regulamento Técnico sobre as condições Higiénico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Elaboradores / Industrializadores de Alimentos; Resolução ANVISA Nº RDC 216/2004 - Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação; Portaria Federal Nº 2914/2011 - Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Utilizaram-se também dados da literatura científica sobre o processamento do açaí.

A vistoria foi realizada em quatro pontos de açaí, denominados de ponto A, B, C e D. O check-list norteou os itens: a) espaço físico e as condições de higiene; b) condições de higiene e uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos manipuladores; e c) condições de descarte dos resíduos gerados.

Os responsáveis pela pesquisa estavam adequadamente equipados conforme as normas de biossegurança, sem riscos aos envolvidos no trabalho. Os nomes dos participantes e do comércio serão mantidos em sigilo e os resultados somente utilizados com finalidade de pesquisa. Os participantes foram informados que a qualquer momento poderiam abandonar o estudo, pois sua participação foi voluntária.

4 | RESULTADOS

Foram visitados 4 pontos (A, B, C e D) na feira do bairro do Quarenta horas, município de Ananindeua, Pará, no período da manhã, pois é o horário de maior movimentação dos trabalhadores locais, os pontos eram todos localizados próximo um dos outros.

Dos quatro pontos visitados 50% (2/4) estavam com a licença que permite a venda legal do produto; nenhum dos manipuladores fazia uso de todos os EPIs obrigatórios de acordo com a biossegurança; 75% (3/4) encontravam-se com selo do IMETRO na máquina utilizada para bater o açaí, dentre estes, apenas 50% (2/4) possuía freezer exclusivo para o armazenamento para o fruto.

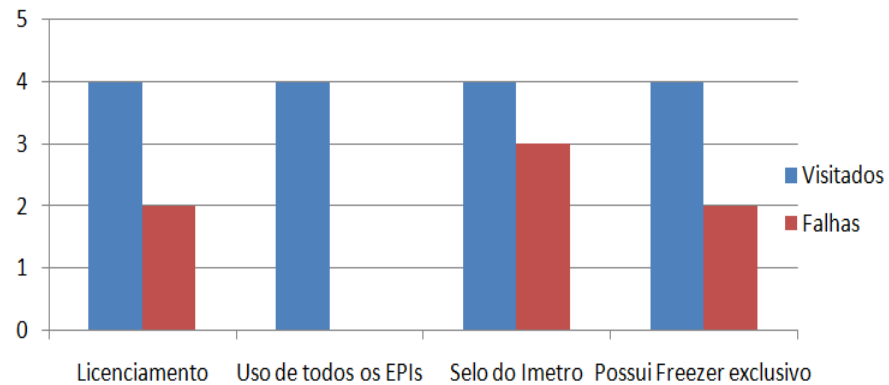


Gráfico 1: Batedores de açaí visitados e as principais falhas encontradas

Fonte: Ficha de Avaliação, 2017.

Após averiguação dos pontos batedores evidenciou-se que o ponto A estava desativado, o comerciante revendia o açaí, ou seja, não era ele que produzia o suco. Foram encontradas algumas falhas como: ambiente sujo, com presença de vetores, freezer estava em estado de degradação com ferrugem e oxidação nas bordas, usado para armazenar outros alimentos além do açaí, na pia havia objetos desnecessários como uma banheira de criança, como ilustra a figura 2.



Figura 2: Situação Higiênica do ponto A

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

O ponto B por sua vez estava mais organizado e funcionando com o Licenciamento que permite a venda do produto, o manipulador estava usando alguns dos EPIs obrigatórios (exceto a touca), observou-se que ele efetuava a técnica de processamento corretamente. O estabelecimento era vidrado e com iluminação adequada, livre de vetores, os equipamentos e louças encontravam-se higienizado e na máquina batidora havia selo do IMETRO, o freezer está bem conservado e encapado, era usada exclusivamente para o armazenamento do suco, as embalagens estavam bem conservadas e acondicionadas, e a pia equipada com produtos de higiene, como mostra a figura 3.



Figura 3: Situação Higiênica do ponto B

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

No ponto C encontraram-se inúmeros erros, o local não possuía licenciamento que permite a venda do produto, o equipamento utilizado para bater o fruto tinha o selo do IMETRO e estava higienizado; a conservação do suco estava adequada, havia um freezer e bom estado de conservação bem encapado e limpo, porém, identificou-se

outros alimentos armazenados junto com o suco, os manipuladores usavam somente touca, a pia ao lado encontrava-se em estado precário, com muita louça suja, garrafa plástica, junto com detergente e resíduos sólidos, os sacos de caroço de açaí estavam empilhados no chão do comércio próximo a pia e ao lixo, sem nenhum armazenamento higiênico, como demonstra a figura 4.



Figura 4: Situação Higiênica do ponto C

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Ao chegar ao ponto D, os manipuladores já haviam terminado de manusear o açaí, os funcionários estavam limpando o ambiente e lavando os equipamentos matérias que foram utilizados. Identificou-se a licença para a venda do suco, os funcionários afirmaram que fazem a técnica de branqueamento corretamente, conforme o passo a passo ilustrado na parede do local. Pode-se verificar que a maquina tinha selo do IMETRO, o freezer estava relativamente bem conservado e armazenava somente o suco, a iluminação estava adequada, porém os funcionários não usavam os EPIs para limpeza, como ilustra a figura 5.



Figura 5: Situação Higiênica do ponto D

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

A principal falha verificada foi na destinação dos resíduos sólidos. Os comerciantes de todos os pontos afirmaram que os caroços excedentes da produção do suco eram colocados em sacos conhecidos popularmente de palinha e despejados na frente de seus pontos, onde ressalta-se a presença de vetores (Figura 6). De acordo com informações colhidas, esse material seria recolhido por carroceiros locais e despejado em lixão a céu aberto ou igarapé próximo.

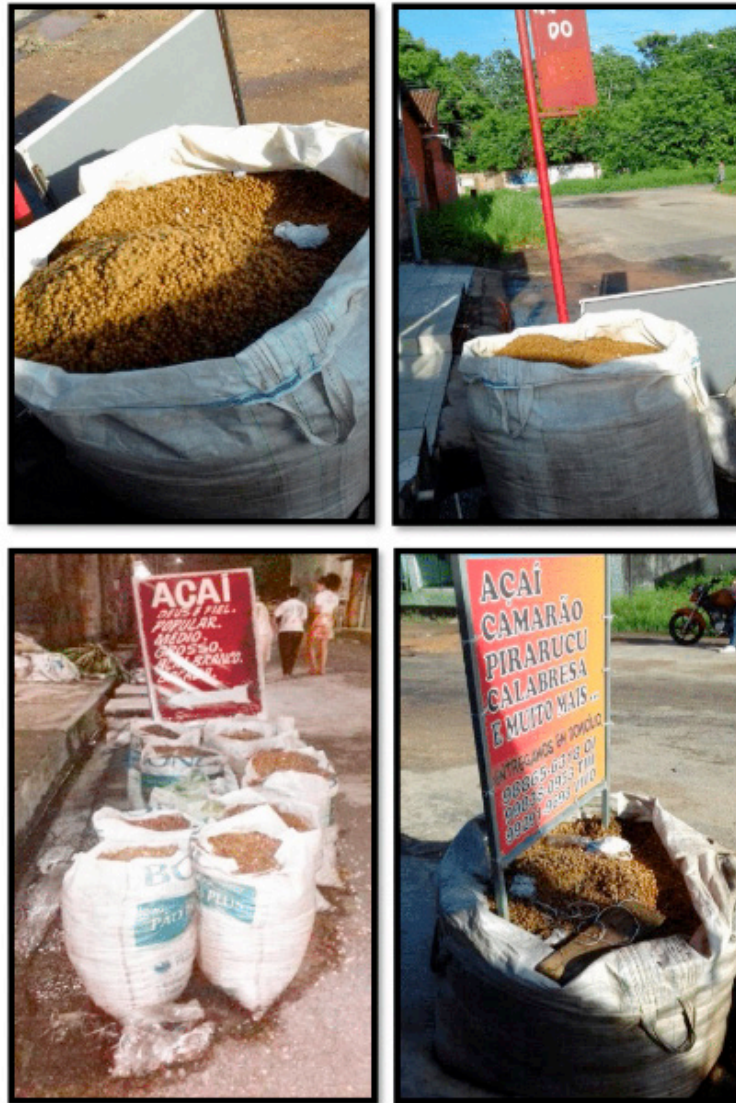


Figura 6: Situação dos resíduos sólidos despejados em frente aos pontos visitados.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Não foi possível visitar outros pontos, pois houve resistência por parte dos comerciantes, o que se atribuiu a falta de conhecimento a respeito da importância da vistoria e a desconfiança de possíveis denúncias.

5 | DISCUSSÃO

O açaí é o alimento diário para muitas pessoas da população do norte e, pelo preço acessível e alto valor nutricional, muitas vezes a única refeição do dia. Nesta região a comercialização e consumo são realizados imediatamente após o seu processamento, sem qualquer tratamento térmico (Ferreira, 2014).

Observa-se que há um perigo de contaminação relacionado à falta de higiene nos locais visitados, principalmente nas pias e balcões, assim como foi evidenciado no estudo de Lima., 2014 realizado no bairro no coroadó em Manaus, estado do Amazonas, que demonstrou que a mangueira utilizada para abastecer o tanque de

armazenamento se encontra em lugar inadequado e totalmente fora dos padrões adequados de higiene.

Uma fiscalização conjunta do Ministério Público do Estado do Pará, Polícia Civil, Vigilância Sanitária e órgãos de defesa do consumidor encontraram pontos de venda comercializando açaí adulterado em Belém (Globo, 2014).

Essa adulteração é um problema recorrente e são foco de manchetes nos jornais locais, onde há relatos que acetona, liga neutra e até papel higiênico são usados para engrossá-lo, dando a impressão que o produto mais diluído tem maior qualidade (O LIBERAL, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde (Sesma) e o Departamento de Vigilância Sanitária (Devisa) interditaram um estabelecimento no bairro da Cremação, em Belém. No espaço foi encontrado resquício de farinha de mandioca na máquina de despolpar, mostrando que há mistura na manipulação do fruto, e descumpria os padrões de higiene. Além disso, identificou um selo falsificado (Globo, 2016).

Além do perigo no consumo do suco, há um sério problema de saúde pública no que se refere à saúde ambiental com o descarte irregular dos resíduos sólidos do fruto, assim como identificado no estudo de Menezes.,2018 que identificou o descarte irregular dos resíduos nos logradouros públicos das cidades, como é o caso no município de Ananindeua pertencente à Região Metropolitana de Belém.

A Secretaria Municipal de Saneamento (Sesan) com participação da Guarda Municipal apreendeu algumas carroças nos bairros da Cremação, São Brás, Guamá e Marco, após o carroceiro descartar caroços de açaí em local inapropriado. O trabalho tem o objetivo de reduzir os descartes de lixo na via pública, que representa um custo de R\$ 24 milhões por ano (Globo, 2018).

O poder público vem estabelecendo parcerias na implementação do sistema de governança 476 para gestão compartilhada da coleta e destinação adequada dos caroços de açaí no município de Ananindeua (Menezes, 2018).

O descarte de lixo e entulho em via pública e canais é crime ambiental e prevê prisão sem direito a fiança, com base no artigo 54 da Lei 9.605, que define pena de reclusão de até cinco anos aos responsáveis pela prática ilegal (Brasil, 1998).

Para o gerador dos resíduos a penalidade está prevista na Lei 12.305, que trata da Política Nacional de Resíduos Sólidos e determina que a destinação adequada para entulho e restos de construção é de responsabilidade de quem produz esse tipo de material (Brasil, 2010).

O Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PMGIRS) foi elaborado em 2015, no entanto ainda se encontra pendente de aprovação e sanção (Menezes, 2018).

6 | CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu inferir que existe um sério problema de saúde pública no que tange às condições higiênico-sanitárias dos pontos batedores de açaí avaliados no bairro do Quarenta horas, haja vista que a maioria dos pontos vistoriados apresentou condições inadequadas de acondicionamento, preparo, destinação final dos resíduos sólidos e manipuladores mal informados quantos as normas de biossegurança para manusear o fruto e para limpeza.

Sendo assim, o encargo do poder público em fazer a destinação correta dos caroços, constitui-se importante indicador de progressão local, para isso se faz necessária a aprovação do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PMGIRS) no município de Ananindeua, que é uma ferramenta que regula a gestão adequada dos resíduos sólidos urbanos.

É possível ainda afirmar que, a partir deste estudo, novas pesquisas relacionadas ao eixo temático podem ser realizadas, de modo a ampliar não somente a avaliação para outros pontos batedores, mas também sua divulgação na área científica e a fim de alertar a sociedade sobre os perigos de se consumir um açaí produzido em condições inadequadas, principalmente no município onde realizou o trabalho.

É primordial destacar a necessidade de um trabalho integrado com as equipes da atenção primária local, moradores e consumidores locais. Deve se realizar educação em saúde e meio ambiente, a fim de orientar aos comerciantes, as boas práticas da manipulação do alimento e a correta destinação dos resíduos sólidos.

REFERÊNCIAS

AMBIENTE BRASIL (Brasil). **O Açaí, fruto típico de uma palmeira amazônica, ganhou o mundo. 2017.** Disponível em: <http://ambientes.ambientebrasil.com.br/amazonia/floresta_amazonica/o_acai%2C_fruto_tipico_de_uma_palmeira_amazonica%2C_ganhou_o_mundo.html>. Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL (Estado). Constituição (2010). Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. **Lei 12.305, de 2 de Agosto de 2010.** Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Constituição (1998). : Legislação federal. 4. ed. Brasília, GO: Presidência da República, 12 nov. 1998. v. 1, n. 4, Seção 6, p. 25-2. Crimes ambientais. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/11332714/artigo-54-da-lei-n-9605-de-12-de-fevereiro-de-1998>>. Acesso em: 21 ago. 2018

BRASIL. Constituição (1997). Portaria nº 368, de 4 de setembro de 1997. **Regulamento Técnico Sobre As Condições Higiênico-sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação Para Estabelecimentos Elaboradores/industrializadores de Alimentos.** Brasília, DF, 08 set. 1997. p. 1-12. Disponível em: <<http://www.cidasc.sc.gov.br/inspecao/files/2012/08/PORTARIA-368.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

BRASIL. FIOCRUZ. . **Açaí contaminado com parasito pode transmitir doença de Chagas!** 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/portalachagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2&sid=1>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria MS nº 2914 DE 12 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

CLIMEP. Doença De Chagas: O Mal Que Pode Estar Na Sua Tigela De Açaí. Belém, 02 nov. 2017. Disponível em: <http://www.climep.com.br/doenca-de-chagas-o-mal-que-pode-estar-na-sua-tigela-de-acai/>

FERREIRA, Ezaíne Ágata Paixão et al. **O branqueamento do açaí em batedeiras artesanais para controle do Trypanosoma cruzi, agente etiológico da Doença de Chagas**. 2016. Disponível em: <<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/152587/1/CPAF-AP-2016-O-branqueamento-do-acai-em-batedeiras.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

FERREIRA, Renata Trotta Barroso et al. Transmissão oral da doença de Chagas pelo consumo de açaí: um desafio para a Vigilância Sanitária. 2014.

G1 PA. globo. **Batedores de açaí da Grande Belém terão que obter licença para venda**. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2014/07/batedores-de-acai-da-grande-belem-terao-que-obter-licenca-para-venda.html>. Acesso em: 19 dez. 2017.

G1PA. Globo. **Centenas de carroças usadas para descarte irregular de lixo nas ruas são apreendidas em Belém**. Belém, 19 Jul 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2018/07/19/centenas-de-carrocas-usadas-para-descarte-irregular-de-lixo-nas-ruas-sao-apreendidas-em-belem.ghtml>

G1PA. Globo. **Fiscalização encontra papel higiênico misturado com açaí em Belém**. Belém, 25 jun. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2014/06/fiscalizacao-encontra-papel-higienico-misturado-com-acai-em-belem.html>

G1PA. Globo. **Ponto de venda de açaí é flagrado com selo ‘Açaí Bom’ falso, em Belém**. Belém, 23 jun. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/06/ponto-de-venda-de-acai-e-flagrado-com-selo-acai-bom-falso-em-belem.html>

HOTEZ, P.J.; DUMONTEIL, E.; WOC-COLBURN, L.; SERPA, J.A.; BEZEK, S.; EDWARDS, M.S.; et al. **Chagas disease: “the new HIV/AIDS of the Americas”**. PLoS. Negl. Trop. Dis. 6(5):1498. 2012.

IBGE. **Pevs 2016: produção da silvicultura e da extração vegetal alcança R\$ 18,5 bilhões**. 2017. AGENCIA DE NOTÍCIAS. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/16981-pevs-2016-producao-da-silvicultura-e-da-extracao-vegetal-alcanca-r-18-5-bilhoes.html>>. Acesso em: 28 set. 2017.

LIMA, Maria Francisca de et al. Situação higiênico-sanitária dos manipuladores de açaí no bairro do Coroado em Manaus, AM. **Anais Programa Ciência na Escola**, v. 2, n. 1, 2014.

(MSF), Médicos Sem Fronteiras. **Doença de Chagas**. 2018. Disponível em: <https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/doenca-de-chagas?gclid=EAlalQobChMI8eO5tdvS1wIVyQmRC h3cXwysEAAAYASAAEgLOZvD_BwE>. Acesso em: 19 nov. 2017.

MENEZES, Grece Kelly Alencar; DO COUTO, Luciano Louzada; FLORES, Maria do Socorro Almeida. GESTÃO DOS RESÍDUOS DE CAROÇOS DE AÇAÍ COMO INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO LOCAL: O CASO DO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA-PA. In: **IX Colóquio Organizações, Desenvolvimento e Sustentabilidade-CODS e II Congresso Brasileiro de Gestão**. 2018. p. 468-477.

O LIBERAL. **Batedores usam papel no açaí para adulteração**. Belém, 26 jun. 2013. p. 1.

Resolução ANVISA Nº RDC 216/2004 - **Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para**

Serviços de Alimentação, Pub D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo (16 de Setembro de 2004).

TAVARES, Geraldo dos Santos; HOMMA, Alfredo Kingoyama. **COMERCIALIZAÇÃO DO AÇAÍ NO ESTADO DO PARÁ: ALGUNS COMENTÁRIOS**. 2015. Disponível em: <<https://www.alice.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/1031486/1/acaipara.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

VASCONCELOS, M. A. M. A. S. M., 2005. **Colheita e pós colheita**. In: Sistema de Produção, 4. Açaí Editado por NOGUEIRA, O. L; FIGUEIRÊDO, F. J. C.; MÜLLER, A. A. Embrapa Amazônia Oriental, p.86-96.

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL, 1996 – 2014

Karolayne Silva Souza

Graduanda em Biomedicina. Faculdade Sete de Setembro. E-mail: karolaynes7@hotmail.com.

Flávia Steffany L. Miranda

Graduanda em Biomedicina. Faculdade Sete de Setembro. E-mail: flaviasteffany@hotmail.com.

Milena Roberta Freire da Silva

Graduanda em Biomedicina. Faculdade Sete de Setembro. E-mail: milena.freire@hotmail.com.

Graziele dos Santos Costa

Graduanda em Biomedicina. Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana. E-mail: graziscbio@live.com.

Rafaell Batista Pereira

Fisioterapeuta. Mestre em Nutrição Humana. Professor do Curso de Biomedicina da Faculdade Sete de Setembro. E-mail: rafaell_85@hotmail.com..

Kátia C. da Silva Felix

Bióloga. Doutora em Fitopatologia. Professora do Curso de Biomedicina da Faculdade Sete de Setembro. E-mail: katia,felix@fasete.edu.br

RESUMO: O câncer de próstata é um dos cânceres que mais acomete a população masculina, ocupando o 2º lugar no ranking mundial sendo registrado cerca de 180.890 novos casos em 2016. No Brasil, ele também ocupa a 2º posição, com maior incidência de câncer entre os homens, este estudo teve como objetivo avaliar a tendência temporal da

mortalidade por neoplasia maligna da próstata na região Nordeste do Brasil, no período de 1996 a 2014. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo de uma série temporal, baseado em dados secundários coletados através do Sistema Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram analisados os dados de óbitos por neoplasia maligna da próstata ocorridos em residentes da Região Nordeste, entre os anos de 1994 a 2014, segundo faixa etária (50 a 80 anos mais). Foi utilizada a 10ª revisão da versão brasileira da Classificação Internacional de Doenças (CID BR-10), para câncer de próstata. De 1996 a 2014, foram registrados na região nordeste do Brasil cerca de 46.089 óbitos por câncer de próstata entre a faixa etária dos 50 à 80 anos mais. Os dados submetidos à análise de regressão para verificação das tendências de mortalidade pelo *Joinpoint* mostrou que as taxas de mortalidade, bruta, ajustada e específica apresentaram um tendência crescente. Sabe-se que os fatores associados com o risco de desenvolver esse câncer não estão bem esclarecidos, porém alguns fatores foram observados e identificados, principalmente acima dos 50 anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de próstata. Taxa de mortalidade. Óbitos por neoplasia maligna da próstata.

ABSTRACT: Prostate cancer is one of the cancers that most affects the male population, occupying the 2nd place in the world ranking and showing about 180,890 new cases in 2016. In Brazil, it also occupies the 2nd position incidence of cancer among men. Given the importance of this pathology and due to the few studies on the subject in the Northeast region of Brazil, this study aimed to evaluate the temporal trend of mortality due to malignant neoplasm of the prostate in the Northeast from 1996 to 2014. It is an ecological retrospective study of a time series, based on secondary data collected through the Mortality Information System (SIM) of the Department of Informatics of the Unified Health System of Brazil (DATASUS). It was analyzed data on deaths due to malignant neoplasm of the prostate that occurred in residents of the Northeast Region between 1994 and 2014, according to the age range (50 to 80 years). The 10th revision of the Brazilian version of the International Classification of Diseases (CID BR-10) for prostate cancer was used. From 1996 to 2014, 46,089 prostate cancer deaths were recorded in the Northeast region of Brazil between the ages of 50 and 80 years. Data submitted to regression analysis to verify mortality trends by Joinpoint showed that the crude, adjusted and specific mortality rates showed an increasing tendency. It is known that the factors associated with the risk of developing this cancer are not well understood, but some factors were observed and identified, mainly above 50 years of age.

KEYWORDS: Prostate cancer. Mortality rate. Deaths due to malignant neoplasm of the prostate.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é um dos canceres que mais acometem a população masculina, ocupando assim o 2º lugar no ranking mundial sendo registrados cerca de 180.890 novos casos em 2016.¹ No Brasil, ele também ocupa a 2º posição, com maior incidência de câncer entre os homens, e ocupa o 4º lugar entre os tipos mais comuns de canceres em geral, perdendo apenas para o câncer de pulmão, câncer de colorretal e o câncer de estômago¹.

O câncer de próstata ocorre pela hiperplasia de células da glândula prostática, que está situada abaixo da bexiga e frente ao reto, e que também produz parte do fluido seminal (aproximadamente de 10-30%) que é ejaculado pelo homem durante o ato sexual. Este tipo de câncer pode apresentar tanto uma evolução lenta como rápida, quando lenta é recomendável que esse indivíduo seja monitorado para que o câncer não venha a se agravar, porém quando se apresenta como um câncer de evolução rápida pode ocorrer metástase e levar o indivíduo à óbito^{1,2}.

A etiologia do câncer de próstata ainda não está bem esclarecida, porém se conhece alguns fatores de risco associados a esse processo de carcinogênese, como idade (>50 anos), fatores genéticos (histórico familiar), fatores ambientais (exposição a agrotóxico), raça, e hábitos de vida como sedentarismo, consumo excessivo de

carnes vermelhas entre outros, podem contribuir efetivamente para o aparecimento do câncer no indivíduo³.

Inicialmente o câncer de próstata é assintomático, no entanto, na fase inicial este tipo de câncer pode apresentar evolução silenciosa, sem que o paciente apresente sintoma algum, assemelhando-se ao desenvolvimento benigno da próstata. Já durante a fase avançada pode apresentar sintomas como: dor óssea, sintomas urinários como micção excessiva e frequente, e insuficiência renal em caso de infecções generalizadas⁴⁻⁷.

O câncer de próstata pode ser diagnosticado através de exame clínico mais conhecido como toque retal, que juntamente com o exame da dosagem de antígeno prostático específico (PSA), são realizados para o rastreamento do câncer de próstata. Também é realizado o estudo histopatológico de um fragmento de tecido obtido da biópsia da glândula prostática para o diagnóstico de câncer de próstata⁵.

Visto que dentre essas doenças crônicas, o câncer é apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grande problema de saúde pública, em decorrência das altas taxas de incidência e mortalidade. Atualmente, há aproximadamente no mundo 10 milhões de pessoas com câncer e a estimativa para o ano de 2020 é de 16 milhões de casos⁸. Segundo o INCA (2008), mostra-se que o número de novos casos de câncer de próstata no mundo é aproximadamente 543 mil por ano, representando 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento. Este tipo de câncer é raro antes dos 50 anos, mas a incidência aumenta constantemente com a idade, atingindo quase 50% dos indivíduos com 80 anos, e quase 100% dos com 100 anos⁹. Considerando os diversos estudos que estão sendo conduzidos sobre o câncer, a elaboração de uma série sobre tendência de mortalidade é de imensa importância para verificar o padrão de óbitos, e para elucidar informações sobre este tipo de câncer.

Assim diante da importância dessa patologia e devido aos poucos trabalhos existentes sobre o tema na região Nordeste, este estudo teve como objetivo avaliar a tendência temporal da mortalidade por neoplasia maligna da próstata na região Nordeste do Brasil, no período de 1996 a 2014.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo de uma série temporal, onde foram coletados dados secundários do Sistema Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Analisou-se os dados de mortalidade por câncer de próstata na Região Nordeste do Brasil no período de 1996-2014, nas faixas etárias de 50-59 anos, 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos mais. Para fazer as buscas dos dados de mortalidade foi utilizada a 10ª revisão da versão brasileira da CID BR-10 (Classificação Internacional de

Doenças) para câncer de próstata: 045 (neoplasia maligna da próstata). Os dados coletados foram da população residente da Região Nordeste do Brasil, segundo a faixa etária onde obteve-se estimativas da população masculina através do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) nos anos de 1996-2012 e no período de 2013-2014 utilizou dados de projeções da população masculina da mesma região.

As taxas bruta, específica e ajustada da mortalidade e foram calculadas como descrito por Albuquerque (2016)¹⁰, as taxas de mortalidade ajustada por faixa etária, foram calculadas adotando um padrão mundial, utilizando uma população mundial proposta por Segi et al. (1960)¹¹, que tem por base uma combinação das estruturas etárias dos países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos e tem sido referência para os estudos internacionais.

As tendências foram calculadas através do software *Joinpoint Regression Program do National Cancer Institute, USA* (versão 4.5.0.1)¹², esse software cria modelos com segmentos lineares unidos por pontos de inflexão, onde permite identificar mudanças anuais e assim descrever tendências crescentes e decrescentes de óbitos por câncer.

A pesquisa segue as normas do Conselho Nacional de Ética da Resolução nº. 196/96, 210/2016 e os dados obtidos estão disponibilizados ao público através da internet na plataforma do DATASUS, onde não houve identificação dos indivíduos, assim não foi necessário a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

De 1996 a 2014, foram registrados na região nordeste do Brasil cerca de 46.089 óbitos por câncer de próstata entre a faixa etária dos 50 à 80 anos mais, dos quais ocorreram 1.954 (4%) óbitos na faixa etária de 50-59 anos, 7.616 óbitos (16%) de 60-69 anos, 15.977 (35%) óbitos dos 70-79 anos, e 20.542 (45%) óbitos na faixa etária de 80 anos mais. As taxas de mortalidade bruta (Tabela 1) em homens de 50-80 anos mais, variaram de 33,66/100.000 habitantes em 1996 para 79,96/100.000 habitantes em 2014. As taxas de mortalidade específica estão apresentadas na tabela 1, na faixa etária de 50-59 anos, onde apresentaram uma variação de 4,27/100.000 habitantes em 1996 para 7,07/100.000 habitantes em 2014, dos 60-69 anos houve uma variação de 26,30/100.000 habitantes em 1996 para 40,23/100.000 habitantes em 2014, dos 70-79 anos obteve-se uma variação de 71,13/100.000 habitantes em 1996 para 181,66/100.000 habitantes em 2014, e dos 80 anos mais variou de 150,36/100.000 habitantes para 595,92/100.000 habitantes em 2014.

A mortalidade ajustada na faixa etária de 50-59 anos teve uma variação de 0,38/100.000 habitantes em 1996 para 0,64/100.000 habitantes em 2014, dos 60-69 anos houve uma variação de 1,84/100.000 habitantes em 1996 para 2,81/100.000 habitantes em 2014, dos 70-79 anos tiveram uma variação de 2,1/100.000 habitantes

em 1996 para 5,4/100.000 habitantes em 2014, e dos 80 anos mais obteve-se uma variação de 1,5/100.000 habitantes em 1996 para 5,96/100.000 habitantes em 2014, que estão apresentadas também na tabela 1.

Os dados submetidos à análise de regressão para verificação das tendências de mortalidade pelo *Joinpoint* mostrou que as taxas de mortalidade bruta da faixa etária de 50-80 anos mais, apresentou-se crescente, com uma tendência significativa de 4,4% por ano no período de 1996-2014, sendo observado no período avaliado dois pontos de inflexão (dois *Joinpoint*), um crescente entre os anos de 2003-2006 com aumento de 4,94% ao ano, e outro decrescente logo após esse período de 2006-2014 com 0,40% ao ano (Figura 1).

A taxa de mortalidade específica da faixa etária dos 50-59 anos mostrou-se nos anos de 1996-2014 com uma tendência de mortalidade crescente significativa de 2,8% ao ano sem contabilização de *Joinpoint*, na faixa etária de 60-69 anos observou-se uma tendência de mortalidade crescente não significativa de 2,5% anual entre os períodos de 1996-2014, porém na mesma faixa etária ainda pôde-se perceber a contabilização de 2 *Joinpoints*, o primeiro *Jointpoint* nos anos de 2003-2006 com um crescimento de 0,64% por ano e o segundo *Jointpoint* nos anos de 2006-2014 com decréscimo de 0,68% ao ano, na faixa etária de 70-79 anos observou-se um crescimento significativo de 4,16% ao ano, sem contabilização de *Joinpoint*, e na faixa etária de 80 anos mais ocorreu um crescimento significativo de 7,7% ao ano no período de 1996-2014, todavia essa mesma faixa etária mostrou-se uma contabilização de três *Joinpoint*, um *Joinpoint* no período de 2003-2006 com um crescimento de 22,41% ao ano, o segundo no período de 2006-2012 com um mínimo crescimento de 0,03% ao ano e o terceiro no período de 2012-2014 com um crescimento de 14,72% ao ano.

A taxa de mortalidade ajustada na faixa etária de 50-59 anos demonstrou com uma tendência de mortalidade também crescente significativo no período de 1996-2014 com 2,75% ao ano, não havendo contabilização de *Joinpoint*, na faixa etária de 60-69 anos ocorreu um crescimento significativo de 3,2% anualmente nos anos de 1996-2014, porém mostrou-se com a observação de um *Joinpoint* no ano de 2008-2014 com uma redução de 0,38% ao ano, na faixa etária de 70-79 anos mostrou-se com uma tendência de mortalidade significativa de 4,16% ao ano, não havendo a ocorrência de *Joinpoint* nessa faixa etária, e na faixa etária dos 80 anos mais, houve um crescimento significativo no período de 1996-2014 de 7,7% por ano e com isso pôde-se observar a contabilização de três *Joinpoint*, um *Joinpoint* em 2003-2006 com um crescimento de 22,39% ao ano, o segundo *Joinpoint* em 2006-2012 com um mínimo crescimento de 0,04% ao ano e o terceiro *Joinpoint* de 2012-2014 com um crescimento de 14,70% ao ano.

DISCUSSÕES

O câncer de próstata está como uma das principais causas de óbitos por câncer em indivíduos do sexo masculino, por que se apresenta com um elevado número de incidência e também de letalidade. Os fatores que estão associados com o risco de desenvolver esse câncer não estão bem esclarecidos¹³, porém alguns destes fatores foram observados e identificados como o mais importante a elevação dos índices de mortalidade que se encontra na idade avançada, principalmente acima dos 50 anos de idade¹⁴.

Os resultados aqui presentes, demonstra que houve uma tendência crescente significativo de óbitos do gênero masculino por câncer de próstata na faixa etária dos 50-80 anos mais, e que a principal faixa etária que ocorreu mudanças na elevação desses índices de mortalidade foi principalmente aos 80 anos mais, que apresentou tanto na taxa ajustada quanto na taxa específica um total de três Jointpoints de crescimento. Com isso os dados desse artigo corroboram com diversos autores, onde se mostra um crescimento na tendência de mortalidade nas faixas etárias mais elevadas¹⁴⁻¹⁷.

A elevação nos índices de mortalidade de homens por câncer de próstata na região nordeste do Brasil, nas faixas etárias principalmente de 60-80 anos mais era um fator já esperado devido à exposição aos fatores risco serem maiores comparado com as faixas etárias anteriores citadas acima, pois apresentou uma tendência crescente contendo a contabilização de Joinpoints.

CONCLUSÃO

O câncer de próstata demonstrou que na região nordeste do Brasil nos anos de 1996-2014 apresentou dados significativos, confirmando que as faixas etárias de 50-80 anos mais podem ser consideradas um risco para desenvolver a neoplasia, por apresentar uma tendência crescente de óbitos.

Com isso, o resultado desse estudo sugere-se que a elevação no crescimento dos óbitos das faixas etárias de 50-80 anos mais, pode ser ocasionado pela rede assistencial pública por conter problemas, principalmente por dificultar o acesso e a demora ao diagnóstico.

E que também as políticas públicas se voltem a melhorias nas ações de prevenção e tratamento, sugerindo-se a diminuição dos problemas estruturais, gerando assim melhorias na agilidade do diagnóstico precoce, para que assim se evite o resultado tardio.

Enfim, com essas melhorias as faixas etárias de 50-80 anos mais não venham se tornar um fator de risco tão perigoso, pois o diagnóstico e o tratamento precoce são os principais determinantes para a redução da taxa de mortalidade por essa neoplasia.

| Taxa de mortalidade | Faixa etária | Período | Óbitos /100.000 habitantes |
|---------------------|--------------|-------------|----------------------------|
| Taxa Bruta | 50-80 anos | 1996 a 2014 | 33,66 – 79,96 |
| Taxa Específica | 50-59 anos | 1996 a 2014 | 4,27 – 7,07 |
| | 60-69 anos | | 26,30 – 40,23 |
| | 70-79 anos | | 71,13 – 181,66 |
| | 80+ | | 150,36 – 595,92 |
| | | | |
| Taxa Ajustada | 50-59 anos | 1996 a 2014 | 0,38 – 0,64 |
| | 60-69 anos | | 1,84 – 2,81 |
| | 70-79 anos | | 2,1 – 5,4 |
| | 80+ | | 1,5 – 5,96 |

Tabela 1 – Variação da taxa bruta, específica e ajustada da mortalidade de câncer de próstata na região Nordeste do Brasil, no período de 1996 a 2014.

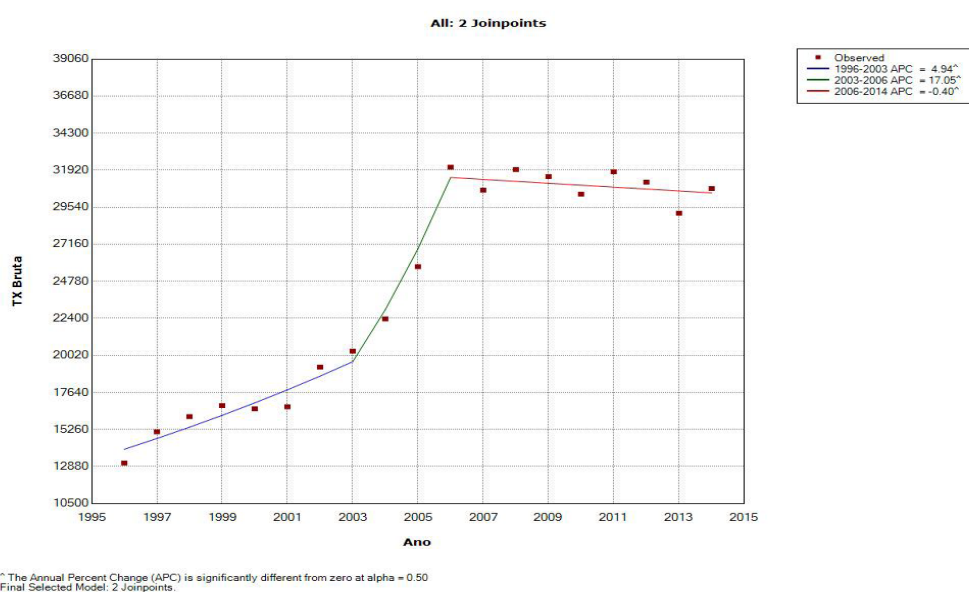


Figura 1 – Taxa bruta de mortalidade de 1996 a 2014, na faixa etária de 50 a 80 anos mais na região Nordeste do Brasil.

^ Indica que a Variação de porcentagem anual (APC) é significativamente diferente de zero no nível alfa = 0,05.

REFERÊNCIAS

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de Próstata. Rio de Janeiro: Inca. 2016.

Haas, GP, et al. The Worldwide Epidemiology of Prostate Cancer: Perspectives from Autopsy Studies. The Canadian Journal of Urology. 2008; 15(1):3866-3871.

Xu, X, et al. Associations of serum concentrations of organochlorine pesticides with breast cancer and prostate cancer in U.S. adults. Environmental Health Perspectives.2010;118(1) 60-66.

Garófalo, A, et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. Revista de Nutrição, Campinas, out./dez. 2004; 17(4): 491-505.

Bacelar J, Arilton J, et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2015; 10(3): 40-46.

Reggio, E. Tratamento percutâneo do adenocarcinoma de próstata por crioblação. 2005. 91fls. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Gonçalves, IR, Padovani, C, Popim, RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2008;13(4): 1337-1342.

Friestino, JKO, et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2013; 37(3): 690-691.

Tonon, TCA, Schoffen, Ferreira JP. Câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2009;2(3): 403-410.

Albuquerque, MAC. Tendência secular de mortalidade por doenças infecciosas no estado de Sergipe. 2016. 86 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.

Segi M, et al. The age-adjusted death rates for malignant neoplasms in some selected sites in 23 countries in 1954-1955 and their geographical correlation. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine.* 1960; 72: 91-103.

National Cancer Institute. Joinpoint Trend Analysis Software. EUA. 2017.

European Association Of Urology. Guidelines on Prostate Cancer. 2009. Disponível em: http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Prostate_Cancer.pdf. Acessado em: 14 de nov 2017.

Medeiros, AP, Menezes, MFB, Napoleão, AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. 2011;64(2):104-111.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: RJ, INCA, 2002.

Silva, JFS, et al. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 – 2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2014; 395-406.

Torti, DC, Matheson, GO. Exercise and prostate cancer. *Sports Medicine.* 2004; 34 (6): 363-69.

ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY: CONHECIMENTOS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Fernanda Lucia da Silva

Universidade Federal de Campina Grande, Centro
de Educação e Saúde
Cuité - PB

Alana Tamar Oliveira de Sousa

Universidade Federal de Campina Grande, Centro
de Educação e Saúde
Cuité - PB

RESUMO: A Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) é um fenômeno experimentado por pessoas que se aproximam do fim da vida. Seu início é repentino, e a deterioração tecidual acontece rapidamente, mesmo no decorrer de um único dia. O presente estudo objetiva proporcionar aos profissionais da enfermagem a capacidade de reconhecer e caracterizar uma UTK, bem como diferenciá-la de uma lesão por pressão. A metodologia consiste em uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão da literatura, desenvolvida por pesquisas em biblioteca pública e online no Portal de Periódicos CAPES/MEC, na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed) e no Painel Consultivo Europeu de Úlceras por Pressão (EPUAP). A coleta foi realizada no período de março à abril de 2016, e resultou em cinco artigos, quatro livros e um manual, de acordo com os critérios de inclusão. Os resultados apontam que a UTK é causada por fatores

intrínsecos, incluindo hipoperfusão e isquemia tecidual, associadas com a falência múltipla de órgãos. Inicia-se como uma abrasão, bolha, ou área escurecida localizada predominantemente na região sacrococcígea, que também pode ser evidenciada em outras áreas, apresentando-se em forma de uma pera, borboleta, ou ferradura, com bordas irregulares e cores variáveis. O papel da equipe de enfermagem consiste em propiciar cuidados com abordagem paliativa, visando o conforto e dignidade do paciente. Conclui-se que apesar das lacunas encontradas na literatura é inegável que a UTK existe, e saber identifica-la é um diferencial na prestação da assistência com melhor qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera, Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: The Kennedy Terminal Ulcer (UTK) is a phenomenon experienced by people who are approaching the end of life. Its beginning is sudden, and tissue damage happens quickly, even over the course of a single day. This study aims to provide nursing professionals the ability to recognize and characterize a UTK, as well as differentiate it from a pressure injury. The methodology consists of a qualitative research, literature review type, developed by research in the public library and online at Portal Periodics CAPES/MEC, in the United States National

Library of Medicine (PubMed) and Advisory Panel European pressure ulcers (EPUAP). The collection was carried out from March to April 2016, and resulted in five articles, four books and a handbook, according to the inclusion criteria. The results indicate that the UTK is caused by intrinsic factors, including hypoperfusion and tissue ischemia, associated with multiple organ failure. It begins as an abrasion, blister, or darkened area located predominantly in the sacrococcygeal region, which can also be evidenced in other areas, in the shape of a pear, butterfly, or horseshoe, with jagged edges and varying colors. The role of nursing staff is to provide palliative approach, care for the comfort and dignity of the patient. It is concluded that despite the gaps found in the literature is undeniable that UTK exist, and knowing how to identify her is a differential in the provision of assistance with best quality.

KEYWORDS: Ulcer, Palliative Care Nursing in Completion of Life, Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) é um fenômeno experimentado por pessoas que se aproximam do fim da vida. Ela foi notificada pela primeira vez por Karen Kennedy, em 1983, em uma unidade de cuidados intermediários do Byron Health Center, Estados Unidos. Seu início é repentino, e a deterioração do tecido acontece rapidamente, mesmo no decorrer de um único dia (CARVALHO; AMARAL, 2013).

Existem alterações da pele que não são evitáveis, ocorrendo mesmo após a aplicação de intervenções adequadas ou excedentes de padrões de cuidado. São alterações fisiológicas que acometem os mecanismos homeostáticos do organismo e ocorrem como resultado do processo de morrer. Afetam a pele e os tecidos moles onde há baixa perfusão de oxigênio e diminuição de processos metabólicos, fazendo com que o menor insulto à pele possa conduzir a complicações como hemorragias, infecções, gangrenas e ulcerações. A pele, como maior órgão do corpo humano, tem a propriedade de refletir externamente a situação em que se encontra o organismo (SIBBALD et al., 2009).

Em 2009, 18 especialistas, líderes de opinião, internacionalmente reconhecidos, incluindo clínicos, cuidadores, pesquisadores médicos, especialistas legais, acadêmicos, um médico escritor e líderes de organizações científicas profissionais elaboraram o consenso sobre as *Skin Changes At Life's End* – SCALE (Modificações de pele no final da vida). A UTK ocorre como um processo dessas modificações e, assim, estão inseridas na SCALE (SANTOS, 2009).

Por ser um tema pouco explorado e com escassez de literatura a respeito, o presente estudo é um viabilizador do conhecimento e estimulador ao desenvolvimento de novas pesquisas relacionadas às alterações da pele de pacientes em estágio terminal.

A iniciativa de abordar os conhecimentos e implicações da UTK para a enfermagem

tem o intuito de proporcionar aos profissionais a capacidade de reconhecimento e caracterização de uma UTK, bem como a de diferenciá-la de uma lesão por pressão, já que aquelas indicam a aproximação do fim da vida e têm progressão rápida e inevitável. Além disso, pode promover-lhes o despertar de um olhar holístico sob os indivíduos acometidos, visando a prestação de uma assistência integral, que promova o máximo de conforto e auxílio possível diante do processo de finitude da vida.

2 | METODOLOGIA

O percurso metodológico constituiu em uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão da literatura, desenvolvida por pesquisas em livros em biblioteca pública, e online no Portal de Periódicos CAPES/MEC, na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed) e no Painel Consultivo Europeu de Úlceras por Pressão (*European Pressure Ulcer Advisory Panel - EPUAP*). A coleta foi realizada no período de março à abril de 2016, sendo os critérios de inclusão: texto completo, sem restrição de período, nos idiomas português e inglês.

Em biblioteca pública foram utilizados quatro livros. No Portal de Periódicos CAPES/MEC utilizou-se o termo “*Skin Changes At Life’s End*” que resultou em 206 artigos dos quais foi selecionado um artigo revisado por pares. Na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed) utilizou-se o termo “*Kennedy Ulcer Terminal*” que resultou em seis artigos dos quais foram selecionados quatro. Através do Painel Consultivo Europeu de Úlceras por Pressão foi obtido o manual *SCALE Final Consensus Statement*. Os materiais selecionados foram lidos e comparados entre si sistematicamente para formular a síntese do conhecimento.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A UTK se inicia como uma abrasão, bolha, ou área escurecida na pele e desenvolve-se rapidamente. Ela se apresenta geralmente em forma de uma pera, borboleta, ou ferradura, com bordas irregulares semelhantes à uma escoriação, em uma variação de cores que incluem amarelo, vermelho, roxo ou preto, conforme sua progressão (Figura1). Localiza-se predominantemente na região sacrococcígea, mas pode ser evidenciada em outras áreas, como calcanhares e região posterior dos membros inferiores (MINER, 2009; KENNEDY, 2009).

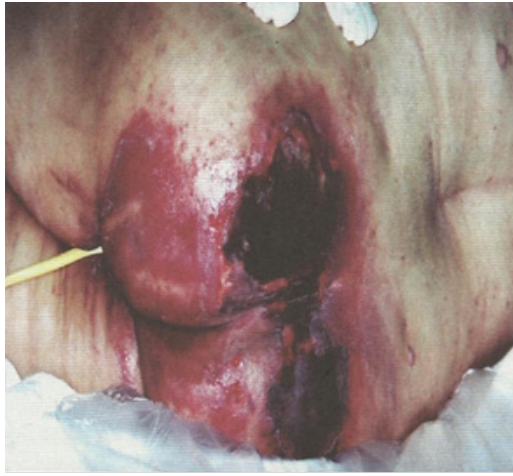


Figura 1:Úlcera Terminal de Kennedy.

Fonte: (Carvalho; Amaral, 2013).

A UTK é causada por fatores intrínsecos, incluindo hipoperfusão e isquemia tecidual, associadas com a falência múltipla de órgãos, enquanto uma lesão por pressão é causada por fatores extrínsecos, que são a pressão e o cisalhamento. Esta diferença na etiologia é importante na análise e caracterização da UTK, visto que sua identificação requer uma avaliação completa dos sistemas corporais, do regime de medicações e de exames laboratoriais recentes (REITZ; SCHINDLER, 2016).

As lesões por pressão podem se desenvolver dentro de 24 horas de insulto à pele e levar até cinco dias para se mostrarem presentes, evoluindo de forma lenta e progressiva. Enquanto que a UTK evolui rápida e subitamente podendo sair do estágio I (eritema não branqueável com a pele intacta) para o estágio III (perda da epiderme, derme e tecido subcutâneo, com presença de tecido desvitalizado), podendo progredir também para uma úlcera estágio IV (perda da epiderme, derme, tecido subcutâneo e envolvimento de músculos, tendões e ossos) em um período variante entre 24 e 72 horas. O tempo de progressão da ferida é um fator determinante para a diferenciação entre uma lesão por pressão e uma UTK (CARVALHO; AMARAL, 2013).

Beldon (2011), enfatiza que é esperado da equipe de enfermagem a capacidade de manter uma relação de apoio, informação e compreensão com o paciente terminal, e que esta se estenda também a sua família. De acordo com Polastrini, Yamashita e Kurashima (2011), o enfermeiro é o profissional que passa a maior parte do tempo com o paciente, e tem como uma de suas tarefas melhorar a comunicação com o enfermo e seu ciclo familiar. Este último, quando bem informado, terá maiores subsídios para enfrentar esta situação com maior serenidade. Não se pode esquecer que o paciente e sua família devem ser tratados como uma unidade única, pois o que afeta um repercute no outro. O enfermeiro é o elo de ligação entre o paciente, a família e a equipe multidisciplinar de saúde, e desta forma é capaz de estabelecer comunicações que facilitam a ação de todos os envolvidos.

Schank (2009), afirma que é importante o esclarecimento aos familiares sobre a UTK, principalmente pelo fato de que esta úlcera ocorre por fatores relacionados à aproximação da terminalidade da vida e não por falta ou negligência de cuidados. Conhecer as implicações da UTK ajuda o paciente e a família a refletirem sobre as escolhas clínicas e pessoais a serem tomadas.

Ao invés de se prosseguir os cuidados objetivando a cura, a equipe multidisciplinar de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, deve propiciar cuidados com abordagem paliativa. Segundo Araújo (2009), os profissionais que trabalham com seres humanos em prognóstico de morte anunciada, necessitam ter habilidades de saber quando e o que falar, como demonstrar compreensão, como calar e escutar, além de como estar próximo e acessível às necessidades do outro.

O conceito “abordagem paliativa nas feridas” é relativamente novo no meio científico, mas sua utilização é cada vez mais frequente. Tal fato não significa abandono dos cuidados acerca das UTK. Trata-se de oferecer cuidados otimizados, racionais e igualmente éticos. O processo de cicatrização torna-se inviável frente ao declínio orgânico do paciente e mediante esta constatação, o plano de intervenções de enfermagem deverá ser reconsiderado e direcionado à promoção do conforto; prevenção ou redução de infecção; contenção de secreções e/ou do odor; minimização ou eliminação de sangramentos; redução do impacto da ferida em si ou do regime de curativos escolhidos sobre o estilo de vida do cliente, visando proteger traumas adicionais que afetem a úlcera. Em suma, deve ser priorizado o conforto do paciente (FIRMINO; TEIXEIRA; SILVA, 2011).

Existem grandes lacunas na literatura que deixam muito a desejar quanto à precisão e informação sobre a UTK, mas não se pode negar de que ela é um fato e necessita ser conhecida, estudada e notificada para que sejam desenvolvidas diretrizes que levem a uma melhor qualidade da assistência prestada. É necessário desenvolver registros sobre a UTK para categorizar melhor este fenômeno incluindo sua localização, descrição clínica e os resultados que foram obtidos (SIBBALD et al. 2009).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UTK se apresenta como um desafio a ser enfrentado pela enfermagem, que exige do profissional atualização constante, um olhar sensível e atento, que seja capaz de detectar além dos sinais clínicos as necessidades e angústias de um ser humano. As terapias e os fármacos utilizados podem chegar a um ponto de não surtirem mais efeito, mas de toda certeza os cuidados prestados pela enfermagem sempre são necessários e têm a capacidade de amenizar qualquer que seja o sofrimento humano.

A literatura aponta alguns cuidados de enfermagem, mas sem ter por base investigações clínicas acerca da temática. Assim fazem-se necessárias novas

pesquisas que envolvam a prática baseada em evidência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. T. de. A comunicação no processo de morrer. In: SANTOS, F. S. (org). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 14. pp. 209-221.

BELDON, P. **Managing Skin changes at life's end**. Wound Essentials. v. 6, p.76-79, 2011.

CARVALHO, E. S. de S.; AMARAL, J. B. do. Perda da Integridade Cutânea nos Processos de Finitude: Medidas de Prevenção, Proteção, e Controle de Danos. In: SILVA, R. S. da; AMARAL, J. B. do; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em Cuidados Paliativos: Cuidando pra uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013. Cap. 10. pp. 165-191.

FIRMINO, F. ; TEIXEIRA, D. D. S. ; SILVA, Thiago T. L. N. Quando a cicatrização não é a meta. In: SILVA, R. C. L. da. et al. (orgs.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011. Cap. 13. pp. 325- 342.

KENNEDY, K. L. **Understanding the Kennedy terminal ulcer**. Ostomy Wound Management. v. 55, n.9, p.6, 2009.

MINER, K. J. **Discharge to Hospice: A Kennedy Terminal Ulcer Case Report**. The Journal of the American College of Certified Wound Specialists. v. 1, n. 3, p. 84 - 85, 2009.

POLASTRINI, R. T. V. ; YAMASHITA, C. C. ; KURASHIMA, A. Y. Enfermagem e o Cuidado Paliativo. In: SANTOS, F. S. (org). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 30. pp. 277-283.

REITZ, M. ; SCHINDLER, C. A. **Pediatric Kennedy Terminal Ulcer**. Journal of Pediatric Health Care, 2016.

SANTOS, V. L. C. de G. **SCALE – Modificações da Pele no Final da Vida**. Rev. Estima, v. 7, n. 3, 2009.

SCHANK , J. E. **Terminal ulcer: the “Ah-Ha!” Moment and diagnosis**. Ostomy Wound Management. v. 55, n. 9, 15 set. 2009.

SIBBALD, R. G. et al. **SCALE Final Consensus Statement**. 2009. Disponível em: < <http://www.epuap.org/scale-skin-changesat-lifes-end/>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE ARTICULAÇÃO EM REDE

Andressa Alves dos Santos

Universidade Federal do Ceará – Ceará

Vanessa Cavalcante Pereira

Universidade de Fortaleza – Ceará

João Helder Fernandes Neto

Universidade de Fortaleza – Ceará

Ana Luiza e Vasconcelos Freitas

Universidade de Fortaleza – Ceará

Samira Valentim Gama Lira

Universidade de Fortaleza – Ceará

RESUMO: A violência é um fenômeno presente nos diversos âmbitos da vida, tratando-se, portanto, de um problema que atinge toda a sociedade. Em relação a violência contra a criança, sabemos que é um fenômeno histórico e social presente na trajetória da humanidade. Desse modo, este trabalho teve como objetivo compreender e analisar as produções científicas que abordem a violência contra a criança e a articulação da Rede de Atenção e Proteção Social a criança vítima de violência. Assim, a presente produção consiste em uma revisão bibliográfica, utilizando-se como banco de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). A análise dos dados foi realizada conforme os critérios de inclusão e exclusão adotados, tendo sido selecionadas 13 pesquisas para o estudo. Com isso, os resultados demonstram que os tipos mais comuns de violência

contra crianças são: violência física, sexual, psicológica e a negligência. Enfatizando que esse fenômeno poderá causar dano real ou potencial ao desenvolvimento, contribuindo para potencializar problemas de comportamento, psicológicos e sociais. Além disso, compreendeu-se que inúmeros órgãos competentes estão envolvidos na garantia dos direitos da criança e do adolescente, como Conselhos Tutelares, Delegacia Especializada, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros. Com isso, os dados analisados apontaram que a articulação da rede mostra-se como sendo fundamental para uma efetiva proteção aos direitos básicos da criança. Portanto, para combater um fenômeno tão complexo como a violência, requer que seu enfrentamento se dê através do intercâmbio de ações de atores diversos pertencentes a Rede de Proteção.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Criança. Rede de Proteção.

ABSTRACT: The Violence is a phenomenon that is present in the different areas of life, so it is a problem that affects the whole of society. In relation to violence against the child, we know that it is a historical-social phenomenon present in the trajectory of humanity. In this way, this work aimed to understand and analyse the scientific productions that encloses violence

against the child and the articulation of the network of attention and Social protection the child victim of violence. Thus, this production consists of a bibliographical revision, using as a database The Virtual library in Health (BIREME). The analysis of the data was performed according to the criteria of inclusion and exclusion adopted, having been selected 13 surveys for the study. With this, the results show that the most common types of violence against children are: physical, sexual, psychological violence and negligence. Emphasizing that this phenomenon could cause real or potential damage to the development, contributing to enhance behavioral, psychological and social problems. In addition, it was understood that a number of competent bodies are involved in ensuring the rights of children and adolescents, such as guardianship advice, specialized police station, public prosecutor, public defender, and others. With this, the data analyzed pointed out that the articulation of the network shows itself to be fundamental for effective protection of the child's basic rights. Therefore, to combat a phenomenon as complex as violence, it requires that its confrontation be through the exchange of actions of various actors belonging to the protection network.

KEYWORDS: Violence. Child. Protection network.

1 | INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno presente nos diversos âmbitos da vida, tratando-se, portanto, de um problema que atinge toda a sociedade. Nessa perspectiva, é caracterizada como um grande desafio da contemporaneidade, por ser um fenômeno complexo que degrada a autonomia e a cidadania do sujeito. Além disso, é uma das principais causas de morbimortalidade na população, tornando-se uma das temáticas centrais da saúde pública por sua magnitude e repercussões no comprometimento da saúde e qualidade de vida das pessoas e por apresentar grupos vulneráveis exposto em situação de violência como as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos.

Em relação a violência contra a criança, sabemos que é um fenômeno histórico e social presente na trajetória da humanidade. Sendo representada como toda ação ou omissão capaz de causar dano ao desenvolvimento do sujeito, podendo ocorrer no âmbito familiar e extrafamiliar e ser manifestado através da violência física, psicológica, sexual e negligência (MINAYO, 2001).

Acresce que, as crianças constituem um grupo que apresenta grande vulnerabilidade e exposição a situações de maus-tratos. Com isso, podemos dizer que a violência contra criança se apresenta como uma grave violação de direitos, por negar-lhes a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis.

Com o intuito de proteger as crianças dessas violações foi criado o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), que busca garantir os direitos da população infantojuvenil, preconizando a obrigatoriedade da notificação de violações e enfatizando ações

conjuntas no desenvolvimento da política de atendimento voltada para a infância e adolescência, sendo fortalecido pela implementação do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). Esse sistema consiste em uma rede intersetorial (Ministério Público, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Conselho Tutelar, entre outros) encarregados de assegurar a implementação das leis de proteção da criança e do adolescente, colocando-os a salvo de ameaças e violações, assim como garantindo a apuração e a reparação dessas ameaças e violações (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2006).

Assim, a rede que está prevista pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), constitui uma estratégia indispensável na arquitetura do conceito de Proteção Integral. Desse modo, para a garantia dos direitos das crianças seja eficaz, faz-se necessário que se realize um trabalho em rede, de forma conjunta e cooperativa, e em que cada componente tenha suas responsabilidades e atribuições, e que todos trabalhem com um mesmo objetivo (SILVA, 2007).

2 | OBJETIVO

Diante do exposto, o objetivo do artigo foi analisar as produções científicas que abordem a violência contra a criança e a organização da rede de atenção e proteção social a criança vítima de violência.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde buscou-se compreender a organização da rede de atenção e proteção social a criança vítima de violência. Utilizou-se como banco de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e como descritores: violência, violência e abuso, infância e adolescência, desenvolvimento infantil, direitos da criança, redes de atenção, rede de proteção, rede de cuidados e saúde da criança.

Os critérios de inclusão foram: produções científicas completas, em português, ano de 2000 a 2015. Os critérios de exclusão foram as demais produções científicas, teses, dissertação, cartas ao editor, editoriais, artigos incompletos que não abordem a articulação da rede em casos de violência contra a criança. Tendo sido selecionadas 13 pesquisas para o estudo.

A análise dos dados foi a partir da coleta de dados, onde analisou-se conforme a literatura os achados das pesquisas, e, além disso, descrevemos os dados para melhor compreensão dos resultados. Ademais, os pesquisadores leram na íntegra todos os artigos disponíveis onde avaliou-se conforme os critérios de inclusão e exclusão.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados para a pesquisa nove (09) artigos científicos, em 2011 foi o ano de maior publicação (04), em seguida o ano de 2015 com duas (02) publicações e então os anos de 2000, 2006, 2012 com apenas uma (01) publicação. Encontramos estudos com publicações nas Regiões Sul (03) e Sudeste (05).

Esses artigos podem ser divididos em dois grandes grupos: os que analisaram a natureza da violência na infância e àqueles que avaliaram o atendimento e a articulação da rede de proteção para a criança vítima de violência. Das pesquisas selecionadas, constataram-se três artigos que abordam os tipos e a natureza da violência sofrida na infância, tratando desse grupo como sendo um dos mais vulneráveis. Além disso, constatou-se também que outros quatro abordam a articulação em rede de proteção a crianças vítimas de violência.

Evidenciou-se que os tipos mais comuns de violência contra crianças são: violência física, sexual, psicológica e a negligência. Identificou-se, ainda, que dois dos três artigos que abordam os tipos e a natureza da violência sofrida enfatizaram que esse fenômeno poderá causar dano real ou potencial ao desenvolvimento, capacidade de sobrevivência, saúde, dignidade e se reproduz a partir de um ciclo, podendo a criança exposta aos maus tratos, repeti-lo em diferentes situações (DAY et al, 2003).

Além disso, encontramos que a violência potencializa o desenvolvimento de problemas de comportamento, psicológicos e sociais, manifestações cada vez mais presentes na vida de milhares de crianças, encontradas nos ambulatórios de psicologia e de psiquiatria, nas salas de aula das escolas e na literatura especializada. Por isso, a complexidade da violência contra a criança na atualidade exige do Poder Público e da Sociedade Civil formas diversificadas e integradas para seu enfrentamento. Para tanto, essa integração depende de uma rede com a atuação de vários setores, serviços e atores.

Para Faleiros e Faleiros (2001), as redes são formadas pela articulação de atores e instituições em ações conjuntas, sendo capazes de compartilhar e negociar as responsabilidades. A definição de rede implica uma visão de totalidade, visão relacional de atores e instituições numa correlação de poder. Assim, supõe-se que as redes são processos dinâmicos, em movimento e conflito a fim de realizar intervenções em conjunto para uma maior eficácia. Ressalta-se que o trabalho em rede depende da efetivação das diretrizes de Políticas Públicas, do fortalecimento e integração entre os diferentes setores da sociedade, de recursos para sua atuação e delineamento de normas que assegurem a operacionalização das redes de proteção.

Através dos quatro trabalhos analisados que abordam a articulação em rede de proteção a crianças vítimas de violência, compreendeu-se que inúmeros órgãos competentes estão envolvidos na garantia dos direitos da criança e do adolescente, como Conselhos Tutelares, Delegacia Especializada, Ministério Público, Defensoria Pública e Juizado da Infância e Juventude, bem como, serviço especializado – Centro

de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Com isso, foi observado nesses estudos o mapeamento das intervenções realizadas pelo Conselho Tutelar, Ministério Público, Juizado da Infância e Adolescência e outras instituições que compõem a rede de atendimento a vítimas de violência.

Portanto, foi observado que o Conselho Tutelar foi o principal órgão procurado no momento da denúncia da violência, havendo o encaminhamento ao Ministério Público, que formalizava as denúncias. Dentre os outros encaminhamentos adotados pelo Conselho Tutelar, se destacam a abrigagem, o tratamento psicológico, a colocação em outra família, o termo de responsabilidade/guarda a outros parentes e hospital, etc.

Em relação aos encaminhamentos dos casos ao Ministério Público, o principal motivo em grande parte dos casos, foi à violência sexual. Outros motivos de encaminhamento identificados foram: situações de negligência, abuso físico e psicológico, abandono, tentativa ou suspeita de violência, exploração sexuais comerciais associadas à questão do abuso sexual.

Além do Conselho Tutelar e do Ministério Público, o Juizado da Infância e da Juventude também foi citado como um dos órgãos competentes que estão envolvidos na garantia dos direitos da criança e do adolescente tendo como principal função julgar as liminares e medidas judiciais promovidas pelo Ministério Público. Observou-se que ao longo da investigação dos casos, o Juizado emitiu medidas que visavam à proteção das vítimas. Dessa maneira, o Juizado da Infância e Juventude atua como julgador dos processos referentes aos interesses das crianças e adolescentes, é o Juiz que aplica as medidas de proteção dispostas no ECA. Com base nisso, o Conselho Tutelar funciona como uma espécie de triagem de casos, que se transformam ou não em processos judiciais. É nesse sentido que o Conselho Tutelar serializa a multiplicidade de problemas sociais e encaminha estes a uma rede de órgãos (LEMOS, 2003).

Ademais, outras instituições também foram citadas na literatura, constituindo a rede de atendimento aos casos. Estas foram abrigos, polícias civil e militar, hospitais e serviços de saúde em geral, serviços de atendimento jurídico, serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico, serviço de perícia, escolas, outras promotorias do Ministério Público, outros Juizados, órgãos ou instituições de assistência social e outras comarcas do Juizado da Infância e da Juventude.

Com isso, observou-se a existência de diversas instituições na composição da rede de proteção e apoio social às crianças vítimas de violência. Isto revela a importância que estas instituições ocupam na rede e na comunidade, apesar de as dificuldades que enfrentam para desempenhar suas funções. Pois, constatou-se que apesar de o atendimento ser considerado de boa qualidade pelos profissionais do serviço, em função das ações articuladas da equipe, este não é o ideal, devido às dificuldades e aos entraves vivenciados no cotidiano do Serviço, como a grande demanda, os escassos recursos, a falta de materiais especializados, como testes psicológicos, bibliografias especializadas e, principalmente, a desarticulação da rede de atendimento e proteção da criança.

O Ministério da Saúde (2002) indica que a integração destes, com os serviços de saúde ainda é insuficiente e a pouca interação entre eles se encontra abalada pela percepção que os profissionais de saúde têm das dificuldades apresentadas por estes órgãos no cumprimento de seu papel, quando situações de violência lhes são encaminhadas. Isso faz com que os profissionais fiquem com dúvidas sobre o encaminhamento para esses órgãos (BRASIL, 2002).

Esses estudos também mostraram a desarticulação de órgãos e entidades do Sistema de Garantia de Direitos no atendimento à criança. O estudo de Habigzang et al. (2006), assim como o de Faraj e Siqueira (2012), apontaram a carência de comunicação entre os órgãos e serviços da rede de atendimento e de proteção da criança e do adolescente, agravados pela falta de investimento do poder executivo no fortalecimento da rede e na criação de políticas e programas voltados para o atendimento à criança. Neste contexto, a literatura ressalta a necessidade do trabalho de conscientização e capacitação dos profissionais que trabalham com a problemática da violência, além de uma maior atenção por parte do Estado.

Nesse contexto, a desarticulação da rede, de fato, é uma fragilidade que requer uma atenção especial. Pois, de acordo com a literatura, a fragilidade das políticas públicas que compõem o sistema pode comprometer o trabalho de todos os integrantes, pois remete à percepção de inefetividade de gestão do espaço público, com falhas para a proteção integral das crianças e inadequações de estruturas da rede. Assim, a fragilidade do espaço público, as políticas que não avançam, acaba por deixar a rede bem fragilizada, com alguns tipos de furos. Acresce que, para que a rede funcione, sua estrutura deve estar adequada desde os materiais e equipamentos básicos, até profissionais especializados, só assim se torna possível um suporte adequado a criança vítima de violência.

Ippolito (2004) destaca que ações isoladas não são suficientes na prevenção da violência, na responsabilização do agressor, no atendimento da criança ou adolescente e sua família, sendo necessária à articulação em rede dos serviços existentes no atendimento a criança e adolescente. Dessa forma, serviços especializados, continuados e articulados devem ser ofertados para crianças, adolescentes e famílias em situação de violência (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Sendo assim, torna-se de grande importância que haja uma rede integrada e articulada com os diversos setores (saúde, educação, segurança pública, jurídico e assistência social) para que dessa forma seja possível o oferecimento de um atendimento completo, que acolha e ofereça a assistência necessária, além do acompanhamento do caso para que o direito da criança seja garantido.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo nos proporcionou uma melhor compreensão da complexidade da

violência contra crianças, sendo assim, reafirmamos que a infância reserva algumas peculiaridades que faz da criança um ser humano diferente do adulto, elas devem ser educadas de um modo que se respeite seus direitos. Assim, a sociedade tem a obrigação de fornecer cuidados especiais para as crianças, para que assim elas possam viver de forma decente.

Deste modo, para que os seus direitos e integridade sejam resguardados, as intervenções são cada vez mais importantes e solicitadas para que sejam realizadas o mais precocemente possível, desde a prevenção até a correção dos atos abusivos. Desse modo, é fundamental que se realize um trabalho em rede, para tanto, não basta ter, montar ou treinar equipes e pessoas, mas, principalmente, faz-se necessário que se realize um trabalho de forma conjunta, em que cada componente da rede trabalhe com um mesmo objetivo. Pois, a desarticulação da rede, de fato, mostrou-se como uma fragilidade que requer uma atenção especial.

Além disso, a articulação da rede mostra-se como sendo fundamental para uma efetiva proteção aos direitos básicos da criança. Além de articular os saberes de diferentes áreas de conhecimento, sendo, portanto, fundamental para combater as dificuldades de entendimento de um fenômeno tão complexo como a violência.

Desse modo, podemos concluir que a complexidade do fenômeno da violência contra criança, dada a suas múltiplas dimensões, requer que seu enfrentamento se dê através do intercâmbio de ações e saberes de atores diversos pertencentes a rede de proteção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: um passo a mais na cidadania em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Resolução nº 113/2006**. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Rio Grande do Sul: Ministério Público, 19 abr. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias**: referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP, 2009.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.25, supl.1, p.9-21, abr. 2003.

FALEIROS, V. P; FALEIROS, Eva T. Silveira. Circuito e curtos-circuitos. **Atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Veras, 2001.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente

vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Texto contexto - enferm**, Barbarói, v.24, n.4, p. 67-87, 2012.

HABIGZANG, L. F., AZEVEDO, G. A., KOLLER, S. H., et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.19, n.3, p. 379-386, 2006.

IPPOLITO, R. (Coord. técnica). **Guia Escolar**: método para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Presidência da República, Secretaria do Especial dos Direitos Humanos, 2004.

LEMOS, F. C. **Práticas de conselheiros tutelares frente à violência doméstica**: proteção e controle. 2003. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2003. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/97704>>.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: Questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 91-102, maio/ago, 2001.

SILVA. E.; MOTTI, A. **Estatuto da Criança e do Adolescente – Uma Década de Direitos**: Avaliando Resultando e Projetando o Futuro. Campo Grande: UFMS, 2007.

VISÃO, CONHECIMENTO E VULNERABILIDADE DOS ADOLESCENTES FRENTE AO HIV/AIDS: IDENTIFICANDO ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

Heloane Medeiros do Nascimento

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Cuité – Paraíba

Amanda Haissa Barros Henriques

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus Mangabeira.
João Pessoa – Paraíba

Érica Dionísia de Lacerda

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Cuité – Paraíba

Hortênciá Héllen de Azevedo Medeiros

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Cuité – Paraíba

Marcela Lourene Correia Muniz

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pernambuco, Campus Abreu e Lima
Abreu e Lima – Pernambuco

Suzana Santos da Costa

Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pernambuco, Campus Abreu e Lima
Abreu e Lima – Pernambuco

cada vez mais a população do Brasil e do mundo, tornando-se um grave e importante problema de saúde pública por seu caráter pandêmico e sua alta gravidade. Objetiva-se com este estudo realizar um levantamento na literatura acerca da visão, conhecimentos e vulnerabilidades dos adolescentes frente ao HIV, bem como, identificar quais estratégias de educação em saúde podem ser utilizadas para orientá-los quanto à importância do uso do preservativo como método de prevenção durante as relações sexuais. Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizada no período de abril a maio de 2016, através de pesquisas realizadas na biblioteca virtual de saúde, utilizando-se as seguintes bases de dados: LILACS e MADLINE. A amostra constituiu-se de quinze artigos, dos quais seis se enquadraram ao objetivo da pesquisa. A análise das produções bibliográficas nacionais encontradas acerca da temática possibilitou a elaboração de duas principais categorias: 1) Visão e conhecimento dos adolescentes frente ao HIV/AIDS e; 2) Vulnerabilidades e possíveis práticas educativas voltadas para o público adolescente. Diante do exposto, conclui-se que apesar dos adolescentes possuírem algum conhecimento sobre a importância do uso do preservativo como método de prevenção contra as IST/HIV/AIDS, ainda é necessário o planejamento e a implementação de estratégias

RESUMO: A infecção proveniente do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem acometido

voltadas para a conscientização efetiva e permanente deste público, visando reduzir a exposição a comportamentos e situações de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Conhecimento; HIV.

ABSTRACT: Infection from the Human Immunodeficiency Virus (HIV) has increasingly affected the population of Brazil and the world, becoming a serious and important public health problem because of its pandemic character and its high severity. The objective of this study is to carry out a survey in the literature about adolescents' vision, knowledge and vulnerability to HIV, as well as to identify which health education strategies can be used to guide them regarding the importance of using condoms as a method during sex. This is a review of the literature, with a descriptive character and a qualitative approach, carried out from April to May 2016, through research carried out in the virtual health library, using the following databases: LILACS and MADLINE. The sample consisted of fifteen articles, of which six were in line with the research objective. The analysis of the national bibliographic productions found on the subject allowed the elaboration of two main categories: 1) Vision and knowledge of adolescents in the face of HIV / AIDS and; 2) Vulnerabilities and possible educational practices aimed at the adolescent public. In view of the above, it is concluded that although adolescents have some knowledge about the importance of condom use as a method of prevention against STI / HIV / AIDS, it is still necessary to plan and implement strategies aimed at effective and permanent awareness aimed at reducing exposure to risk behaviors and situations.

KEYWORDS: Adolescent; Knowledge; HIV.

1 | INTRODUÇÃO

A infecção proveniente do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem acometido cada vez mais a população do Brasil e do mundo, tornando-se um grave e importante problema de saúde pública por seu caráter pandêmico e sua alta gravidade. Estima-se que no Brasil existam em média 630 mil casos de pessoas convivendo com o HIV ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sendo a população de adolescentes um dos grupos mais diagnosticados atualmente com a doença (COSTA et al., 2013; GONÇALVES et al., 2013).

Segundo Chaves et al. (2014), as estatísticas também evidenciam um maior índice de mortalidade proveniente do vírus do HIV entre os jovens com faixa etária entre 10-24 anos nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Essa maior vulnerabilidade do adolescente ao HIV, pode ser influenciado por diversos fatores, entre eles estão os fatores biopsicossociais e os fatores econômicos, de modo que os jovens e os adolescentes com baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico estão mais susceptíveis a contaminação pelo vírus do HIV (CHAVES et al., 2014).

Durante a adolescência, o exercício da sexualidade ocupa um lugar de destaque na vida do adolescente e muitos iniciam sua vida sexual precocemente tornando-os

vulneráveis a sofrerem problemas de saúde devido à falta de informações corretas e preparação prévia, o que merece um olhar mais cuidadoso por parte dos profissionais de saúde (DOS ANJOS et al., 2012).

A falta de conhecimento e a visão errônea dos adolescentes no que diz respeito às medidas de prevenção, associadas ao início precoce da vida sexual facilitam o acometimento pela doença, valendo salientar ainda, que durante o período da adolescência, os mesmos vivenciam uma série de eventos que aumentam ainda mais a sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sendo na maioria das vezes influenciadas pelo meio social em que encontram-se inseridos (COSTA et al., 2013).

Em todo mundo, a cada 20 adolescentes, um contrai alguma IST anualmente. Ressalta-se que na presença de uma IST, o risco de transmissão do HIV é de três a cinco vezes maior (ARAÚJO et al., 2012). O preservativo (masculino ou feminino) é o método mais eficaz para prevenção das IST e do HIV, bem como de uma gravidez não planejada. É de fácil aquisição por homens e mulheres e é disponibilizado de forma gratuita nos serviços de saúde.

No entanto, apesar do seu fácil acesso, a maioria dos adolescentes apresenta certa resistência em adotá-lo como método de prevenção nas práticas sexuais, justificados por diversos motivos, como, não gostar de usá-lo devido incomodar, por confiarem no parceiro, por culturalmente acharem que diminui o prazer sexual e pelas relações sexuais imprevisíveis (COSTA et al., 2013).

Deste modo, os adolescentes necessitam de atenção especial por apresentarem necessidades específicas que devem ser alcançadas por meio da realização de ações de controle e prevenção através das políticas públicas de saúde que favoreça a participação dos jovens na promoção da sua própria saúde (CHAVES et al., 2014).

Destarte, as questões norteadoras desse estudo foram: qual o nível de conhecimento dos adolescentes frente ao HIV? O que pode ser feito para levar aos adolescentes as informações corretas sobre o assunto?

Por conseguinte, os objetivos desse estudo foram: realizar um levantamento na literatura acerca da visão, conhecimentos e das vulnerabilidades dos adolescentes frente ao HIV, bem como, identificar quais estratégias de educação em saúde podem ser utilizadas para orientá-los quanto à importância do uso do preservativo como método de prevenção durante as relações sexuais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Deste modo, seguiram-se as seguintes etapas metodológicas: identificação do tema, escolha das questões norteadoras, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, análise e interpretação de dados, e apresentação dos resultados.

A pesquisa foi feita através de um levantamento bibliográfico, no período de abril a maio de 2016, com auxílio de um instrumento estruturado contendo: título do artigo, objetivos e principais resultados e conclusões, através de pesquisas realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se as seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Na busca foram considerados os descritores: Adolescente, Conhecimento e HIV, os quais foram previamente consultados no DeCS. Para o cruzamento dos descritores foram utilizados os indicadores booleanos (AND e OR). Foram incluídos no estudo os artigos que correspondessem aos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra e em língua portuguesa que se enquadrassem na temática abordada, respondendo as perguntas condutoras do estudo e que compreendessem aos últimos cinco anos (2012-2016). Os critérios para exclusão foram: resumos, artigos publicados em anais de congressos e artigos que não encontravam-se disponíveis gratuitamente.

Após a coleta dos dados, realizou-se a leitura na íntegra de cada estudo selecionado, visando minimizar prejuízos na seleção. Dentro do universo de quinze artigos encontrados, um quantitativo de seis artigos constituíram a amostra por se enquadrarem ao objetivo da pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das produções bibliográficas nacionais encontradas acerca da temática possibilitou a elaboração de duas principais categorias: 1) Visão e conhecimento dos adolescentes frente ao HIV/AIDS e; 2) Vulnerabilidades e possíveis práticas educativas voltadas para o público adolescente.

1) Visão e conhecimento dos adolescentes frente ao HIV/AIDS

Os jovens e adolescentes que apresentam visão errada ou desconhecimento sobre o tema, corresponde a jovens de famílias menos escolarizadas e de menor nível socioeconômico, o que possivelmente pode ser explicado devido ao acesso limitado às fontes de informações corretas, como por exemplo: livros, revistas e jornais (GONÇALVES et al., 2013).

Esses conhecimentos limitados por parte dos adolescentes a respeito da gravidade do HIV/AIDS resultam em práticas sexuais inadequadas que comprometem e põe em risco a sua saúde (GONÇALVES et al., 2013). Por consequência das fontes de informação não atingirem os adolescentes em geral, a maioria ainda possui uma visão errônea sobre a transmissão do vírus do HIV por acreditarem que só há possibilidade de contágio caso haja contato com determinados grupos de riscos (CHAVES et al., 2014).

Segundo Chaves et al. (2014) a maioria dos adolescentes possuem um certo conhecimento acerca da importância do uso do preservativo como método de proteção contra o HIV, porém, a maioria não faz uso deste método por não possuírem o preservativo no momento do ato sexual ou por não lembrarem de utilizá-lo.

O conhecimento avaliado sobre o assunto em questão não tem sido suficiente para que haja uma garantia do uso contínuo do preservativo durante as práticas sexuais entre os adolescentes, sendo necessário reforçar as orientações para uma vida sexual segura, livre de riscos e danos maiores, necessitando ainda de uma educação efetiva para que haja uma aquisição de conhecimentos e uma mudança comportamental frente a essas doenças (CHAVES et al., 2014).

2) Vulnerabilidades e possíveis práticas educativas voltadas para o público adolescente

A vulnerabilidade dos adolescentes frente ao HIV ocorre devido uma junção de fatores individuais e sociais nos quais os adolescentes estão envolvidos, podendo interferir de maneira leve ou grave em suas decisões, a depender da sua capacidade de interpretar criticamente as mensagens sociais que lhe indicam perigo (DOS ANJOS et al., 2012).

Está associada ainda a diversos aspectos, dentre eles estão: a deficiência de informações corretas, as barreiras socioeconômicas, a necessidade de exploração do novo, o falho sistema educacional que desestimula o aprendizado, os déficits nos serviços de saúde relacionados ao preparo para lidar com o adolescente, a necessidade de afirmação grupal, a baixa noção de cidadania, por ser uma pessoa no início da sua construção social e com início precoce da vida sexual com toda insegurança e desconhecimento associado na maioria das vezes ao abuso de álcool e drogas (ARAÚJO, et al., 2012; DO VAL et al., 2013).

A imaturidade relacionada à falta de experiência do adolescente influencia fortemente de maneira negativa no uso do preservativo durante as relações sexuais, principalmente quando o ato sexual ocorre numa idade precoce, o que favorece ainda mais a vulnerabilidade dos adolescentes a contraírem o vírus do HIV (CHAVES et al., 2014).

Segundo Do Val et al. (2013), estudos apontam que um dos maiores desafios de prevenção a AIDS em jovens e adolescentes segue sendo o pensamento ilusório de não estarem susceptíveis a adquirirem quaisquer IST pelo fato de confiarem 100% em seus companheiros.

A vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV deve sempre ser vista como uma condição influenciada pelo meio social, cultural e econômico em que os mesmos estão inseridos, devendo levar em consideração as diferentes realidades existentes durante a construção das ações de saúde (COSTA et al. 2013).

Por se tratar de uma doença transmissível e até o momento, incurável, os índices

de indivíduos jovens acometidos pela AIDS vêm aumentando em todo o mundo. Por este motivo, destaca-se a importância da informação e educação contínua como métodos de controle e prevenção, sendo indispensável que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros por atuarem diretamente em contato com a comunidade, disponham de conhecimentos e habilidades para desenvolverem atividades de educação em saúde voltadas para o público adolescente dando foco nas ações de saúde sexual e reprodutiva (ARAÚJO et al., 2012).

A escola também deve ser vista como um espaço de fundamental importância na identificação de práticas indevidas que tornam o adolescente vulnerável ao adoecimento e pode ser um espaço para o desenvolvimento de atividades educativas que visem levar informações corretas e adequadas para os adolescentes a fim de promover uma consciência crítica a partir de estratégias de conscientização desenvolvidas de acordo com o contexto social no qual os adolescentes estão inseridos (COSTA et al., 2013).

Ainda segundo Costa et al. (p. 180, 2013) “tais estratégias podem ocorrer sob a forma de palestras, oficinas, rodas de conversa, diálogos, entre outras atividades que permitam ao adolescente trocar experiências e esclarecer as suas dúvidas”. Além disso, é importante elencar sobre a distribuição de preservativos e a exposição de como utilizá-los, como forma de transmitir informações relevantes, através de mutirões realizados nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde envolvendo todos os profissionais.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que apesar dos adolescentes possuírem algum conhecimento sobre a importância do uso do preservativo como método de prevenção contra as IST/HIV/AIDS, ainda é necessário o planejamento e a implementação de estratégias voltadas para a conscientização efetiva e permanente deste público, visando reduzir a exposição a comportamentos e situações de risco.

O profissional enfermeiro deve estar diretamente envolvido nas ações educativas possibilitando a criação de um vínculo permanente entre os adolescentes e os serviços de saúde, auxiliando-os na adesão a práticas sexuais seguras e minimizando suas vulnerabilidades as IST.

Um dos ambientes ideais para o desenvolvimento de ações de educação sexual é a escola, tendo em vista que o ambiente escolar é considerado o melhor espaço para trabalhar o tema sexualidade com adolescentes, por possibilitar o alcance de grande parte deste público e favorecer a retirada de dúvidas. Torna-se necessário utilizar de uma linguagem clara, dinâmica e objetiva para que seja possível um melhor entendimento por parte dos adolescentes, levando em consideração que o conhecimento ineficaz também contribui para uma maior exposição ao vírus do HIV.

Deste modo, o presente estudo evidenciou a importância do desenvolvimento

de publicações que envolvam a temática vulnerabilidade entre os adolescentes, principalmente envolvendo as IST/HIV, visto que a literatura nacional ainda apresenta uma escassez de estudos relacionados a este público associado a esta temática.

Por fim, este estudo contribuirá para o desenvolvimento de novas pesquisas e possibilitará um melhor entendimento a respeito do universo da adolescência, favorecendo desta forma, a construção de ações voltadas para a saúde dos adolescentes mediante informações importantes aqui elencadas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. E.; MONTEIRO, C. F. S.; MESQUITA, G. V.; ALVES, E. L. M.; CARVALHO, K. M.; MONTEIRO, R. M. et al. **Fatores de risco para infecção por hiv em adolescentes.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-7, abr/jun, 2012.

CHAVES, A. C. P.; BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; WAGNER, W. **Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV.** Rev. Bras. Enferm. v. 67, n. 1, p. 48-53, jan-fev, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0048.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2016.

COSTA, A. P. J. LINS, A. G.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C. **Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão.** Rev. Gaúcha Enferm. v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.

DO VAL, L. F.; SILVA, J. A. S.; RINCÓN, L. A.; LIMA, R. H. A.; BARBOSA, R. L.; NICHATA, L. Y. I. **Estudantes do ensino médio e o conhecimento em HIV/AIDS: que mudou em dez anos?** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 47, n. 3, p. 702-8, 2013.

DOS ANJOS, R. H. D.; SILVA, J. A. S.; DO VAL, L. F.; RINCÓN, L. A.; NICHATA, L. Y. I. **Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV.** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 46, n. 4, p. 829-37, 2012.

GONÇALVES, H.; GONZÁLEZ-CHICA, D. A.; MENEZES, A. M. B.; HALLAL, P. C.; ARAÚJO, C. L. P.; DUMITH, S. C. **Conhecimento sobre a transmissão de HIV/AIDS entre adolescentes com 11 anos de idade do Sul do Brasil.** Rev. Bras. Epidemiol. v. 16, n. 2, p. 420-311, 2013.

VISITA DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA

Cássia Cristina Braghini

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
- Unochapecó, Área de Ciências da Saúde,
Chapecó-SC

Josiane Schadeck de Almeida Altemar

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
- Unochapecó, Área da Saúde, Chapecó- SC

RESUMO: A visita domiciliar proporciona o primeiro contato e o conhecimento da realidade do usuário da Atenção Básica. O Fisioterapeuta nas visitas domiciliares pode atuar com orientações e identificações de problemas para o planejamento de ações multiprofissionais. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de estudantes de Fisioterapia sobre as visitas domiciliares na rede de atenção básica. Consiste em um relato de experiência de estudantes de Fisioterapia que realizaram visitas domiciliares a usuários vinculados a dois Centros de Saúde. Os usuários visitados semanalmente, foram escolhidos a partir do diálogo dos estudantes com as agentes comunitárias de saúde. Nas visitas, foi realizado o reconhecimento da família e residência, territorialização e a partir disso traçavam-se objetivos para intervenção. Em média, cada família foi visitada quatro vezes. Nas intervenções realizadas, objetivou-se a autonomia dos sujeitos e encaminhamentos ao centro de saúde para acompanhamento com

outros profissionais. Observou-se aceitação dos usuários quanto às atividades realizadas pelos estudantes, facilitação do trabalho em equipe, principalmente com as agentes de saúde, assim como na criação de vínculos entre a equipe de saúde e população. As visitas domiciliares proporcionaram aos usuários atenção à saúde em seu contexto domiciliar, principalmente quando há dificuldade de deslocar-se até a unidade de saúde. Também favoreceram o vínculo entre a equipe e a população. Para os estudantes de fisioterapia, propicia aproximação com a saúde coletiva e a realidade de saúde dos usuários e o desenvolvimento de habilidades e competências para uma prática profissional humanizada e integral.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Visita Domiciliar, Saúde Pública.

ABSTRACT: The home visit provides the first contact and knowledge of the reality of the Primary Care user. The Physiotherapist in the home visits can act with orientations and identifications of problems for the planning of multiprofessional actions. The objective this study was to report the experience of Physical Therapy students on home visits in the primary care network. An experience report of Physical Therapy students who, made home visits to users linked to two Health Centers. The users visited weekly were chosen from the students'

dialogue with the community health workers. During the visits, were realized the family and residence recognition, the territorialization and from that, they set the objectives for the intervention. The interventions were aimed at the autonomy of the subjects and referrals to the health center for follow-up with other professionals. Users were accepted the activities proposed by the students. There was also facilitation of teamwork, mainly with community health workers as well as the creation of links between the health team and the population. Home visits provided the users with health care in their home context, especially when there is difficulty to go to the health unit. Also favored the link between the team and the population. For physiotherapy students, it provides an approximation with the collective health and the health reality of the users and the development of skills and competences for a humanized and integral professional practice.

KEYWORDS: Primary health care, House calls, Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona aos profissionais o conhecimento da realidade e identificação das necessidades e potencialidades dos usuários e sua família (BEZERRA, LIMA, LIMA, 2015).

A VD representa uma prática em saúde que visa romper com o modelo hegemônico de atenção à saúde centrado na doença, pois oportuniza um atendimento integral e humanizado do indivíduo em seu contexto familiar (LIMA et al., 2015). Borges et al. (2017) complementam que é fundamental aos estudantes da área da saúde terem conhecimento sobre a VD, uma vez que a visita tem potencial para formar profissionais de saúde mais humanizados.

Para aproximar a formação do fisioterapeuta ao modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se necessário a vivência que aproxime o estudante da realidade da população, a fim de compreender de maneira mais ampla o processo de saúde-doença.

Dessa maneira, na VD o fisioterapeuta pode contribuir com a integração das atividades de vida diária e a família, fornecendo orientações adequadas a realidade do indivíduo (SANTOS et al., 2016). Bezerra, Lima e Lima (2015) pontuam que durante a VD o fisioterapeuta consegue realizar orientações mais pertinentes ao indivíduo, por meio da compreensão do seu modo de vida, conhecimento do ambiente e relações familiares, contemplando também questões sociais e emocionais.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de Fisioterapia sobre as visitas domiciliares

na rede de atenção básica.

3 | METODOLOGIA

Os estudantes de Fisioterapia de uma Universidade do Oeste Catarinense durante o Estágio de Saúde Coletiva, realizaram visitas domiciliares a usuários vinculados a dois Centros de Saúde do município. Os usuários foram visitados semanalmente, no período entre fevereiro a julho de 2015 e foram escolhidos a partir do diálogo dos estudantes com as agentes comunitárias de saúde.

Nas visitas, inicialmente, os estudantes realizavam o reconhecimento da família e residência, avaliação do comprometimento motor, independência funcional do indivíduo e fatores facilitadores ou barreiras do domicílio. Também realizavam a territorialização a fim de reconhecer as áreas de atuação do Centro de Saúde da Família, o meio ambiente e os aspectos sociais do território.

A partir desses elementos, traçaram-se objetivos para intervenção com aquela família. Em média, cada família foi visitada quatro vezes.

4 | RESULTADOS

Nas visitas realizadas, objetivou-se a autonomia dos sujeitos, uma vez que em sua maioria eram usuários com dificuldade de locomoção (idosos, indivíduos acamados e/ou deficiências, amputados, politraumatizados), orientações sobre autocuidado e ao cuidador, prática de exercícios físicos, postura corporal durante as atividades diárias e domésticas, prevenção de quedas e encaminhamentos ao centro de saúde para acompanhamento com outros profissionais (nutricionista, enfermeira, psicólogo, assistente social, entre outros). Foram utilizados nas intervenções cartilhas, cartazes, adaptação do mobiliário e colocação de faixas antiderrapantes.

Observou-se a aceitação dos usuários quanto às atividades realizadas pelos estudantes, facilitação do trabalho em equipe, principalmente com as agentes comunitárias de saúde, assim como na criação de vínculos entre os estudantes, a equipe de saúde e população.

Por meio dessa experiência, o olhar profissional deslocou-se para o contexto social e familiar do indivíduo. Além disso, foram desenvolvidas nos estudantes habilidades para a comunicação, sensibilidade social, humanização e ética.

5 | CONCLUSÕES

As visitas domiciliares proporcionaram aos usuários atenção a saúde em seu contexto domiciliar, principalmente quando há dificuldade de deslocar-se até a unidade

de saúde. Além disso, favorece o vínculo entre a equipe e a população.

Para os estudantes de Fisioterapia, propicia a aproximação com a saúde coletiva e a realidade de saúde dos usuários e o desenvolvimento de habilidades e competências para uma prática profissional humanizada e integral.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Maria I. Capistrano; LIMA, Maria J. M. Ramos; LIMA, Ylana C. Ponciano. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. **Sanare**, v.14, n.1, p.76-80, 2015.

BORGES, Fernanda R., et al. Ensino sobre a visita domiciliar a estudantes universitários. **Rev Rene**, v.18, n.1, p.129-138, 2017.

LIMA, Carlos H. Ribeiro et al. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. **R interd.**, v.8, n.2, p.205-210, 2015.

SANTOS, Fernanda R. Pereira et al. Projeto de extensão de visitas domiciliares: mais um ponto a contribuir na formação do fisioterapeuta para atuação na atenção primária a saúde. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v.3, n. 6, 2016.

VITAMINA D: CORRELAÇÃO COM DÉFICITS COGNITIVOS

Laura Divina Souza Soares

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV).

Rio Verde-Goiás

Brenda Cavalieri Jayme

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV).

Rio Verde-Goiás

Fabíola Barbosa Campos

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV).

Rio Verde-Goiás

Lara Cândida de Sousa Machado

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV).

Rio Verde-Goiás

Maria Gabriela Alves Franco

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV).

Rio Verde-Goiás

Natália Ataíde Moreira

Graduanda em Medicina, Universidade de Rio Verde (UniRV).

Rio Verde-Goiás

RESUMO: O hormônio vitamina D (VITD), originado a partir do colesterol, se apresenta em duas formas principais, VITD 2 e 3. A maioria é adquirida de forma endógena, apesar de ser possível a aquisição por meio exógeno.

O precursor 7-deidrocolesterol, no tecido cutâneo, por meio da ação dos raios solares UVB é convertido em VITD, endogenamente. Ademais, dieta rica em óleo de fígado de bacalhau, salmão e leite, caracteriza a obtenção exógena desse hormônio. A Cognição, por sua vez, é representada por: memória, atenção, linguagem e execução, e depende intensamente da disponibilidade dessa vitamina ao sangue. Este artigo objetiva expor sobre a associação entre déficits cognitivos e de VITD, além de abordar acerca da predisposição de certas etnias ao desenvolvimento de alterações na cognição. Com este propósito realizou-se pesquisa bibliográfica, que incluiu artigos de 2012 a 2017. Diante da análise qualitativa, notou-se que para obter-se VITD funcional é indispensável que ocorra interação fisiológica sistêmica entre vários órgãos, como pele, fígado e rins, principalmente. Notificou-se que a baixa concentração de VITD ativa é fator predisponente para transtornos cognitivos leves até demências irreversíveis, como demências Vasculares, de Parkinson e Alzheimer. Na etnia negra, sabe-se que a aquisição dessa vitamina é significativamente menor do que na branca devido possuir maior pigmentação na pele. Desses pacientes, a maioria apresenta história familiar positiva para demências. Diante do exposto, é primordial conhecer acerca da correlação entre VITD e déficits cognitivos e

assim abordar métodos preventivos destes, que atuam no hormônio vitamina D.

PALAVRAS-CHAVE: “Vitamina D” “Cognição” “Demência”

ABSTRACT: Vitamin D hormone (VITD), originating from cholesterol, occurs in two main forms, VITD 2 and 3. The majority is acquired endogenously, although it is possible the acquisition through exogenous modes. The precursor 7-dehydrocholesterol, in cutaneous tissue, through the action of UVB solar rays is converted into VITD, endogenously. Although, a diet rich in cod liver oil, salmon and milk, characterizes the exogenous acquisition of this hormone. Cognition is represented by: memory, attention, language and execution, and depends of the availability of this vitamin to the blood. This article aims to expose the association between cognitive and VITD deficits, as well as to expose the predisposition of certain ethnic groups to the development of alterations in cognition. With this purpose, a bibliographical research was carried out, which included articles from 2012 to 2017. In the qualitative analysis, it was observed that to obtain functional VITD, it is essential that systemic physiological interaction occurs between various organs such as skin, liver and kidney, mainly. It has been reported that the low concentration of active VITD is a predisposing factor for cognitive disorders to irreversible dementias such as Vascular, Parkinson and Alzheimer dementias. In black ethnicity, it is known that the acquisition of this vitamin is significantly lower than in white because it has greater pigmentation in the skin. Of these patients, most have a positive family history of dementias. So, it is essential to know about the correlation between VITD and cognitive deficits and the preventive methods of these, which act on the vitamin D hormone.

KEYWORDS: “Vitamin D” “Cognition” “Dementia”

Introdução e objetivo: A Vitamina D (VITD) é um hormônio que provém do colesterol, e se subdivide, principalmente, em vitaminas D2 e D3. Ela pode ser obtida em 20% de forma exógena e em 80% de maneira endógena, esta através da conversão do precursor 7-dehidrocolesterol, presente na pele, que é induzida pela exposição aos raios solares UVB, e aquela por meio da dieta baseada em óleo de fígado de bacalhau, salmão e leite (OLIVEIRA, 2017). A integralidade das funções cognitivas, como memória, atenção, linguagem e funções executivas dependem intrinsecamente da quantidade de VITD sérica (ESERIAN, 2013). O presente trabalho tem por objetivo informar acerca da correlação entre a baixa quantidade de vitamina D no organismo e comprometimento de funções cognitivas além de destacar a correlação entre pacientes negros e o desenvolvimento de déficits cognitivos. **Metodologia:** Este trabalho constitui uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, por meio de uma revisão de literatura. Foram inclusos como base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico. A busca produziu 44 artigos em que utilizaram-se artigos de 2012 a 2017, de idioma espanhol, inglês e português, e inclusos 6 para referências desta revisão. Os descritores utilizados foram:

“Vitamin D” “Cognição” e “Demência”. Cada um dos artigos foi lido para identificação e registro do papel da Vitamina D nas diversas funções cognitivas e posterior análise qualitativa. **Resultados e discussão:** Tanto a forma exógena como endógena de obtenção da VITD oferecem subtipos biologicamente inertes, necessitando, assim, de uma hidroxilação hepática, transformando Vitaminas D2 e D3 em 25-hidroxivitamina D (25(OH)D). Posteriormente, ocorre hidroxilação renal, gerando 1,25-dihidroxivitamina D (1,25 (OH)₂D), forma ativa da VITD, por ter maior afinidade com os receptores dessa vitamina, e possui menor concentração que a 25(OH)D. Estudos revelaram que a baixa concentração sérica de 25(OH)D3 contribui para o surgimento desde transtornos cognitivos leves até demências irreversíveis, como demências Vasculares, de Parkinson e Alzheimer. Pacientes com Vitamina D3 menor que 25nmol/L tiveram um prejuízo das funções cognitivas maior após o acompanhamento de três e seis anos em relação a pacientes com níveis normais (ESERIAN, 2013). Na etnia negra, os níveis de VITD são significativamente menores do que na etnia branca. Os negros, por terem maior pigmentação, necessitam de maior exposição aos raios UVB ou ingestão de VITD para obter nível sérico adequado, em relação aos brancos (LICHTENSTEIN et al, 2013). Nesse grupo étnico, a maioria (58,3%) apresenta história familiar positiva para demências. Observa-se alta probabilidade de desenvolvimento de demência em familiares de pacientes negros, revelando que nesta etnia o risco para se desenvolver déficits cognitivos é maior. Isso evidencia a correlação entre deficiência de VITD, e a maior chance de desenvolvimento de transtornos cognitivos (SOUZA, 2016). Em um estudo retrospectivo, evidenciou-se que o desenvolvimento de Demência Vasculosa predominou em pacientes de pele negra, com 81,4 % dos casos (RODRÍGUEZ et al, 2017). **Conclusão:** Dessa forma, é notório que a deficiência de Vitamina D é responsável por diversos transtornos cognitivos, desde os mais leves, até os irreversíveis (BALION et al., 2012). Além disso, indivíduos negros têm maior dificuldade na obtenção de vitamina D (LICHTENSTEIN et al, 2013). Sendo assim, há uma maior probabilidade desta etnia, sem nenhuma outra morbidade associada a transtornos cognitivos, em desenvolver déficits na cognição, como demência Vasculosa, Parkinson e Alzheimer, em relação aos indivíduos brancos (SOUZA, 2016). Diante desse entendimento, é imprescindível o consumo de alimentos que fornecem Vitamina D, como óleo de fígado de bacalhau, salmão e leite e exposição aos raios solares, para que se garantam níveis adequados de VITD, e conseqüentemente, proteção ao sistema cognitivo.

REFERÊNCIAS

BALION, C. et al. **Vitamin D, cognition, and dementia: A systematic review and meta-analysis.** *American Academy Of Neurology*, Devon, p.1-9, set. 2012.

ESERIAN, J. K. **Papel da vitamina D no estabelecimento e tratamento de transtornos neuropsiquiátricos.** *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 12, n. 2, p.234-238, ago. 2013.

LICHTENSTEIN, A. et al. **Vitamina D: ações extraósseas e uso racional.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 5, p.1-12, out. 2013.

OLIVEIRA, A. C. R. **AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS PLASMÁTICOS DE VITAMINA D E POLIMORFISMOS NO GENE DO SEU RECEPTOR EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS COGNITIVOS.** *Instituto de Ciências Biológicas*, Belo Horizonte - Mg, p.1-112, 2017.

RODRÍGUEZ, M. P. et al. **Caracterización de pacientes geriátricos con demencia vascular.** *Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana*, Sancti Spíritus, v. 19, n. 1, p.1-10, 2017.

SOUZA, M. A. N. **PREVALÊNCIA DE HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA EM PORTADORES DE SÍNDROMES DEGENERATIVAS DEMENCIANTES.** *Universidade Federal de Goiás Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde*, Goiânia, p.1-74, 2016.

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 978-85-7247-138-1

