

A hand holding a magnifying glass over a network of medical icons. The icons include a doctor, a clipboard, test tubes, a first aid kit, pills, a heart with an ECG, a virus, a person with a cross, a flask, a no smoking sign, a telephone with a cross, and an ambulance. The background is a blue and white grid with glowing points.

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 3

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Atena
Editora

Ano 2021



CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 3

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

istock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexandre Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Brito de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramirez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Prof. Me. Marcos Roberto Gregolin – Agência de Desenvolvimento Regional do Extremo Oeste do Paraná
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Sullivan Pereira Dantas – Prefeitura Municipal de Fortaleza
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Universidade Estadual do Ceará
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Ciências da saúde: influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 3

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremona
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 3 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-254-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.545210807>

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A respeito da influência das dinâmicas sociais, políticas, institucionais e ideológicas no campo da saúde, o texto “Diretrizes para a política de saúde de um governo popular e democrático” publicado em 1987 nos Cadernos de Saúde Pública pelo autor Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, explicita que: “(...) quanto maior e mais enraizada for a consciência da população de que saúde é bem-estar e que o bem-estar é decorrência da satisfação de necessidades básicas do indivíduo e de proteção do ambiente, estando, inseparavelmente, interligada à educação, à habitação, aos transportes, ao vestuário, à higiene do ambiente, à política salarial e a outras necessidades individuais e sociais, tanto mais a sanidade e o sistema de saúde serão objeto de reivindicações e de propostas políticas concretizáveis”.

Por sua vez, a presente obra planejada em três volumes pela Atena Editora, contempla 68 textos entre artigos técnicos e científicos elaborados por pesquisadores de Instituições de Ensino públicas e privadas de todo o Brasil. Indo ao encontro da indissociabilidade entre os contextos aqui abordados, a organização deste e-book foi implementada de modo a possibilitar que todos os volumes abordassem todas as temáticas de seu título: “Ciências da Saúde: Influências Sociais, Políticas, Institucionais e Ideológicas”.

Espera-se que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar o desenvolvimento de novos estudos contribuindo para o interesse da ciência nacional acerca das políticas públicas e de seus respectivos impactos na área da saúde. Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTE COM PARKINSON

Ariene dos Santos Souza

Bianca da Silva Araújo

Vitória Lopes de Alencar

Diogo Pereira Cardoso de Sá

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108071>

CAPÍTULO 2..... 7

ONABOTULINUMTOXIN TYPE A IMPROVES LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HUMAN T CELL LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE 1 ASSOCIATED OVERACTIVE BLADDER

Jose Abraão Carneiro Neto

Cassios José Vítor de Oliveira

Rosana Andrade

Edgar Marcelino de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108072>

CAPÍTULO 3..... 17

A SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL SOB UMA ANÁLISE HISTÓRICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Brunela Lima Borges

Marciana Duarte de Oliveira

Neila Alves Moreira dos Santos

Patrícia Tamiasso de Oliveira

Edilza Irene Chaves dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108073>

CAPÍTULO 4..... 27

A UTILIZAÇÃO DO L-PRF NAS RECONSTRUÇÕES ALVEOLARES/MAXILOFACIAIS

Dandara Menezes de Araujo Oliveira

Elmo Rodolpho Lira de Vasconcelos

Marília de Souza Leal Carvalho Dantas

Tayná Souza Gomes da Silva

Virgílio Bernardino Ferraz Jardim

Patrício José de Oliveira Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108074>

CAPÍTULO 5..... 32

AS CONTRIBUIÇÕES DA ARTETERAPIA: POSSÍVEL MINIMIZAÇÃO NAS FOBIAS SOCIAIS

Amanda Martinelli Victor

Filipe Rocha Xavier

João Vitor Matachon Viana

Sebastião Gonçalves Ribeiro Neto

Sônia Cardoso Moreira Garcia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108075>

CAPÍTULO 6..... 44

ASSOCIATION BETWEEN HOSPITAL EMERGENCY HOSPITALIZATIONS AND ENDOCRINOLOGICAL DISEASES

Juliana Olimpio Borelli
Nathayla Rossi Ferreira
Tamires do Carmo Cruz
Maria Lucia D'Arbo Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108076>

CAPÍTULO 7..... 53

BULLYING: UM PANORAMA GERAL SOBRE A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA ESCOLA E O PAPEL DA PSICOLOGIA

Maristela Spera Martins Melero
Fernanda Galo
Mariana Domingos Nunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108077>

CAPÍTULO 8..... 64

CARACTERIZAÇÃO DA PROFUNDIDADE E A SUA EFICÁCIA NA AÇÃO OFENSIVA NOS JOGOS DE GOALBALL

Altemir Trapp
Alessandro Tosim
Diego Colletes
Paulo Cesar Montagner
Joao Paulo Borim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108078>

CAPÍTULO 9..... 78

COR NA ODONTOLOGIA RESTAURADORA MODERNA – REVISÃO DE LITERATURA

Luiz Felipe de Almeida Ribeiro
Flávia Moyses Costa de Grajeda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5452108079>

CAPÍTULO 10..... 89

CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REFLEXÃO INTER- E MULTIDISCIPLINAR

Elenito Bitencorth Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080710>

CAPÍTULO 11..... 103

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ESTUDO QUALITATIVO

Danielle Cristina Banderó Antunes Vizzotto

Alesandra Schonberger
Aline Lima Pestana Magalhães
Neide da Silva Knihs
Sandra Mara Marin
Olvani Matins da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080711>

CAPÍTULO 12..... 116

DIREITOS HUMANOS E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O QUE PENSAM COORDENADORES DE INSTITUIÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?

Mariana Costa Roldão Garcia
Rafael Silvério Borges
Rosimár Alves Querino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080712>

CAPÍTULO 13..... 130

EPI-NO NA GESTAÇÃO E PARTO: QUAL SUA UTILIDADE?

Nathalia Antal Mendes
Maria Cristina Mazzaia
Tânia Terezinha Scudeller
Miriam Raquel Diniz Zanetti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080713>

CAPÍTULO 14..... 141

ESTUDO QUALITATIVO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DE TRABALHADORES DE CEMITÉRIO DE BOTUCATU, CIDADE DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

Susana Rocha Rodrigues da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080714>

CAPÍTULO 15..... 149

FATORES DE RISCO PARA ULCERAÇÃO E AMPUTAÇÃO DE EXTREMIDADES INFERIORES EM PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS*

Thaysa Alves Tavares
Luana Jeniffer Souza Farias da Costa
Maria Lucélia da Hora Sales
Marilúcia Mota de Moraes
Lilian Christianne Rodrigues Barbosa Ribeiro
Paula Alencar Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080715>

CAPÍTULO 16..... 161

O IDOSO E SEUS DIREITOS EM SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E HIPOSSUFICIÊNCIA

Caroline Silva de Araujo Lima
Flávia Lemes Moreira

Raphael de Oliveira Rocha
Ludmilla Roberta de Lima
Diego Cartaxo Jácome
Antônio Ramos Nogueira
Iago Pordeus Casimiro
Nicoly Layla Barbosa da Silva
Davi Emerson França Oliveira
Carolina Rosa Godinho
Giovanni Ferreira Pereira Silva
Nathalia Quiel Barros Martins
Anna Laura Savini Bernardes de Almeida Resende

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080716>

CAPÍTULO 17..... 169

O PAPEL DO COLÁGENO NO ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

Ana Maria Gonçalves Teixeira
Thaly Anna Rein Alapont
João Francisco Bento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080717>

CAPÍTULO 18..... 174

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL

Beatriz Santana Caçador
Gisele Roberta Nascimento
Ana Paula Mendes dos Santos
Ramon Augusto de Souza Ferreira
Camila Ribeiro Souza
Larissa Bruna Bhering Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080718>

CAPÍTULO 19..... 185

OS DIREITOS DE QUEM TÊM DIREITOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA A INSERÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE ADOLESCENTES DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Alisson Firmino Felix
Iara Falleiros Braga
Clara Schumann da Silva
Gabryella Alves da Silva
Aline Beatriz dos Santos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080719>

CAPÍTULO 20..... 195

OSTEOMIELITE MULTIFOCAL CRÔNICA RECORRENTE E DOENÇA FALCIFORME - UM RELATO DE CASO

Caroline Graça de Paiva
Caroline Rehem Eça Gomes

Alanna Ferreira Alves
Marne Rodrigues Pereira Almeida
Maria Custodia Machado Ribeiro
Simone Oliveira Alves
Aline Garcia Islabão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080720>

CAPÍTULO 21..... 200

PERFIL COGNITIVO DE IDOSOS NO CENTRO DIA

Henrique Rodrigues de Souza Moraes
Jamil de Barros Neto
Victor Medeiros Santos
Juliana Antunes Tucci
Eduardo Haddad Caleiro Garcia
João Gabriel de Melo Cury
João Pedro Leonardi Neves
Heitor Lovo Ravagnani
Marcelo Salomão Aros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080721>

CAPÍTULO 22..... 207

QUALIDADE DO SONO E CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS- UMA REVISÃO DE LITERATURA

Illa Mariany Borges Vieira
Thainara Dantas Oliveira
Ana Vannise de Melo Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080722>

CAPÍTULO 23..... 216

SAÚDE MENTAL E GRUPO TERAPÊUTICO

Rene Ferreira da Silva Junior
Marlete Scremin
Sylmara Corrêa Monteiro
Karla Talita Santos Silva
Ana Luiza Montalvão Seixas
Taysa Cristina Cardoso Freitas
Aparecida Samanta Lima Gonçalves
Tatiane Cristina dos Santos Michelini Ribeiro
Joice Fernanda Costa Quadros
Ana Paula de Oliveira Nascimento Alves
Suelen Ferreira Rocha
Neuma Carla Neves Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080723>

CAPÍTULO 24..... 224

SETOR PESQUEIRO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Nathália Leal Nunes da Silva

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.54521080724>

SOBRE O ORGANIZADOR.....	236
ÍNDICE REMISSIVO.....	237

CAPÍTULO 1

A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTE COM PARKINSON

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 22/04/2021

Ariene dos Santos Souza

Centro Universitário São Francisco de Barreiras
UNIFASB
Barreiras - Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1816211940665819>

Bianca da Silva Araújo

Centro Universitário São Francisco de Barreiras
UNIFASB
Barreiras - Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2159291522024424>

Vitória Lopes de Alencar

Centro Universitário São Francisco de Barreiras
UNIFASB
Barreiras - Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3897439876915597>

Diogo Pereira Cardoso de Sá

Centro Universitário São Francisco de Barreiras
UNIFASB
Barreiras - Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4964823462294834>

RESUMO: A Doença de Parkinson é um distúrbio neurodegenerativo, crônico e idiopático, caracterizado por alterações da síntese da dopamina no sistema nervoso central. Os marcantes comprometimentos motores, a limitação física progressiva e a deficiência no desempenho funcional fazem dos aspectos físicos um dos grandes responsáveis pela perda

continua da qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, os pacientes com DP podem apresentar alterações musculoesqueléticas, como fraqueza e encurtamento muscular, alterações neurocomportamentais, e tendência ao isolamento e comprometimento cardiorrespiratório, o que interfere diretamente na independência desses indivíduos **Objetivo:** O objetivo geral deste trabalho foi realizar uma pesquisa sobre a atuação e a influência da fisioterapia em pacientes com a doença de Parkinson. **Método:** Revisão bibliográfica de natureza quantitativa realizada no período de outubro a novembro de 2019. **Resultado:** Após leitura dos artigos, 1 foi excluído pois não respondeu o problema de estudo, desta maneira essa pesquisa foi realizada com 6 artigos, onde cada um destes foi publicado em uma revista diferente, entre elas a Revista Fisioterapia Brasil e a Revista Neurocienc. **Conclusão:** Conclui-se que os exercícios na fase inicial da doença podem promover aos pacientes um controle motor mais próximo do fisiológico e adequando quando houver a progressão natural da doença. Contudo a fisioterapia deve ser iniciada o quanto antes, para que possa impedir contraturas, fraquezas e atrofia muscular.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Intervenção; Tratamento; Parkinson.

THE INFLUENCE OF PHYSIOTHERAPY IN A PATIENT WITH PARKINSON

ABSTRACT: Parkinson's disease is a neurodegenerative, chronic and idiopathic disorder, characterized by changes in dopamine

synthesis in the central nervous system. The marked motor impairments, the progressive physical limitation and the deficiency in the functional performance make the physical aspects one of the main responsible for the continuous loss of the quality of life of these individuals. In addition, patients with PD may present musculoskeletal changes, such as muscle weakness and shortening, neurobehavioral changes, and a tendency towards isolation and cardiorespiratory impairment, which directly interferes with the independence of these individuals. **Objective:** The general objective of this work was to conduct a research on the role and influence of physiotherapy in patients with Parkinson's disease. **Method:** Quantitative bibliographic review carried out from October to November 2019. **Result:** After reading the articles, 1 was excluded because he did not answer the study problem, so this research was carried out with 6 articles, where each of them was published in a different magazine, including Revista Fisioterapia Brasil and Revista Neurocienc. **Conclusion:** It is concluded that the exercises in the initial phase of the disease can promote to the patients a motor control closer to the physiological and adapting when there is a natural progression of the disease. However, physiotherapy should be started as soon as possible, so that it can prevent contractures, weaknesses and muscle atrophy.

KEYWORDS: Physiotherapy; Intervention; Treatment; Parkinson.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema nervoso é o sistema biológico mais comprometido com o processo de envelhecimento, pois é o responsável pelo processamento de informações que visam manter a interação do indivíduo com o ambiente (Souza et al, 2011). A Doença de Parkinson (DP) é a terceira doença neurológica mais comum, caracterizando-se como uma doença degenerativa e lentamente progressiva (COSTA et al, 2016).

A Doença de Parkinson é um distúrbio neurodegenerativo, crônico e idiopático, caracterizado por alterações da síntese da dopamina no sistema nervoso central. As disfunções da síntese dopaminérgica no SNC na doença são causadas por degenerações nos neurônios na parte compacta da substância negra, determinando alterações na regulação dos circuitos neuromoduladores da motricidade realizado pelos núcleos da base. (NASCIMENTO et al, 2016). Quando aproximadamente 80% dos neurônios da substância negra forem perdidos, a DP torna-se evidente e os indivíduos começam a experimentar uma grande variedade de dificuldades (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012).

Os marcantes comprometimentos motores, a limitação física progressiva e a deficiência no desempenho funcional fazem dos aspectos físicos um dos grandes responsáveis pela perda contínua da qualidade de vida destes indivíduos (COSTA et al, 2016). Outros achados clínicos importantes são: alteração da voz, disartria, sialorreia, disfunção olfatória, hipotensão ortostática, hiperidrose, disfunção sexual, câimbras, dores, disfagia, incontinência urinária, micrografia, distúrbio do sono, bradifrenia, depressão e demência (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012).

Além disso, os pacientes com DP podem apresentar alterações musculoesqueléticas,

como fraqueza e encurtamento muscular, alterações neurocomportamentais, e tendência ao isolamento e comprometimento cardiorrespiratório, o que interfere diretamente na independência desses indivíduos (MELLO; BOTELHO, 2010). Os déficits funcionais decorrentes dos sintomas da DP alteram a vida cotidiana da pessoa com a doença, já que passam a ser realizadas cada vez mais de forma lenta e a demandar maior esforço (SILVA; CARVALHO, 2019).

Este presente artigo tem como objetivo abordar a atuação e a influência da fisioterapia em pacientes com a doença de Parkinson.

2 | DESENVOLVIMENTO

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se por uma revisão bibliográfica de natureza quantitativa. Nos meses de outubro a novembro de 2019, foi realizada revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google Acadêmico, utilizando as seguintes palavras chaves: fisioterapia, intervenção, tratamento, Parkinson, associados com o indicador booleano and. Foram encontradas 7 publicações. Destas foram incluídas apenas publicações em formato de artigo, disponível na íntegra, em língua portuguesa e com os assuntos principais, fisioterapia e Parkinson, publicados do ano de 2010 a 2019. Dessa maneira, encontrou-se 6 artigos que foram lidos na íntegra.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leitura dos artigos, 1 foi excluído pois não respondeu o problema de estudo, desta maneira essa pesquisa foi realizada com 6 artigos, onde cada um destes foi publicado em uma revista diferente, entre elas estavam a Revista Fisioterapia Brasil e a Revista Neurocienc.

Titulo	Autor	Ano de Publicação	Metodologia	Objetivo	Conclusão
O tratamento fisioterapêutico na doença de Parkinson.	VARA, Andressa Corrêa; MEDEIROS, Renata; STRIEBEL, Vera Lucia Widniczck	2012	Revisão de Literatura	Demonstrar o benefício da prática de atividade física regular no paciente com DP, melhorando sua qualidade de vida.	A fisioterapia é de extrema importância para manter, melhorar e prolongar a QV do indivíduo, estando evidenciado que atividades físicas regulares em pacientes com DP merece consideração.
Efeitos dos programas de exercícios físicos e fisioterapia em indivíduos com Parkinson.	COSTA, Antônia Natalia Ferreira et al.	2016	Revisão de Literatura	Revisar a literatura acerca dos efeitos dos programas de exercícios físicos e fisioterapia em indivíduos com DP.	Conclui-se que a utilização de programas de exercícios físicos é benéfica em indivíduos com DP.

Avaliação postural em pessoas com doença de Parkinson.	NASCIMEN-TO et al.	2016	Revisão de Literatura	Sistematizar o conhecimento das principais alterações posturais em pessoas com (DP).	Identificou-se que há predomínio de alterações posturais no plano sagital com associação de uma postura arqueada.
A Doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: Uma Revisão de Literatura.	SOUZA, et al.	2011	Revisão de Literatura	Descrever os aspectos epidemiológicos e os sinais e sintomas que estão integrados ao processo de envelhecimento neurológico, nos pacientes portadores da doença de Parkinson.	Integra o envelhecimento aos fatores que envolvem a DP, sendo esta tida como idiopática, também a rodeiam o que tendem a repercutir no aparecimento de sinais e sintomas iniciais de natureza motora.
Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos.	SILVA; CARVALHO	2019	Revisão de Literatura	Conhecer as intervenções, junto aos idosos com Doença de Parkinson, bem como as concepções dos idosos com Doença de Parkinson sobre a terapia ocupacional.	As técnicas e os métodos utilizados pelos profissionais foram distintos, mas em sua maioria se deu com base em componentes motores; e que os resultados do tratamento estão fortemente relacionados à fase da doença em que o idoso se encontra e a sua adesão ao tratamento.
Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia.	MELLO, Marcella Patricia Bezerra; BOTELHO, Ana Carla Gomes	2010	Revisão Bibliográfica	Caracterizar as principais escalas usadas para a avaliação da DP, discutindo sua aplicabilidade à prática fisioterapêutica.	A necessidade de monitorar a evolução dos pacientes exige do fisioterapeuta o conhecimento para utilizar medidas sistematizadas (PAS; PSN; PDQ-39; UPDRS). O profissional opta a que permita as necessidades do paciente.

Quadro 1. Distribuição dos artigos de acordo Título, Autor, Ano de publicação, Metodologia, Objetivo e Conclusão.

Observou-se que do total das publicações envolvendo a temática A influência da Fisioterapia em pacientes com Parkinson, cada um dos artigos foram publicados em anos diferentes. Sendo que, a metodologia mais utilizada entre eles foram estudos de revisão de literatura que corresponde 0,3 % (5) das publicações.

Para VARA, MEDEIROS, STRIEBEL (2012) acreditam que a fisioterapia deve começar tão cedo quanto o estabelecimento do diagnóstico, para prevenir a atrofia muscular, a fraqueza e a capacidade de exercícios reduzida.

SILVA, CARVALHO (2019) afirmam que exercícios com treinamentos repetitivos, ao serem realizados na fase inicial da doença, permitem um controle motor mais próximo do fisiológico e adequado quando houver maior deterioração da atuação dos gânglios da base, na evolução natural da doença de Parkinson.

Adicionalmente, vários estudos têm explorado a eficácia de programas de exercícios físicos e de fisioterapia em pacientes com DP. Observou importante melhora no quadro clínico e aspectos cinético-funcionais dos indivíduos com DP, após aplicação de um programa fisioterapêutico. De forma semelhante, observou melhora significativa no equilíbrio de sujeitos com Doença de Parkinson ao aplicar um tratamento fisioterapêutico, aliado a estímulos motores e cognitivos. Desta forma, tem sido sugerido que os exercícios físicos podem estimular o controle do movimento e retardar a progressão da DP (COSTA et al, 2016).

SILVA, CARVALHO (2019) e COSTA (2016) dizem ainda que exercícios e orientações de treino funcional e atividades de vida diária para estimulação do sistema proprioceptivo, melhoram os componentes motores de alcance e preensão, assim como os de coordenação motora, exercícios de alongamento, fortalecimento muscular, condicionamento aeróbico, aumentam os níveis de energia, proporcionando oportunidades de socialização e mudanças nas alterações emocionais comuns em indivíduos com doença de Parkinson.

No estudo de COSTA (2016) a melhora significativa no equilíbrio de sujeitos com DP ao aplicar um tratamento fisioterapêutico, aliado a estímulos motores e cognitivos, podem estimular o controle do movimento e retardar a progressão da doença de Parkinson.

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que, os exercícios na fase inicial da doença pode promover aos pacientes um controle motor mais próximo do fisiológico e adequando quando houver a progressão natural da doença. Contudo a fisioterapia deve ser iniciada o quanto antes, para que possa impedir contraturas, fraquezas e atrofia muscular. A atuação fisioterapêutica tem como objetivo minimizar os problemas motores, ajudando o paciente a manter sua independência para realizar suas atividades de vida diária e melhorar a sua qualidade de vida, assim como, estimular o aumento da mobilidade, a diminuição do risco de quedas, a melhora do equilíbrio, e promover oportunidades de socialização.

REFERÊNCIAS

COSTA, Antônia Natalia Ferreira et al. Efeitos dos programas de exercícios físicos e fisioterapia em indivíduos com Parkinson. **Rev. Fisioterapia Brasil**; v.17, n. 1, p. 79-83, Florianópolis – SC, 2016.

MELLO, Marcella Patrícia Bezerra; BOTELHO, Ana Carla Gomes. Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia. **Fisioter. Mov**; v. 23, n. 1, p. 121 – 127, Curitiba – PR, Jan/Mar, 2010.

NASCIMENTO, et al. Avaliação postural em pessoas com doença de Parkinson. **Rev Pesquisa em Fisioterapia**; v. 6, n.1, p. 56-64.

SOUZA, et al. A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. **Rev Neurocienc**; v.19, n. 4, p. 718-723, Mossoró-RN, 2011.

SILVA; CARVALHO. Doença de Parkinson: tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos. **Rev Cad. Bras. Ter. Ocup**; v. 27, n. 2, p. 331-344, São Carlos, 2019.

VARA, Andressa Corrêa; MEDEIROS, Renata; STRIEBEL, Vera Lucia Widniczck. O tratamento fisioterapêutico na doença de Parkinson. **Rev Neurocienc**; v. 20, n. 2, p. 266-272, Porto Alegre- RS, 2012.

CAPÍTULO 2

ONABOTULINUMTOXIN TYPE A IMPROVES LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HUMAN T CELL LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE 1 ASSOCIATED OVERACTIVE BLADDER

Data de aceite: 01/07/2021

Jose Abraão Carneiro Neto

Post Graduate Program in Health Sciences,
UFBA
Immunology Service, Prof. Edgard Santos
University Hospital, UFBA
Salvador, Bahia, Brazil

Cassios José Vitor de Oliveira

Post Graduate Program in Health Sciences,
UFBA
Salvador, Bahia, Brazil

Rosana Andrade

Post Graduate Program in Health Sciences,
UFBA
Salvador, Bahia, Brazil

Edgar Marcelino de Carvalho

National Institute of Science and Technology in
Tropical Diseases, MCT/CNPq
Hospital Universitário Professor Edgard Santos,
Universidade Federal da Bahia
Salvador, Bahia, Brazil

ABSTRACT: AIM: To evaluate the efficacy of the onabotulinum toxin type A in the treatment of HTLV-1 associated overactive bladder and its impact on QoL. **METHODS:** Case series with 10 patients with overactive bladder refractory to conservative treatment with anticholinergic or physical therapy. They received 200Ui of onabotulinumtoxin type A intravesically and were evaluated by overactive bladder symptoms score (OABSS) and King's Health Questionnaire.

RESULTS: The mean (SD) of the age was 52 ± 14.5 years and 60% were female. All of them had confirmed detrusor overactivity on urodynamic study. Seven patients had HAM/TSP. The median and range of the OABSS was 13 (12-15) before therapy and decreased to 1.0 (0-12) on day 30 and to 03 (0-14) on day 90 ($p < 0.0001$). There was a significant improvement in 8 of the 9 domains of the King's Health Questionnaire after the intervention. Hematuria, urinary retention and urinary infection were the complications observed in 3 out of 10 patients. The mean time to request retreatment was 465 days. **CONCLUSION:** Onabotulinum toxin type A intravesically reduced the OABSS with last long effect and improved the quality of life of HTLV-1 infected patients with severe overactive bladder.

KEYWORDS: Overactive bladder, onabotulinum toxin, HTLV-1.

RESUMO: Objetivo: Avaliar a eficácia da toxina botulínica no tratamento da bexiga hiperativa refratária a tratamento conservador em pacientes infectados pelo HTLV-1. **Método:** Série de casos de 10 pacientes submetidos a aplicação de 200Ui de onabotulinumtoxina tipo A e avaliados com OABSS e King's Health Questionnaire. **Resultados:** a média da idade foi de $52 \pm 14,5$ anos, amostra predominantemente feminina, todos com hiperatividade detrusora documentada em estudo urodinâmico. A mediana (variação) do OABSS diminuiu de 13 (12-15) antes do tratamento para 1,0 (0-12) em 30 dias, para 03 (0-14) em 90 dias e 01 (1-15) em 180 dias ($P < 0,0001$). Houve melhora de 8/9 domínios do King's Health Questionnaire. **Conclusão:**

A toxina onabotulínica intravesical reduziu o OABSS por um longo período e melhorou a qualidade de vida de pacientes infectados pelo HTLV-1 com bexiga hiperativa refratária.

PALAVRAS-CHAVE: Botox, onabotulinumtoxin A, overactive bladder, bexiga hiperativa, htlv, HTLV-1.

INTRODUCTION

The human T cell Lymphotropic virus type 1 is the causal agent of the HTLV-1 - associated myelopathy/tropical spastic paraparesis (HAM/TSP). About 10-15 million people are infected by HTLV-1 worldwide¹. HAM/TSP is characterized by back pain, hyperreflexia, spastic paraparesis and Babinski sign². Manifestations of the genitourinary system such as erectile dysfunction, increased frequency, urinary urgency with or without incontinence and nocturia are documented in virtually all patients with HAM/TSP³⁻⁵. Moreover, these manifestations may be detected in a large percentage of HTLV-1 subjects who do not fulfill criteria for HAM/TSP⁵. The urinary complaints are responsible for serious impairment of quality of life, development of depression and increases the risk of upper urinary tract infection and kidney function damage due to the increased intravesical pressure and residual urine⁶⁻⁸. The main urodynamic findings in patients with urinary dysfunction associated with the HTLV-1 are overactivity of the detrusor, sphincter-detrusor dyssynergia and impaired bladder contractility^{8,9}(Diniz, 2009 #1140;Castro, 2007 #760;Orge, 2015 #17852). As only few studies address the treatment of such events in this population, it remains undefined if the therapeutic used in individuals not infected with HTLV-1 have the same response in those infected by the virus. The onabotulinumtoxin type A has been used with success to improve urinary symptoms in patients with overactive bladder symptoms due to multiple sclerosis or spinal cord injury^{10,11}. We had documented that HTLV-1 infected patients have their quality of life improved by the use of onabotulinumtoxin¹². We extended the observation in a large number of patients and evaluated the long-term therapeutic response of onabotulinumtoxin type A in HTLV-1 infected patients with overactive bladder refractory to conservative treatment with anticholinergic drugs or physical therapy.

The aim of this study was to determine the effect of onabotulinumtoxin type A in controlling symptoms of lower urinary tract in patients infected with HTLV-1 refractory to conservative treatment with anticholinergic and pelvic floor physical therapy associated with parasacral or intracavitary neuromodulation (vaginal or anal).

METHODS

Patients and Case Definitions

Participants of the study were selected from a cohort study of 419 HTLV-1 infected subjects, of whom, 142 presented urinary symptoms. Eighty-six patients were in conservative

treatment for HTLV-1 associated overactive bladder, 34 were not receiving regular treatment and 22 of these were considered refractory to drug therapy. Overactive bladder was defined according to International Continence Society (ICS) criteria¹³ and refractory overactive bladder was defined as failure in control urgency and incontinence using two different anticholinergic drugs in maximal tolerated dosage¹⁴⁻¹⁶. All the patients had urodynamic study done before treatment.

The diagnosis of HAM/TSP and probable HAM/TSP was performed according to De Castro Costa criteria¹⁷. Patients with probable HAM/TSP has urologic dysfunctions as the main symptoms. The amount of onabotulinumtoxin available was for only 10 patients and the first 10 cases who agreed to use the onabotulinumtoxin type A (ObtA) were enrolled in the study.

Application of Onabotulinumtoxin Type A

Patients were anesthetized and positioned in lithotomy. All patients were received fluoroquinolone antibiotic prophylaxis. They received spinal or general anesthesia and 20 mL of lidocaine gel into the urethra. Onabotulinumtoxin type A (Botox®, Allergan, Inc., Irvine, California) was prepared in according the fabricant recommendation: A standard dose of 200 UI was reconstituted in 30 mL of NaCl 0.9% solution. Then, the medication was applied on the detrusor muscle by cystoscopy in thirty different points of the supra trigonal region. One milliliter of the solution was administered in each site of application¹⁸.

The use of 200UI dosage was based in a previous study by Cruz et al who showed that the dosage of 200UI had the same efficacy of 300UI in patients with urinary incontinence due to detrusor overactivity.

Clinical Evaluation

The efficacy of the ObtA in control the overactive bladder symptoms in HTLV-1 patients were evaluated by 3 days voiding diary and by overactive bladder symptom score (OABSS). These parameters were applied pre and post-treatment. Moreover, patients were evaluated after 30, 90 and 365 days after therapy. The impact in the quality of life was measured using the King's Health Questionnaire¹⁹. We considered a high post void volume as over 50% of the estimated bladder capacity (400mL) as previous established by Asimakopoulos et al²⁰.

Statistics Analysis

The demographics and clinical data were described as mean \pm standard deviation (SD) or median (range). The Wilcoxon paired test was applied to compare pre and post-intervention changes in frequency of voiding symptoms, OABSS and King's Health Questionnaire. P values < 0.05 were considered statistically significant.

RESULTS

The sample was composed by 10 HTLV-1 infected patients followed in a cohort study. They were submitted to at least one intervention. Three of these patients underwent 3 intravesical treatments for overactive bladder (OAB) with ObtA. Table 1 summarizes demographic and clinical features of patients undergoing treatment with ObtA. All of them had already used at least 02 anticholinergic drugs (oxybutynin, propantheline bromide, darifenacin or solifenacin), given orally in full tolerated dosage: oxybutynin, 30mg/day; propantheline 45mg/day; darifenacin 15mg/day or solifenacin 10mg/day. Of the 10 participants of the study, 03 patients had received in addition to oral, intravesical oxybutynin, but remained with urge-incontinence. Two cases also had physical therapy with sacral, vaginal or trans anal electrical stimulation but did not improved. The majority of the patients had illness duration for a long period. Detrusor overactivity was observed in all patients before therapy. Bladder empty dysfunction was detected in seven patients. Five of them had acontractile detrusor documented and six performed self-intermittent catheterization. The majority of these patients (N = 04) had HAM/TSP, but in three cases urinary dysfunctions were the main neurologic symptoms. The impact of the treatment on urological symptoms and OABSS after 30 days, 90 days and 180 days after treatment is shown on table 2. After application of ObtA, there was a reduction in the frequency (P = 0.008), urgency (P = 0.007) and nocturia (P = 0.008). There was a statistically significant reduction on OABSS measured 30, 90 and 365 days after the application of onabotulinumtoxin (P < 0,005). No surgical complication was observed during the intraoperative period. In 03 out of 10, complications were detected after therapy. In all of them, urinary tract infection and hematuria were present. Urinary retention were observed in 02 of these patients who were able to void spontaneously previous the treatment and remained for 31 and 65 days after therapy. In all 03 cases, the infection was in the lower urinary tract and the patients respond promptly to ciprofloxacin. In patients who presented hematuria, the symptoms disappeared in 02 days. The patients who developed urinary retention needed to use self-intermittent catheterization. Although these patients were able to void spontaneously previous therapy, they had high voiding residual.

The Table 3 shows the impact of the treatment on QoL. Of the nine fields that compound the King's Health Questionnaire, a statistically significant reduction was demonstrated in eight domains. Regarding the general health perception, the statistical significance was not achieved but the P value was 0.05.

The duration of the treatment effect was assessed by survival analysis and expressed in a Kaplan-Meier curve (Figure 1). The average time for request retreatment or return to the previous treatment OABSS was 465.7 ± 66.3 days (figure 1).

DISCUSSION

The urinary tract dysfunction (UD) play an important role in the morbidity related to HTLV-1 infection^{5,8,21,22}. Initially, it was thought that urinary symptoms were caused by urinary tract infection, but one study failed to prove this issue, and OAB symptoms were due to neurological disease^{8,23,24}. Several studies investigated the physiopathology of UD but those to investigate therapeutic strategies in HTLV-1 subjects are lacking. In this open clinical trial, we show the long-term therapeutic response of HTLV-1 infected subjects to onabotulinumtoxin type A. We found that this drug was able to control the OAB symptoms, mainly the urgency and incontinence, for a long period (mean of 466 days) and improved the QoL of the patients.

The cases enrolled in this study have experienced conservative treatment for a mean period of six years and they did not achieved total control of the symptoms. In addition to the use of more than one drug orally, intravesical therapy was applied in two patients. Although seven patients had impairment of detrusor contractility, we preferred use a standard dosage of the onabotulinum toxin type A for all patients (200Ui), as recommended by Cruz et al¹⁰.

In the present study, OABSS was used to measure the OAB severity. This score evaluate the main symptoms of OAB giving different pounds for each questions related to the symptoms. Therefore, urgency and incontinence have more points in the score than frequency and nocturia. This score was also applied in a randomized controlled trial evaluating onabotulinumtoxin A in patients with multiple sclerosis¹⁰. Our data show a significantly decrease of OABSS in all periods of evaluation after the application of the ObtA and the persistence of drug response for a long time (Figure 1). The time for retreatment of our patients was higher than previously documented²⁵ and several factors may explain this finding. It is known that the response to intravesical injections of ObtA is quite variable and dependent of the neurological disease related to urinary dysfunction²⁶. Moreover, we only retreat patients when the patients requested or when they presented the same or higher OABSS than the one observed before therapy.

UTI, hematuria and urinary retention were the more common complications, but the frequency of them were similar to that reported for patients with other neurologic diseases^{10,27,28}. As have been previous reported, UTI may occurs after therapy^{12,29} (Schurch, 2005 #17867; Carneiro Neto, 2014 #17849). This fact may be explained by urine colonization in patients using self-intermittent catheterization due to high voiding residual or by the endoscopic treatment. Anyway UTI is frequently documented in HTLV-1 infected patient. Regarding urinary retention, this complication was higher than observed in other series³⁰. However this was a predictable event, whereas all of the patients who presented urinary retention did not void normally, as they promoted bladder empty by involuntary contraction. In such cases, patients should be informed that urinary retention may be observed after therapy.

Gotoh et al founded a direct relationship between OAB severity and impairment of quality of life (QoL). They also found that frequency and urgency were the symptoms with the higher bother score in patients under 50s years, urgency in those with age range from 50/70s groups of age, and incontinence over 80 years³¹. In our study, incontinence was the symptom described with the highest impact on QoL, but we did not investigate by age groups

We recognize that limitations of the present study include the small sample size, the absence of control group and lack of continuity of care and the impossibility to apply all therapeutic armamentum like posterior tibial stimulation and sacral neuromodulation. Also, we do not performed urodynamic study in the post treatment evaluation for ethical reasons. First, there was no doubt about the clinical improvement and second, the conduction of urodynamic study by minimally invasive technique is not available in our service.

We recently showed that endocavitary (vaginal and anal) electrical stimulation combined with pelvic physiotherapy is an effective treatment of HTLV-1 associated urinary dysfunction³². Here we found that ObtA promoted improvement in urinary symptoms and QoL with acceptable rates of complications and may be used in patients infected with HTLV-1 with urinary incontinence.

CONCLUSION

Onabotulinumtoxin type A should be considered to treat overactive bladder associated to HTLV-1 refractory to anticholinergic drugs and physical therapy. Urinary tract infection may be considered as a possible complication and it is prudent to ensure urine sterility before treatment.

REFERENCES

1. Gessain A, Cassar O. Epidemiological Aspects and World Distribution of HTLV-1 Infection. *Frontiers in microbiology*. 2012;3:388.
2. Souza A, Tanajura D, Toledo-Cornell C, Santos S, Carvalho EM. Immunopathogenesis and neurological manifestations associated to HTLV-1 infection. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2012;45(5):545-552.
3. Carod-Artal FJ, Mesquita HM, Ribeiro Lda S. [Neurological symptoms and disability in HTLV-1 associated myelopathy]. *Neurologia*. 2008;23(2):78-84.
4. Champs AP, Passos VM, Barreto SM, Vaz LS, Ribas JG. [HTLV-1 associated myelopathy: clinical and epidemiological profile in a 10-year case series study]. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2010;43(6):668-672.
5. Castro NM, Rodrigues W, Jr., Freitas DM, Muniz A, Oliveira P, Carvalho EM. Urinary symptoms associated with human T-cell lymphotropic virus type I infection: evidence of urinary manifestations in large group of HTLV-I carriers. *Urology*. 2007;69(5):813-818.

6. Andrade R, Tanajura D, Santana D, Santos D, Carvalho EM. Association between urinary symptoms and quality of life in HTLV-1 infected subjects without myelopathy. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*. 2013;39(6):861-866.
7. Orge GO, Dellavechia TR, Carneiro-Neto JA, et al. Psychiatric Disorders in HTLV-1-Infected Individuals with Bladder Symptoms. *PLoS one*. 2015;10(5):e0128103.
8. Diniz MS, Feldner PC, Castro RA, Sartori MG, Girao MJ. Impact of HTLV-I in quality of life and urogynecologic parameters of women with urinary incontinence. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2009;147(2):230-233.
9. Castro NM, Freitas DM, Rodrigues W, Jr., Muniz A, Oliveira P, Carvalho EM. Urodynamic features of the voiding dysfunction in HTLV-1 infected individuals. *International braz j urol : official journal of the Brazilian Society of Urology*. 2007;33(2):238-244; discussion 244-235.
10. Cruz F, Herschorn S, Aliotta P, et al. Efficacy and safety of onabotulinumtoxinA in patients with urinary incontinence due to neurogenic detrusor overactivity: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *European urology*. 2011;60(4):742-750.
11. Chen YC, Kuo HC. The therapeutic effects of repeated detrusor injections between 200 or 300 units of onabotulinumtoxinA in chronic spinal cord injured patients. *Neurourology and urodynamics*. 2014;33(1):129-134.
12. Carneiro Neto JA, Bittencourt VG, de Oliveira C, Andrade R, Carvalho EM. The use of botulinum toxin type A in the treatment of HTLV-1-associated overactive bladder refractory to conventional therapy. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2014;47(4):528-532.
13. Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, van Kerrebroeck P, Sand P. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourology and urodynamics*. 2009;28(4):287.
14. Campbell JD, Gries KS, Watanabe JH, Ravelo A, Dmochowski RR, Sullivan SD. Treatment success for overactive bladder with urinary urge incontinence refractory to oral antimuscarinics: a review of published evidence. *BMC urology*. 2009;9:18.
15. Phe V, de Wachter S, Roupret M, Chartier-Kastler E. How to define a refractory idiopathic overactive bladder? *Neurourology and urodynamics*. 2015;34(1):2-11.
16. Phe V, de Wachter S, Roupret M, Chartier-Kastler E. How to define a refractory idiopathic overactive bladder? *Neurourology and urodynamics*. 2013.
17. De Castro-Costa CM, Araujo AQ, Barreto MM, et al. Proposal for diagnostic criteria of tropical spastic paraparesis/HTLV-I-associated myelopathy (TSP/HAM). *AIDS research and human retroviruses*. 2006;22(10):931-935.
18. Shenot PJ, Mark JR. Intradetrusor onabotulinumtoxinA injection: how I do it. *The Canadian journal of urology*. 2013;20(1):6649-6655; discussion 6655.
19. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1997;104(12):1374-1379.

20. Asimakopoulos AD, De Nunzio C, Kocjancic E, Tubaro A, Rosier PF, Finazzi-Agro E. Measurement of post-void residual urine. *Neurourology and urodynamics*. 2016;35(1):55-57.
21. Oliveira P, Castro NM, Muniz AL, et al. Prevalence of erectile dysfunction in HTLV-1-infected patients and its association with overactive bladder. *Urology*. 2010;75(5):1100-1103.
22. Mori K, Noguchi M, Matsuo M, Nomata K, Nakamura T, Kanetake H. Natural course of voiding function in patients with human T-cell lymphotropic virus type 1-associated myelopathy. *Journal of the neurological sciences*. 2004;217(1):3-6.
23. Rocha PN, Rehem AP, Santana JF, et al. The cause of urinary symptoms among Human T Lymphotropic Virus Type I (HLTV-I) infected patients: a cross sectional study. *BMC infectious diseases*. 2007;7:15.
24. Tanajura D, Castro N, Oliveira P, et al. Neurological Manifestations in Human T-Cell Lymphotropic Virus Type 1 (HTLV-1)-Infected Individuals Without HTLV-1-Associated Myelopathy/Tropical Spastic Paraparesis: A Longitudinal Cohort Study. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2015;61(1):49-56.
25. Marcelissen TA, Rahnama'i MS, Snijkers A, Schurch B, De Vries P. Long-term follow-up of intravesical botulinum toxin-A injections in women with idiopathic overactive bladder symptoms. *World journal of urology*. 2017;35(2):307-311.
26. Jiang YH, Liao CH, Tang DL, Kuo HC. Efficacy and safety of intravesical onabotulinumtoxinA injection on elderly patients with chronic central nervous system lesions and overactive bladder. *PloS one*. 2014;9(8):e105989.
27. Cui Y, Zhou X, Zong H, Yan H, Zhang Y. The efficacy and safety of onabotulinumtoxinA in treating idiopathic OAB: A systematic review and meta-analysis. *Neurourology and urodynamics*. 2015;34(5):413-419.
28. Ginsberg D, Cruz F, Herschorn S, et al. OnabotulinumtoxinA is effective in patients with urinary incontinence due to neurogenic detrusor overactivity [corrected] regardless of concomitant anticholinergic use or neurologic etiology. *Advances in therapy*. 2013;30(9):819-833.
29. Schurch B, de Seze M, Denys P, et al. Botulinum toxin type a is a safe and effective treatment for neurogenic urinary incontinence: results of a single treatment, randomized, placebo controlled 6-month study. *The Journal of urology*. 2005;174(1):196-200.
30. Rahnama'i MS, Marcelissen TAT, Brierley B, Schurch B, de Vries P. Long-term compliance and results of intravesical botulinum toxin A injections in male patients. *Neurourology and urodynamics*. 2017;36(7):1855-1859.
31. Gotoh M, Kobayashi T, Sogabe K. Characterization of symptom bother and health-related quality of life in Japanese female patients with overactive bladder. *Neurourology and urodynamics*. 2015;34(8):730-735.
32. Andrade RC, Neto JA, Andrade L, et al. Effects of Physiotherapy in the Treatment of Neurogenic Bladder in Patients Infected With Human T-Lymphotropic Virus 1. *Urology*. 2016;89:33-38.

Demographic and Clinical data	N = 10
Age (mean ± SD)	52 ± 14.5
Gender	
Male: Female	4:6
Duration of disease – years (mean ± SD)	7 ± 4.2
Start time of treatment – years (mean ± SD)	6 ± 3.0
Number of drugs used (mean ± SD)	2 ± 0.5
Urodynamic findings	
Detrusor overactivity	10
Impaired contractility during the voiding phase of urodynamic study	7
Acontractile bladder (voiding phase)	5
Bladder emptying strategy	
Spontaneous normal voiding	3
Self-intermittent catheterization	6
Credé maneuver	1
Cystoscopy	
Trabeculations	10
Diverticulum	7
Neurologic status	
HAM/TSP	7
Probable HAM/TSP	3
EDSS (mean ± SD)	5 ± 2
Osame (mean ± SD)	5 ± 3.5

Table 1. Demographic, Urodynamic and Cystoscopic Data of Patients With Refractory Overactive Bladder Infected With HTLV-1 Undergoing Treatment With Onabotulinumtoxin Type A.

	Days after treatment				P value*
	Before treatment	30 days	90 days	180 days	
Frequency (median -range)	10.0 (4-20)	1.0 (0-12)	4 (3-8)	1 (0-1)	0.00
Urgency (median -range)	5.0 (3-20)	0.0 (0-4)	1 (0-5)	1 (0-1)	0.00
Nocturia (median -range)	5.5 (2-15)	1.0 (0-4)	1 (0-5)	1 (0-1)	0.00
OABSS (median -range)	13.0 (12-15)	1.0 (0-12)	3.0 (0-14)	10.5 (0-15)	0.00
Hospitalization (mean days)		3.8			
Number of patients with complications					
Urinary tract infection**		03 cases		3	
Hematuria**		03 cases			
Retention		02 cases		2	

1- Overactive Bladder Symptom Score

2- Human T Cell Lymphotropic Virus Type 1

*Wilcoxon test for paired samples

**Urinary tract infection and hematuria were observed in the same patients.

Table 2. Impact of Treatment With Onabotulinum Toxin Type A On OABSS¹ And Complications In 10 HTLV-1² Infected Patients With Overactive Bladder Refractory To Conservative Treatment.

Domain	King's Health Questionnaire Score		P Value
	Before intervention (mean ± SD)	Post intervention (mean ± SD)	
General Health Perception	55.5 (30.0)	28.1 (20.8)	0.05
Incontinence impact	81.5 (33.8)	33.3 (43.6)	0.04
Daily activities limitations	81.5 (29.4)	22.9 (35.6)	0.01
Physical limitations	72.2 (34.3)	14.3 (26.2)	0.02
Social limitations	61.7 (28.4)	11.1 (27.2)	0.01
Personal Relationship	83.3 (28.9)	8.3 (20.4)	0.03
Emotions	82.7 (20.1)	19.4 (32.4)	0.01
Sleep/Energy	82.7 (20,11)	18.7 (27.4)	0.01
Severity Measures	80.4 (19.2)	16.7 (35.6)	0.01

* Wilcoxon sign test (Wicoxon signed rank test).

Table 3. Impact Of Onabotulinum Toxin Type A Treatment In Quality Of Life Evaluated By King's Health Questionnaire.

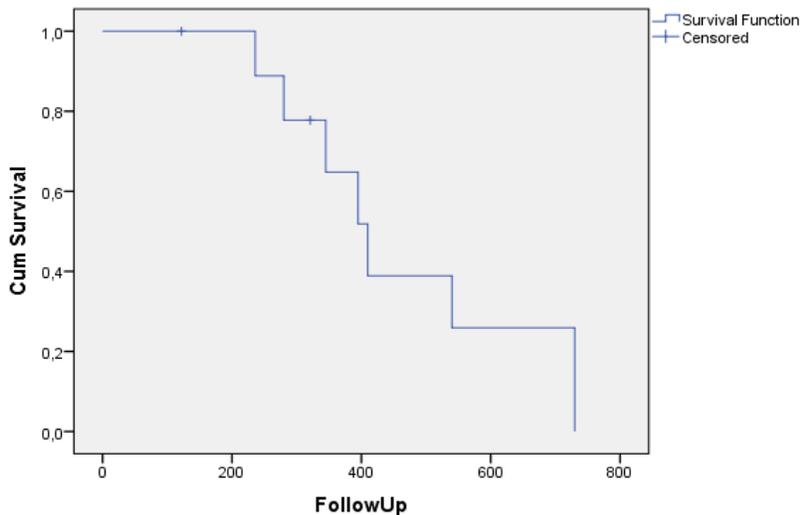


FIGURE 1: Kaplan Meier curve. Survival Analysis in HTLV-1 Infected Patients With Refractory Overactive Bladder Submitted To Intravesical Application Of Onabotulinumtoxin A. Time to request retreatment or to return to previous treatment OABSS.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL SOB UMA ANÁLISE HISTÓRICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/07/2021

Brunela Lima Borges

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
São Mateus – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4575092399252891>

Marciana Duarte de Oliveira

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
São Mateus – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/3104616831558960>

Neila Alves Moreira dos Santos

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
São Mateus – Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0002-7041-8010>

Patrícia Tamiasso de Oliveira

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
São Mateus – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/6340389244851836>

Edilza Irene Chaves dos Santos

Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
São Mateus – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/6939413160286354>

RESUMO: Objetivo: Apresentar a história da educação e da saúde no Brasil, como ciências que sempre caminharam juntas no campo do desenvolvimento social. Revisão Bibliográfica: A educação e a saúde no Brasil caminham juntas desde os primeiros passos das políticas públicas fornecidas pelo Estado brasileiro. Ambas as ciências se complementam em inúmeros pontos importantes para o fornecimento de uma vida mais digna a sociedade. Até meados do século

XX, o ministério responsável por essas áreas se compreendia em um só, era o chamado Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que foi fundado pelo então presidente Getúlio Vargas em 1930, que posteriormente, em 1937, passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde. Na história, pode-se notar uma larga escalada de ambas as áreas na busca por complementação e compreensão. A educação está em todos os campos da saúde, principalmente quando se fala em educação em saúde, assim como a saúde é um assunto de extrema relevância nas casas brasileiras de educação. Considerações finais: Compreende-se, portanto, que a história prova que as áreas se comunicam e se complementam visando um maior fornecimento de estrutura, capacitação, atendimento e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública, Educação, Educação em Saúde Pública.

HEALTH AND EDUCATION IN BRAZIL UNDER A HISTORICAL ANALYSIS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Objective: To present the history of education and health in Brazil, as sciences that have always walked together in the field of social development. Bibliographic Review: Education and health in Brazil go together from the first steps of public policies provided by the Brazilian State. Both sciences complement each other on numerous important points in providing society with a more dignified life. Until the middle of the twentieth century, the ministry responsible for these areas was understood in one, it was the so-called Ministry of Business of Education and

Public Health, which was founded by then President Getúlio Vargas in 1930, which later, in 1937, became call Ministry of Education and Health. In history, one can notice a wide escalation of both areas in the search for complementation and understanding. Education is in all fields of health, especially when it comes to health education, just as health is a subject of extreme relevance in Brazilian homes of education. Final considerations: It is understood, therefore, that history proves that the areas communicate and complement each other, aiming at a greater supply of structure, training, service and quality of life.

KEYWORDS: Public Health, Education, Public Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

A relação entre educação, saúde e sua prática depende de dimensões estruturais complexas e requer análises históricas para melhor compreensão. Historicamente, a herança do modelo educacional aplicado ao campo da saúde coletiva não implica na ordem de evolução, ao contrário, é uma descrição da prática dominante para os agravos à saúde enfatizada pela intervenção em determinados períodos, e visa a manutenção da classe dominante Domínio (SILVA CMC, et al., 2010).

Portanto, parece que as atividades desenvolvidas em cada período histórico foram e ainda são norteadas pelas concepções de saúde e educação em saúde, e norteadas pelo modelo de enfermagem implantado no serviço de manutenção da saúde dos trabalhadores. O objetivo do capitalismo (SILVA CMC, et al., 2010).

Segundo Janini JP e Colaboradores (2015), embora a educação em saúde tenha características mais amplas, é considerada um dos principais meios para viabilizar a promoção da saúde, contribuir para o desenvolvimento da responsabilidade pessoal e prevenir doenças. Neste sentido, a educação assume uma importância indiscutível para a promoção da saúde, sendo utilizada como meio para a mudança de hábitos e comportamentos pessoais e para o desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida dos utilizadores.

Esses conceitos, relacionados a outras políticas públicas, foram devidamente adaptados às necessidades da população e inseridos na Política Nacional de Promoção da Saúde, que visa promover a qualidade de vida por meio de intervenções em diversos segmentos dos determinantes sociais, como trabalho, habitação, meio ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços básicos (JANINI JP, et al., 2015).

A educação em saúde constitui o campo de conhecimento e prática do setor saúde, voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É um recurso por meio do qual o conhecimento científico gerado na área da saúde pode tocar o dia a dia das pessoas com a ajuda de seus profissionais. Responsável e autônomo diante da saúde no cotidiano. Deve ser entendido também como um espaço no qual as pessoas possam refletir criticamente, avaliar coletivamente sua aprendizagem, compreender e esclarecer o modo de conhecimento da vida social e familiar (REIS TC, et al., 2013).

Vários aspectos relacionados à formulação de políticas, construção de conhecimento e implementação de práticas no setor saúde influenciam uns aos outros. Este produto é uma forma de prestação de serviços de saúde em um contexto histórico. Percebe-se que antes da implantação do campo da Atenção Básica à Saúde (ABS), surgiu e se fundiu uma rede permanente de postos e centros de saúde (CS) brasileiros. Algumas mudanças ocorreram nesta organização e no seu papel no sistema de saúde. Até a década de 1910, não existia nenhum órgão público de saúde destinado a atender à população (CAMPOS CEA, et al., 2016).

Essas ações eram realizadas no território por meio de intervenções no meio ambiente, na fonte de infecção e, em última instância, nos grupos-alvo de indivíduos. O método de trabalho dos profissionais da saúde pública na época era realizar expedições ao ar livre, prestar serviços às pessoas em barracas temporárias e até redes expandidas na selva (CAMPOS CEA, et al., 2016).

Para falar da educação brasileira, é necessário voltar ao passado e analisar friamente o início das práticas no ano 1500. A história da educação começou com os Jesuítas, onde os Jesuítas estabeleceram as bases para a educação dos filhos dos povos indígenas e colonos, e posteriormente se estenderam a alguns escravos. Historicamente, a educação não era para todos, mas para algumas pessoas. Passados mais de quinhentos anos, a educação brasileira ainda é notória por suas limitações, seja em termos de acesso, financiamento para atividades educacionais, diferenças no campo da metodologia educacional, ou principalmente pelo conteúdo ministrado aos alunos brasileiros em todos os níveis (SILVA CD, 2015).

Na história do Brasil, Estado Novo é o nome de um período de ditadura comandada por Getúlio Vargas. Ocorreu entre 10 de novembro de 1937 (a nova constituição foi proposta para estabelecer as bases do novo regime) e 29 de outubro de 1945 (exílio de Vargas). Antes disso, o presidente já havia assumido a representação temporária em 1930, mesmo após a fase da ditadura, foi nomeado para outro governo entre 1951 e 1954. Naquele período, inspirado pelos modelos totalitários europeus, Vargas propôs a ascensão do sentimento nacionalista nos brasileiros, despertando uma grande campanha pró-educadora visando ampliar a implantação do seu plano de poder. Naquele período, foi instituído o Ministério da Educação e Saúde, um único ministério para cuidar de duas áreas que compreendem as maiores políticas públicas no Brasil (SANTOS AV, 2012).

Com base na análise histórica da educação, da saúde e da educação em saúde que é uma vertente forte da junção de ambos os campos, objetiva-se neste trabalho abordar historicamente, com base na literatura existente, quando que educação e saúde se uniram para promover o bem estar social e fomentar políticas públicas.

2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pode-se notar pela história que o direito à educação foi claramente anunciado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e foi reiterado em várias ocasiões. No entanto, são inúmeros os instrumentos internacionais que tornam impotente a qualidade da aprendizagem, sendo o mais recente a Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada em 2000, que afirma que até 2015 todas as crianças devem concluir toda a escola primária, mas não mencionou especificamente a qualidade da educação. Entretanto, a história da educação no Brasil vem sendo contada desde a chegada dos portugueses, no Brasil colônia, e é demarcada pelos historiadores a partir da catequização dos povos indígenas (CABRAL KM e DI GIORGI CAG, 2012).

A história da saúde do brasileiro passa inevitavelmente pela filantropia. Ainda mais para uma natureza religiosa filantrópica, misericórdia. Os brasileiros eram atendidos por instituições filantrópicas e médicos. Paralelamente, o estado vinha realizando algumas ações de saúde diante das epidemias, como vacinação e/ou saneamento básico. Foi o que aconteceu no final do século XIX e início do século XX, com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra a varíola. Nos períodos compreendidos pela história como colonização, a saúde ainda era muito carente das benesses da tecnologia, estando completamente amparada pelas ações alternativas, quase inexistindo políticas públicas de saúde em todo o planeta (CARVALHO G, 2013).

Para se buscar na história registros da educação em saúde, antes é preciso passar pela terminologia educação permanente. O termo educação permanente apareceu pela primeira vez na França em 1955 e, um ano depois, foi oficialmente publicado em um documento do Ministro da Educação sobre a extensão da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. No final da década de 1960, passou a ser promovido pela UNESCO, com base na teoria do capital humano, em que o fator humano é entendido como um dos mais importantes meios de produtividade e desenvolvimento econômico do país. Analisando-se a produção teórica e o contexto de introdução da educação permanente no país nesse período pode-se apontá-la como ferramenta ideológica do Estado para inculcar novas formas de trabalho aos trabalhadores, cruciais para as necessidades do capitalismo tardio (LEMOS CLS, 2016).

Ainda para Lemos CLS (2016), a chamada Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu em meados da década de 1980, após o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (OPAS) da Organização Pan-Americana da Saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde estabeleceu uma distinção entre receber educação permanente e educação continuada, considerando esta última como reducionista. No entanto, essa distinção não é consistente academicamente.

Como processo político de ensino, a educação em saúde requer o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, permitindo a divulgação da realidade e propondo ações

transformadoras, para que os indivíduos tenham autonomia e capacidade libertadora de sujeitos históricos e sociais e possam fazer sugestões nas decisões em saúde. E dar conselhos para cuidar de você, da sua família e da comunidade. A temática deve envolver a compreensão de projetos sociais e visões de mundo, que se atualizam na concepção e organização do discurso e da prática educativa no campo da saúde. A prática da educação em saúde é inerente ao trabalho em saúde, mas costuma ocupar o segundo lugar no planejamento e organização dos serviços, na implementação das ações de saúde e na própria gestão (FALKENBERG MB, et al., 2014).

A ligação entre a investigação e o ensino e os serviços de saúde é considerada um princípio de ensino que pode desenvolver o seu próprio conhecimento e capacidade para garantir assistência de alta qualidade e rigor científico. Porém, tradicionalmente, constatamos que a formação e a investigação são atribuições das instituições de ensino superior e técnicas, enquanto a assistência à saúde é da responsabilidade das instituições responsáveis pela gestão do departamento. O que é preciso frisar é que cada um destes departamentos tem autonomia para desenvolver atividades, principalmente modelos de formação fora da prática, o que cria um distanciamento entre o mundo acadêmico e o “mundo real” (ELLERY AEL, et al., 2013).

Nos últimos anos, devido a contradições e dificuldades cada vez mais graves, esse modelo de formação tem sido questionado. No sentido de superar a proposta de formação ainda hegemônica, novas alternativas surgiram, como já mencionamos, caracterizadas pela descontextualização do ambiente real e pela distância entre ensino, pesquisa e serviço. Tomemos como exemplo o Brasil: desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, com a aprovação da Lei nº 8.080, alguns elementos foram trazidos para promover o debate sobre a conexão interna entre a estrutura de formação e a conexão interna da estrutura organizacional. Profissionais do mundo do trabalho tornam-se os originadores da formação profissional (ELLERY AEL, et al., 2013).

3 | O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL

A educação escolar ou formal é o acontecimento mais recente da nossa história, caracterizada por direitos individuais considerados de interesse público e tutelados pelo Estado. Segundo os educadores, essa educação não deve ser vista como uma vantagem, mas como um direito e dever público de todos os que constroem uma sociedade democrática. A legislação brasileira, especialmente a partir de 1988, em conjunto com a Constituição Federal, considera o direito à educação em detalhes, e também fornece mecanismos legais que podem ser usados para protegê-lo e instituições para defendê-lo, como o Ministério (SILVEIRA AAD, 2010).

A lei diz que: Art. 205 A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade,

visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 206 (*) O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; IV - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; V - valorização dos profissionais do ensino, garantido, na forma da lei, plano de carreira para o magistério público, com piso salarial profissional e ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos, assegurado regime jurídico único para todas as instituições mantidas pela União; VI - gestão democrática do ensino público, na forma da lei; VII - garantia de padrão de qualidade (BRASIL, 1988).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, o país passou a adotar uma política social universal e voltada para a saúde, uma experiência inovadora na construção da cidadania. Houve avanços significativos nos aspectos jurídicos, principalmente em dois aspectos: o primeiro aspecto é a implantação de serviços públicos de saúde relacionados à oferta de outros tipos de produtos sociais e o segundo aspecto é a institucionalização do arcabouço legal. Foi promulgada a lei nº 8080/1990, estabelecendo os princípios de padronização e operacionalidade, e definindo a política de saúde do Brasil (SILVA MAM, et al., 2010).

Embora a instituição formal do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha ocorrido na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam à crise do modelo hegemônico de assistência médica privada na segunda metade do século XX. Provocado pelo processo de industrialização no Brasil, configura-se para garantir o desenho de um arcabouço jurídico e de saneamento relacionado ao arcabouço jurídico (formulação de políticas públicas de saúde), e visa a satisfação do interesse público (SILVA MAM, et al., 2010).

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Para Neto JPG (2014), para uma compreensão plena das disposições constitucionais sobre o direito básico à saúde, é necessário primeiro compreender o significado dos

termos utilizados nas disposições mencionadas, mais especificamente, dois deles têm propriedades e conteúdos muito específicos. Não apenas como direitos de todas as pessoas e obrigações do Estado, mas principalmente por meio de um sistema de saúde hierárquico, organizado e único, garantindo o acesso universal aos serviços médicos (artigo 196 do Direito Humanitário) e atenção integral (artigo 198, II).

Já se passaram mais de duas décadas desde a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. Ainda há razão para dizer que o debate sobre os direitos fundamentais e sua eficácia não se perdeu na atual questão, pelo contrário, infelizmente, é precisamente aqui considerado neste ponto. O problema da falta de eficácia continua na agenda dos grandes desafios que o país e a sociedade enfrentam. Portanto, no constitucionalismo brasileiro, a Constituição de 1988 assume o princípio da dignidade humana como o valor máximo do país de forma bastante inovadora, que é o cerne da Constituição máxima que possibilita o gozo de outros direitos. Portanto, os direitos básicos, inclusive os sociais, são os defensores desse princípio. Portanto, a educação é um direito social básico, e sua realização garante o gozo da dignidade humana (BOLLMANN MGN e VIEIRA FSC, 2016).

4 | A EDUCAÇÃO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA HISTÓRIA BRASILEIRA

As rápidas mudanças econômicas e sociais exigem conhecimentos cada vez mais precisos e de alto nível. No entanto, por muito tempo, o povo brasileiro não conseguiu obter uma educação profissional. Parte disso é que, historicamente, o conhecimento social e cultural é limitado à elite (com poder econômico). A falta de investimentos em educação, principalmente aqueles relacionados à saúde, tem prejudicado a oferta de mão de obra qualificada nesse setor, sendo a especialização técnica considerada um investimento razoável para solucionar esse problema. Para tanto, uma série de ações têm sido formuladas, tendo como meta final o atual cenário de profissionalização em saúde, e buscam atender aos requisitos do modelo multifuncional de workflow, que se integra em equipe com maior agilidade e autonomia (MAYER BLD, et al., 2019).

A ideia da pedagogia da saúde foi proposta pela primeira vez no Brasil na segunda metade do século XIX, e a população-alvo dessa abordagem eram as famílias da elite. As pessoas começaram a se cruzar para europeizar os costumes e urbanizar os estilos de vida da elite brasileira, com o objetivo de transformar a saúde da antiga família colonial composta por colonos, escravos, famílias e servos em óbvios esposos e esposas e instituições nucleares. Através da sensação de privacidade seu objetivo principal é legitimar a classe social por meio de seus atributos sociais, psicológicos e sexuais. Esse fato, em nome da superioridade racial e social da elite branca, alimenta indiretamente a ideologia do racismo e do preconceito e ajuda a manter a exploração das subclasses (SILVA CMC, et al., 2010).

No final do século 19 e início do século 20, o Estado foi obrigado a construir as

primeiras medidas sistemáticas de intervenção em educação para a saúde, que foram estendidas às massas para resistir à epidemia de febre amarela, varíola e peste. interferência. Exportação de café. Essas epidemias ameaçam os benefícios do modelo eco-econômico de exportação agrícola, pois esses resultados fizeram com que vários navios mercantes com bandeiras estrangeiras parassem para construir o Scarano Brasil, passando pela costa brasileira e transplantando-os diretamente na Argentina. Dessa forma, a atenção do governo brasileiro foi se deslocado de uma perspectiva estratégica para o chamado espaço de circulação de carga, ou seja, estradas e portos, principalmente estradas e portos no Rio de Janeiro e São Paulo (SILVA CMC, et al., 2010).

No final do século 19, em cidades com áreas de mercado mais densas como São Paulo e Rio de Janeiro, as pessoas já sentiam um processo lento e gradual de urbanização. Esse processo foi acompanhado por algumas mudanças políticas e econômicas no Brasil, por exemplo, a transição da fase de exportação para a fase inicial da indústria urbana, que foi mais valorizada na década de 1930, quando o desenvolvimento urbano passou a atrair um grande número de pessoas. A nova República brasileira começou a implantar arranjos industriais. Assim, foi apenas no final do século XIX que surgiram as escolas de enfermagem, para fazer face ao crescimento populacional das cidades que enfrentavam desafios sociais e de mercado, e começaram a formalizar a profissão de enfermagem no século XX. Refletindo o seu estatuto e necessidades especiais a educação e o treinamento de seu exercício foram se tornando cada vez mais sistemáticos (LIMA PG e SANTOS PLF, 2011).

Desde a sua criação, a educação médica no Brasil tem sido fortemente influenciada por decisões e condições políticas, sistemas de governo, modelos econômicos, sugestões de intervenção social e várias políticas públicas de gestão. Esses múltiplos fatores marcam as características do desenvolvimento, distribuição e expansão desses cursos no país. A primeira escola de medicina do Brasil foi fundada em 1808. Até os primeiros dez anos do século 20, eram apenas três. Na década de 1960, foram criadas 35 escolas, o que acabou marcando um intenso processo de expansão. Nos anos seguintes, essa expansão continuou até o final do século passado, atingindo 113 escolas. Em menos de 20 anos deste século, a expansão se intensificou ainda mais, quase triplicou. Ao final de 2010, o número de cursos presenciais era de 179, e em 2018 era de 323 (OLIVEIRA BLCA, et al., 2019).

Mesmo com o avanço dos cursos de graduação mais conhecidos em território nacional, muito se discute atualmente sobre aperfeiçoamentos ou cursos mais apurados para se atender áreas mais específicas. A primeira discussão sobre a possibilidade de criação de um curso de graduação em saúde coletiva no Brasil teve início na década de 1990 e foi amparada pelo reconhecimento de que os trabalhadores da saúde precisam ser capacitados para se adaptarem ao mercado de trabalho, que é a transformação do modelo médico do país. Posteriormente, devido aos processos sociais e políticos iniciados no país

na década de 1970, como o movimento da reforma médica no Brasil e a institucionalização do campo da saúde coletiva, a demanda por novos profissionais de saúde aumentou, o que acabou gerando amplo acesso à assistência à saúde (MENESES JJS, et al., 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da saúde, da educação e da educação em saúde se encontram em inúmeros pontos, principalmente em matéria de aperfeiçoamento e na formação de profissionais para se atender as demandas sociais em ambos os campos. É sabido que todos os campos profissionais requerem uma carga educacional, que seja mínima, para garantir o conhecimento sobre o que se está fazendo. Na área da saúde, a garantia passa pelas escolas de educação em saúde, que garantem maior profundidade sobre os assuntos, e aperfeiçoa a mão de obra de acordo com as necessidades e com a evolução científica.

REFERÊNCIAS

BOLLMANN MGN, VIEIRA FSC. Direito fundamental à educação pública de qualidade: efetividade segundo os parâmetros do custo aluno qualidade inicial. **Unisul**, 2016; 10(esp.): 235-252.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

CABRAL KM, DI GIORGI CAG. O direito à qualidade da Educação Básica no Brasil: uma análise da legislação pertinente e das definições pedagógicas necessárias para uma demanda judicial. **Educação**, 2012; 35(1): 116-128.

CAMPOS CEA, et al. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do rio de Janeiro: 1916-2015. cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(5):1351-1364.

CARVALHO G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, 2013; 27(78): 7-26.

ELLERY AEL, et al. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.**, 2013; 22(1): 187-198.

FALKENBERG MB, et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014; 19(3): 847-852.

JANINI JP, et al. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**, 2015; 39(105): 480-490.

LEMOS CLS. educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(3): 913-922.

LIMA PG, SANTOS PLF. Solicitações profissionais e sociais de professores de cursos de enfermagem no Brasil. **Interface (comunicação, saúde e educação)**, 2011; 15(39): 1097-1109.

MAYER BLD, et al. Educação profissional em saúde no Brasil: uma reflexão no contexto da enfermagem. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, 2019; 9(4): 1-9.

MENESES JJS, et al. Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2017; 15(2): 501-518.

NETO JPG. 2014. In: **Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas: Direito à Saúde**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-direito-a-saude.pdf>. Acesso em: 8 de nov. 2020.

OLIVEIRA BLCA, et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, 2019; 17(1): 1-11.

REIS TC, et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst.**, 2013; 31(2): 219-223.

SANTOS AV. Educação e fascismo no Brasil: a formação escolar da infância e o Estado Novo (1937-1945). **Revista Portuguesa de Educação**, 2012; 25(1): 137-163.

SILVA CD. Educação Brasileira: as contradições deste processo histórico da colonização à república. **Educare, XII Congresso Nacional de Educação**, 2015; 1(1): 14285-14301.

SILVA CMC, et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; 15(5): 2539-2550.

SILVA MAM, et al. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, 2010; 20(4): 1183-1207.

SILVEIRA AAD. A busca pela efetividade do direito à educação: análise da atuação de uma Promotoria de Justiça da Infância e Juventude do interior paulista. **Educar em Revista**, 2010; 1(2): 233-250.

A UTILIZAÇÃO DO L-PRF NAS RECONSTRUÇÕES ALVEOLARES/MAXILOFACIAIS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 05/04/2021

Dandara Menezes de Araujo Oliveira

Universidade Federal de Pernambuco
Recife- PE
<https://orcid.org/0000-0002-7523-7980>

Elmo Rodolpho Lira de Vasconcelos

Universidade Federal de Pernambuco
Recife-PE
<https://orcid.org/0000-0001-9306-5193>

Marília de Souza Leal Carvalho Dantas

Universidade Federal de Pernambuco
Recife-PE
<https://orcid.org/0000-0002-0109-2686>

Tayná Souza Gomes da Silva

Universidade Federal de Pernambuco
Recife-PE
<https://orcid.org/0000-0003-4552-0950>

Virgílio Bernardino Ferraz Jardim

Universidade de Pernambuco
Recife-PE
<https://orcid.org/0000-0001-5462-1599>

Patrício José de Oliveira Neto

Coordenador do curso de pós-graduação em
implantodontia-FUNORTE
Campina Grande- PB
<https://orcid.org/0000-0001-6027-3295>

RESUMO: O L-PRF (Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos) consiste em um concentrado de

plaquetas, obtido a partir de uma amostra de sangue do próprio paciente. É amplamente utilizado para acelerar a cicatrização de tecidos moles e duros, tendo aplicação na odontologia nas reconstruções ósseas alveolares e maxilofaciais. **Objetivo:** Discutir a utilização e mecanismos de ação do L-PRF, bem como as suas aplicações na odontologia. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão de literatura, 2016 a 2021, nas plataformas BVS e SciELO, utilizando os descritores: Fibrina Rica em Plaquetas; Transplante Ósseo; Cirurgia Bucal. **Resultados:** Os concentrados plaquetários proporcionam uma rapidez considerável na cicatrização de tecidos moles e duros por meio do aumento da concentração de fatores de crescimento, sendo um biomaterial que estimula as células autólogas do paciente tendo como resposta a regeneração. Entre as aplicações clínicas em cirurgia oral do L-PRF, destacam-se o preenchimento do alvéolo pós-extração, tratamentos de defeitos ósseos, enxertos ósseos em Implantodontia, cirurgias de elevação de seio maxilar e regeneração óssea e tecidual. **Conclusão:** O L-PRF tem ampla aplicabilidade na odontologia, principalmente, nas cirurgias reconstrutivas, atuando na cicatrização e regeneração tecidual com ótimos resultados em curto prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bucal; Fibrina Rica em Plaquetas; Transplante Ósseo.

THE USE OF L-PRF IN ALVEOLAR / MAXILLOFACIAL RECONSTRUCTIONS

ABSTRACT: L-PRF (Platelet and Leukocyte Rich Fibrin) consists of a platelet concentrate, obtained

from a blood sample from the patient himself. It is widely used to accelerate the healing of hard and molar tissues, applying to dentistry in alveolar and maxillofacial bone reconstruction.

Objective: To discuss the use of L-PRF mechanisms of action, as well as their applications in dentistry. **Methodology:** A literature review was carried out, from 2016 to 2021, on the BVS and Scielo platforms, using the following descriptors: Platelet Rich Fibrin; Bone transplantation; Oral surgery. **Results:** The platelet concentrates provide considerable speed in the healing of hard and molar tissues, increasing the concentration of growth factors, is a biomaterial that stimulates the patient's autologous cells tending in response to regeneration. Among the clinical applications in oral surgery of the L-PRF, stand out or filling the post-extraction cavity, treatment of bone defects, bone graft in implantology, maxillary bone elevation surgeries and bone and tissue regeneration. **Conclusion:** The L-PRF has wide applicability in dentistry, mainly for reconstructive surgery, when it comes to healing and technical regeneration as the best results in the short term.

KEYWORDS: Bone transplantation; Platelet Rich Fibrin; Oral surgery.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, os biomateriais vêm sendo utilizado na odontologia com finalidade de otimizar a regeneração e cicatrização de tecidos moles e duros (RAMIREZ et al., 2018). O uso dos concentrados de plaquetas possibilita a liberação contínua de fatores de crescimento, proteínas e citocinas leucocitárias, simulando o processo fisiológico de reparo tecidual. (MOURA; TENÓRIO; PINTO, 2020).

De acordo com Ehrenfest et al. (2009), os derivados de plaquetas podem ser classificados em quatro grupos, dependendo de seu conteúdo de leucócitos e arquitetura de fibrina em: Plasma rico em plaquetas puro (PRP), plasma rico em plaquetas e leucócitos (L-PRP), fibrina rica em plaquetas pura (PRF) e fibrina rica em plaquetas e leucócitos(L-PRF) (PERALVO; GARCÍA; FUENTE, 2017; MOLINA; RODRÍGUEZ, 2020).

O L-PRF é um biomaterial de fibrina com leucócitos, sólido e natural, onde as técnicas de ativação das plaquetas ocorrem sem adição de substâncias ativadoras ao sangue extraído, dando origem a uma forte estrutura de fibrina (PERALVO; GARCÍA; FUENTE, 2017).

O processo de obtenção do L-PRF é considerado simples e barato, através da centrifugação de sangue periférico, formando uma rede de fibrina composta por uma alta concentração de plaquetas e leucócitos, que atuam secretando substâncias, como os fatores de crescimento (RAMIREZ et al., 2018).

Esse concentrado de plaquetas e leucócitos fornece alternativas terapêuticas, utilizando material autógeno com potencial para estimular o processo fisiológico de cicatrização, além de auxiliar na regeneração/reparação de diversos tecidos. Dessa maneira, pode ser aplicado em diversas áreas da odontologia, como as reconstruções e procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais (RAMIREZ et al., 2018).

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma busca ativa de artigos científicos nas bases de dados BVSalud e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores/Termos: “Fibrina rica em plaquetas”, “Transplante Ósseo” e “Cirurgia Bucal”, alternados pelos operadores Booleanos AND e OR. Foram encontrados 18 artigos no BVS e 16 no Scielo, utilizando como critérios de inclusão o período de 2016 a 2021, os idiomas português, inglês e espanhol e a relação com o tema estabelecido. Foram excluídos os trabalhos que se tratava de outros assuntos como i-PRF, A-PRF, regeneração endodôntica ou regeneração periodontal.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

Uma alternativa bastante eficaz para a substituição ou reparo de partes do corpo, como tecidos e órgãos, é a utilização dos biomateriais. Eles podem ser classificados de acordo com sua origem em biológicos ou sintéticos. Os biomateriais de origem biológica podem ser obtidos de três formas, são elas: autógena, quando é retirado do próprio paciente; alógena, quando são obtidos de um doador da mesma espécie; e exógena, quando são obtidos de doador de outra espécie. A utilização desses materiais em cirurgias tem como objetivo acelerar a cicatrização e regular o processo da inflamação (OTÁROLA et al., 2016).

O L-PRF é um tipo de biomaterial considerado um coágulo autógeno otimizado ou um concentrado de plaquetas, as quais desempenham um papel essencial no processo de homeostase e na cicatrização. Esse material foi utilizado pela primeira vez no ano de 2001 por Choukroun. A técnica de obtenção desse concentrado baseia-se na coleta de sangue da veia antecubital do próprio paciente, caso não seja possível, coleta-se de outra veia. Em seguida, é realizada a centrifugação sanguínea e, a partir dessa etapa, se obtém uma membrana de fibrina forte. No momento da centrifugação, não é utilizado anticoagulante. Com isso, o sangue, ao entrar em contato com o vidro, inicia imediatamente seu processo de coagulação. Para que a técnica seja bem-sucedida, é necessário que haja rapidez na coleta do sangue e na colocação dos tubos de ensaio na centrífuga, a qual necessita apenas de uma pequena quantidade. A membrana produzida, a partir desse processo, possui em sua composição células autógenas e é rica em proteínas da matriz e fatores de crescimento (OTÁROLA et al., 2016; PERALVO; GARCÍA; FUENTE, 2017; MOURA; TENÓRIO; PINTO, 2020).

Os concentrados plaquetários advindos dessa centrifugação são classificados em 1ª e 2ª geração. Os de primeira geração são produzidos a partir de dois tempos de centrifugação, sendo adicionados anticoagulantes anteriormente ao primeiro tempo e trombina bovina posteriormente ao segundo. Como representante desse grupo, temos um plasma rico em plaquetas (PRP). Os de segunda geração são produzidos em um único tempo de centrifugação e não possuem adição de anticoagulantes. Esse último processo é utilizado para se obter a fibrina rica em plaquetas e os leucócitos (L-PRF) (OTÁROLA et

al., 2016; MAYOL et al., 2018; ARAVENA et al, 2019).

O coágulo de fibrina produzido, possui respectivamente o aproximado de 95% e 50% de plaquetas e leucócitos comparados ao coágulo inicial. A matriz de fibrina originada é resiliente, forte, maleável e estável, sendo capaz de, por mais de sete dias *in vitro*, liberar proteínas relacionadas a cicatrização e fatores de crescimento, além de permitir ser cortada e adaptada a diferentes defeitos anatômicos (PERALVO; GARCÍA; FUENTE, 2017; MUÑOZ; HAIDAR, 2018; ARAVENA et al, 2019; MUÑOZ; RODRÍGUEZ, 2019).

A técnica descrita possui inúmeras vantagens e diversas aplicações no campo da odontologia, destacando-se na especialidade de cirurgia oral e maxilofacial, e em outras, como a periodontia e a implantodontia, por apresentar a vantagem de aumentar a velocidade do processo de cicatrização dos tecidos e contribuir com a homeostasia. Esse material pode ser utilizado como material de preenchimento, associado aos enxertos ósseos e comprimido em uma membrana de fibrina forte. Além disso, se trata de uma técnica simples e com baixo custo por ser realizada rapidamente em menos de 20 minutos, necessitando apenas de uma centrífuga, do sangue do paciente e dispensa o uso de aditivos (PERALVO; GARCÍA; FUENTE, 2017; MUÑOZ; HAIDAR, 2018; MOURA; TENÓRIO; PINTO, 2020).

O L-PRF possui inúmeras indicações na área odontológica, por levar ao sítio cirúrgico um maior suprimento de oxigênio e nutrientes, auxilia nas reconstruções e regenerações teciduais. Os concentrados de plaquetas possuem atualmente diversos usos clínicos, sendo indicados, principalmente, para a reconstrução de cristas alveolares atroficas. Entre outras indicações, podemos citar, ainda, elevação do seio maxilar, cirurgias plásticas periodontais, cirurgias apicais (ARAVENA et al., 2019, BURYANOV et al., 2021).

Em um estudo acerca da regeneração óssea no aumento do assoalho do seio maxilar, utilizando enxerto associado ao L-PRF, observou-se uma aceleração na formação óssea, quando comparado a reparação sem o uso do biomaterial. Já com relação a essa associação nos defeitos causados por cistos periapicais, houve uma modificação tanto na densidade da cicatrização como na neoformação óssea, levando a uma maior estabilidade na colocação de um implante nessa situação (MEDINA et al., 2017).

Apesar dessas informações, vários trabalhos na literatura expõem a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o L-PRF, principalmente se tratando de uma análise histológica com uma padronização metodológica. Dessa forma seriam avaliadas as vantagens e desvantagens da utilização desse biomaterial.

4 | CONCLUSÃO

O L-PRF é um biomaterial de 2ª geração com uma vasta utilização nas áreas da saúde, bem como na odontologia. Suas características biológicas de aceleração da cicatrização através da liberação de fatores de crescimento que auxiliam na angiogênese e na neoformação óssea, contribuem de forma significativa para as reconstruções alveolares e maxilofaciais.

REFERÊNCIAS

ARAVENA, J. et al. **L-PRF y Ciclo Celular. Revisión Narrativa.** International journal of odontostomatology, v. 13, n. 4, p. 497-503, 2019.

BURYANOV, Olexander A. et al. **Reparative Regeneration by Substitution of Bone Tissue Defects with Bioglass, Using Regeneration Technologies.** International Journal of Morphology, v. 39, n. 1, 2021.

EHRENFEST, David M. Dohan; RASMUSSEN, Lars; ALBREKTSSON, Tomas. **Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte-and platelet-rich fibrin (L-PRF).** Trends in biotechnology, v. 27, n. 3, p. 158-167, 2009.

MAYOL, Magdalena et al. **Fibrina Rica en Plaquetas y Leucocitos en el tratamiento de defectos intra-óseos: Revisión Narrativa.** Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, v. 11, n. 1, p. 54-57, 2018.

MEDINA, José Heberth et al. **Tratamiento de un quiste periapical con relleno de injerto óseo mezclado con fibrina rica en plaquetas adyacente a un implante post exodoncia: Reporte de un Caso.** Rev. cient. odontol, p. 679-687, 2017.

MOLINA, César; RODRÍGUEZ, Yuri. **Resultados de los concentrados plaquetarios en la regeneración ósea guiada.** Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, v. 39, n. 2, 2020.

MOURA, Luana Santos de; TENÓRIO JÚNIOR, Edval Reginaldo; PINTO FILHO, Jorge Moreira. **Utilização da fibrina rica em plaquetas na elevação sinusal com instalação imediata de implantes dentários.** Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.), p. 24-29, 2020.

MUÑOZ, Francisco T.; HAIDAR, Ziyad S. **L-PRF for use in oro-maxillo-facial surgeries: what do we know?.** Journal of Oral Research, v. 7, n. 3, p. 88-90, 2018.

MUÑOZ, Miguel Ángel; RODRÍGUEZ, Yuri. **Resultados del uso de la fibrina rica en plaquetas y rellenos óseos en la regeneración ósea guiada. Revisión sistemática.** Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, v. 41, n. 3, p. 126-137, 2019.

OTÁROLA, Wilfredo et al. **Fibrina rica en plaquetas (FRP): Una alternativa terapéutica en Odontología.** Revista Estomatológica Herediana, v. 26, n. 3, p. 173-178, 2016.

PERALVO, Ángel Orión; GARCÍA, Ángel; FUENTE, Lorenzo. **Nuevas tendencias en regeneración tisular: fibrina rica en plaquetas y leucocitos.** Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, v. 39, n. 2, p. 91-98, 2017.

RAMÍREZ, David Alexander Gutiérrez et al. **Análisis estructural de la fibrina rica en plaquetas y sus aplicaciones en odontología regenerativa.** Universitas Odontologica, v. 37, n. 79, p. 4, 2018.

AS CONTRIBUIÇÕES DA ARTETERAPIA: POSSÍVEL MINIMIZAÇÃO NAS FOBIAS SOCIAIS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 29/03/2021

Amanda Martinelli Victor

Centro Universitário de Volta Redonda
(UniFOA)
Volta Redonda – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7846026406879609>

Filipe Rocha Xavier

Centro Universitário de Volta Redonda
(UniFOA)
Volta Redonda – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5568762214354044>

João Vitor Matachon Viana

Centro Universitário de Volta Redonda
(UniFOA)
Volta Redonda – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6017650912434558>

Sebastião Gonçalves Ribeiro Neto

Centro Universitário de Volta Redonda
(UniFOA)
Volta Redonda – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0399094522480854>

Sônia Cardoso Moreira Garcia

Centro Universitário de Volta Redonda
(UniFOA)
Volta Redonda – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8268572335134425>

meio do criar em arte e do refletir sobre os trabalhos artísticos resultantes, indivíduos podem desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais. Como aludido, a Arteterapia é afável a tratamentos relacionados a transtornos psíquicos, por conseguinte, ao analisar o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), ratifica-se a premência em correlacionar o processo terapêutico com esse transtorno que atinge 10% da população mundial. Desse modo, quem sofre com a Fobia Social sente insegurança e é acometido por crises de ansiedade, assim, a tendência é o isolamento e distanciamento interpessoais. Isto posto, é com essa finalidade que a Arteterapia interrelacionar-se-á com o Transtorno de Ansiedade Social, pois a arte, ao promover a autoexpressão, operará como um catalisador, possibilitando ao indivíduo entrar em contato com conteúdos inconscientes. A Arteterapia procura conceder aos pacientes condições para extravasar, obter autoconhecimento e permite a expressão do universo emocional. Nesse contexto, ao empregar dessa premissa como fundamento, foi realizada uma metodologia quali-quantitativa cujo alicerce foi levantamento bibliográfico e aplicação de questionários. Por fim, como resultado da metodologia empregue, constata-se a Arteterapia como possível mecanismo na minimização do Transtorno de Ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: Arteterapia. Transtorno de Ansiedade Social. Fobia Social.

RESUMO: A Arteterapia é uma metodologia fundamentada no uso da expressão artística com desígnio terapêutico. À vista disso, por

ART THERAPY'S CONTRIBUTIONS: POSSIBLE MINIZATION IN SOCIAL FOBIAS

ABSTRACT: Art therapy is a methodology based on the use of artistic expression with a therapeutic purpose. In view of this, through creating in art and reflecting on the resulting artistic works, individuals can develop physical, cognitive, and emotional resources. As mentioned, Art Therapy is amenable to treatments related to psychic disorders, therefore, when analyzing Social Anxiety Disorder (Social Phobia), the urgency to correlate the therapeutic process with this disorder, which affects 10% of the world population, is ratified. Thus, those who suffer from Social Phobia feel insecure and are affected by anxiety attacks with the tendency of interpersonal isolation and detachment. That said, it is for this purpose that Art Therapy will interrelate with Social Anxiety Disorder, as art, by promoting self-expression, will act as a catalyst, allowing the individual to encounter unconscious content. Art therapy seeks to provide patients with conditions to vent, obtain self-knowledge and allows the expression of the emotional universe. In this context, when using this premise as a foundation, a qualitative and quantitative methodology was carried out, based on a bibliographic survey and the application of questionnaires. Finally, as a result of the methodology employed, Art Therapy is found to be a possible mechanism in minimizing Anxiety Disorder.

KEYWORDS: Art Therapy. Social Anxiety Disorder. Social Phobia.

1 | INTRODUÇÃO

A *American Association of Art Therapy* (2003) conceitua a Arteterapia como ferramenta que visa ao processo criativo, correlacionando atividades artísticas e terapêuticas como sendo um promissor recurso na qualidade de vida das pessoas e dos indivíduos adoecidos. Destarte, por meio do criar em arte e do refletir sobre os processos e trabalhos artísticos resultantes, pessoas podem ampliar o conhecimento de si mesmas, aumentar sua autoestima, lidar melhor com sintomas, estresse e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico (ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2016).

A Arteterapia, segundo Reis (2014), utiliza-se da atividade artística como instrumento de intervenção profissional com finalidade curativa para que, assim, haja a promoção da saúde e da qualidade de vida. Entre as diversas linguagens que estão inseridas como formas de expressão artística, citamos: plástica, sonora, literária, dramática e corporal, pintura, modelagem, música, poesia, dramatização e dança (REIS, 2014).

A Medicina Integrativa e Complementar reconhece, atualmente, que a arte e suas mais diversas formas expressivas são uma atividade altamente benéfica ao ser humano (ANDRADE; COSTA, 2010). Entretanto, esse é um conceito recente, sendo descrito, somente, a partir do século XIX, com os estudos oriundos do médico alemão Johann Christian Reil (1759-1813), o qual desenvolveu um protocolo de emprego de atividades artísticas no tratamento de doenças mentais (BOTSARIS, 2016). Posteriormente, no século XX, o austríaco Sigmund Freud (1856-1939) descreve a expressão artística como

uma forma de comunicação simbólica, com função catártica. Assim, a ideia freudiana compreendia-se no fato de que a expressão do inconsciente por meio do fazer artístico escaparia mais facilmente da censura do que as palavras, ou seja, a arte torna-se uma via de acesso ao inconsciente (REIS, 2014). Nesse contexto, o psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961) utilizou-se das ideias de Freud para desenvolver a Psicologia Analítica, associando a linguagem artística à Psicoterapia. Assim, Jung sugeria aos seus pacientes que representassem livremente seus sonhos, sentimentos e conflitos e, desse modo, analisando as imagens criadas por eles, conseguiu utilizar da arte para facilitar a interação verbal com o paciente, visto que acreditava que o homem poderia organizar seu caos interno por meio do fazer artístico (ANDRADE, 2000).

Dessa forma, na primeira metade do século passado, no Brasil, Dr. Osório César (1895-1979) inicia seus estudos baseados na visão freudiana de arte; em contrapartida, Dr.^a Nise da Silveira (1905-1999) fundamenta-se sob influência Junguiana. A Arteterapia origina-se entrelaçada com a Psiquiatria, e os primeiros trabalhos com arte são realizados junto a pacientes em instituições hospitalares (ANDRADE, 2000).

Isto posto, a Arteterapia distingue-se como método de tratamento para o desenvolvimento pessoal, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos. Tal forma origina uma relação terapêutica particular, dando o recurso à imaginação, ao simbolismo e a metáforas, o que enriquece e incrementa o processo (SOCIEDADE PORTUGUESA DE ARTE-TERAPIA, 2001).

Fobia Social trata-se de um distúrbio neurofisiológico, com repercussões psicológicas e comportamentais que, por sua vez, é caracterizado pelo sentimento e receio/temor intenso de estar entre outras pessoas (SCARPATO, 2012). Tais sentimentos, o medo e o pavor intenso, manifestam-se de maneira irracional, sem justificativa e de forma extrema (SCARPATO, 2012). Quem é acometido por tal transtorno, a Fobia Social, sofre com sentimentos de grande insegurança e é surpreendido por crises de ansiedade recorrentes sempre que exposto ao contato com outros, até mesmo, pessoas pertencentes à sua rede familiar. Isso faz com que o indivíduo, cada vez mais, isole-se do mundo, mantendo-se o mais distante possível de qualquer contato interpessoal (ASBAHR et al., 2008).

Estima-se que tal problemática seja a subdivisão da ansiedade mais comum e mais crescente no país (ASBAHR et al., 2012). Dessa forma, pondera-se que a referida alteração afete cerca de 3,5% a 12,1% da população geral do território nacional (LAURENTI et al., 2002; KESSLER et al., 2005).

O indivíduo com Transtorno de Ansiedade Social torna-se excepcionalmente preocupado com a interação social, possuindo um desconforto emocional excessivo, resultando num medo elevado ao interagir com outras pessoas (ASBAHR et al., 2008). A pessoa possui um medo irracional que se expressa em certas situações, objetos ou ambientes. Como consequência, esse medo pode, às vezes, ter um efeito debilitante negativo nos relacionamentos pessoais e/ou profissionais (SCARPATO, 2012). Além

disso, outros sinais e sintomas podem ser evidenciados num indivíduo com Transtorno de Ansiedade Social, como tremedeira, rosto vermelho, tontura, náuseas, desconforto abdominal, batimentos cardíacos acelerados, tensão muscular e suor (ASBAHR et al., 2008).

O fazer em arte é um procedimento extremamente terapêutico, uma vez que gera autoestima, encoraja a experimentação, desperta novas habilidades e enriquece a vida (MALCHIODI, 2006). Sendo assim, a Arteterapia tem possibilitado aos usuários a vivência de suas dificuldades, conflitos, medos e angústias de um modo menos sofrido. Assim sendo, essa se configura como um método eficaz para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do adoecimento mental em si, como também os conflitos pessoais e com familiares. Ainda, nota-se a minimização dos fatores negativos de ordem afetiva e emocional que surgem naturalmente com as doenças psíquicas, tais como: angústia, estresse, medo, agressividade, isolamento social, apatia, entre outros (COQUEIRO; FREITAS; VIEIRA, 2010).

Assim, tem-se como pressuposto que, por meio da Arteterapia como caminho terapêutico, consegue-se contribuir para que as pessoas acometidas pela Fobia Social possam usufruir de seus efeitos positivos e ainda, possibilitando a minimização dos sofrimentos advindos de tal acometimento, utilizá-la como possibilidade de cura e, dessa maneira, apresentar aos pacientes condições para que manifestem seus conteúdos, outrora submersos pelos sintomas e, a partir de então, consigam adentrar seu processo de autoconhecimento que, por si só, proporcionará novas formas de lidar com suas questões psicoemocionais, favorecendo-os em sua existência.

Em síntese, o objetivo deste artigo é compreender como a Arteterapia, enquanto possível caminho no aporte aos pacientes com Fobia Social, pode definir o processo de cura diante do transtorno.

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa fora quali-quantitativa (CRESWELL, 2007), sendo realizada a partir de um levantamento bibliográfico associado a uma apresentação de questionário aplicado, que nos possibilitou a coleta de dados, com posterior análise para a construção dos resultados e considerações finais. O questionário em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) e, aprovado, em 08/03/2018, sob CAAE 83911318.5.0000.5237.

A efetivação na coleta de dados ocorreu por meio de 120 questionários destinados aos acadêmicos dos Módulos I, II e III (Eixo I) do Curso de Medicina do UniFOA, sendo distribuídos de forma uniforme. O referido questionário fora formulado com o intuito de avaliar o grau de conhecimento dos alunos acerca da Arteterapia e da Fobia Social, além de compreender o perfil psicológico dos estudantes da instituição. Sendo assim, contou

com 20 (vinte) perguntas de múltipla escolha, sendo que dessas, 3 (três) delas poderiam ser respondidas de forma dissertativa.

O questionário fora entregue pelos pesquisadores aos estudantes, maiores de idade e que desejassem, livremente, participar da pesquisa, sendo realizada durante o período que compreendeu entre os dias 01/03/2018 a 30/04/2018.

Este projeto possui Carta de Anuência e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que informou ao participante da pesquisa como funciona o questionário, que não possui caráter obrigatório, possibilitando que o entrevistado se recusasse a participar da pesquisa, assim como abandonar o procedimento em qualquer momento, sem que houvesse nenhum tipo de penalização ou prejuízo. A participação como voluntário não auferia nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro e/ou de qualquer natureza.

Foi definido como amostra o Curso de Medicina do UniFOA, instituição situada no município de Volta Redonda, RJ.

Os dados coletados por meio dos questionários aplicados foram codificados e categorizados, conduzindo-se análise de conteúdo. Posteriormente, aplicaram-se em gráficos e tabularam-se os resultados, em números totais e em porcentagem, para melhor análise.

3 | RESULTADOS

Primeiramente, avaliou-se o grau de conhecimentos dos estudantes do UniFOA acerca da Arteterapia a partir da simples pergunta: “Você sabe o que é Arteterapia?”. Dessa forma, dos 120 alunos que responderam o questionário, 25% alegaram compreender totalmente os fundamentos da Arteterapia (30 alunos); 34,17% disseram desconhecê-los (41 alunos); e 40,83% conhecem pouco esse conceito (49 alunos). Em seguida, foram realizadas mais algumas perguntas sobre essa temática com o intuito de avaliar a visão dos alunos acerca do fazer artístico e de suas características.

Assim sendo, quando perguntado se a arte pode ser considerada terapêutica, 75% concordaram totalmente com a alegação (90 alunos); 20% concordaram parcialmente (24 alunos); 4,17% alegaram indiferença ou neutralidade à pergunta (5 alunos); nenhum entrevistado discordou parcialmente; e 0,83% discordou totalmente (1 aluno), como demonstrado na Figura 1.

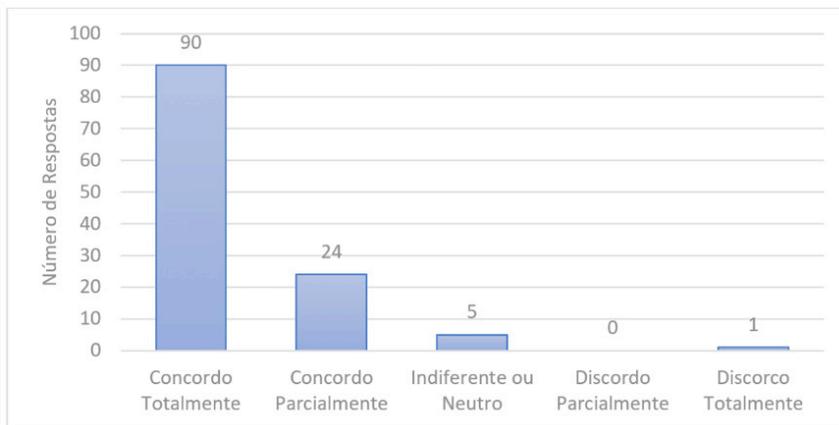


Figura 1 – Resposta dos alunos quando perguntados se a arte pode ser considerada terapêutica.

Fonte: próprios autores.

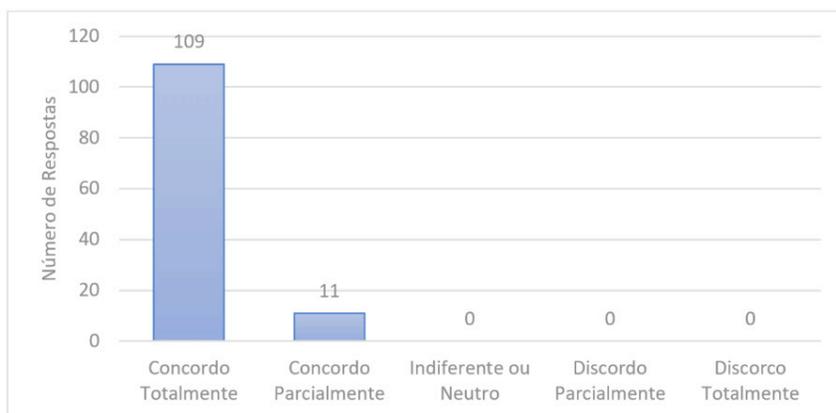


Figura 2 – Resposta dos alunos quando perguntados se o ser humano pode transmitir emoções e/ou sentimentos por meio do fazer artístico.

Fonte: próprios autores.

Quando perguntados se o ser humano poderia utilizar-se da arte para transmitir emoções e sentimentos, 90,83% (109 alunos) concordaram totalmente e 9,16% (11 alunos) concordaram parcialmente com a afirmação; nenhuma resposta indiferente ou neutra, de discordância parcial ou de discordância total foi registrada, como visto na Figura 2.

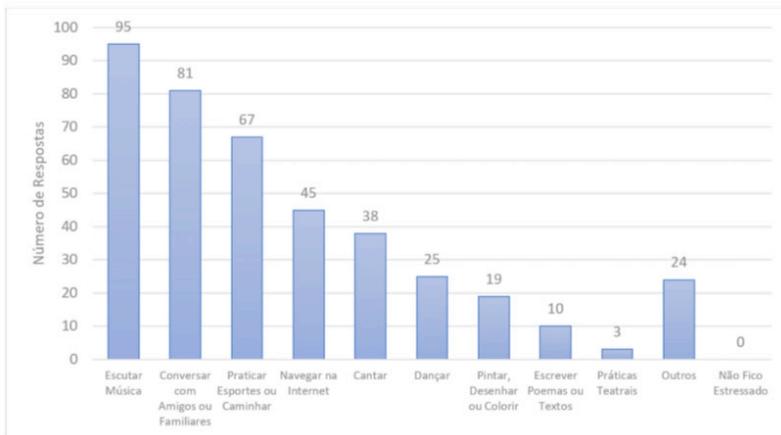


Figura 3 – Resposta dos alunos quando perguntados o que fazem para aliviar seu estresse mental.

Fonte: próprios autores.

Nessa questão, os alunos poderiam marcar mais de uma opção caso achassem necessário, portanto, o número de resposta supera a margem dos 120 questionários aplicados. Assim dito, observa-se, na Figura 3, que, segundo os alunos entrevistados, Escutar Música foi considerada a forma terapêutica prevalente, com 95 indivíduos afirmando praticá-la em momentos de estresse mental. Além disso, verifica-se, ainda, que as demais formas de expressão artística combinadas – Cantar; Dançar; Escrever Poemas ou Textos; Pintar, Desenhar ou Colorir; e Práticas Teatrais – foram escolhidas, também, por 95 pessoas. Entre os Outros, foram apresentadas 24 respostas, sendo a mais comum delas “Tocar Instrumentos Musicais”, descrita por 5 pessoas. Ninguém disse não ficar mentalmente estressado.

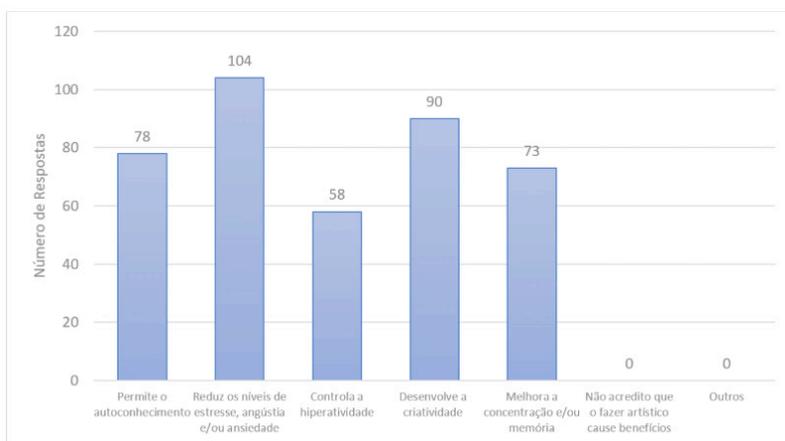


Figura 4 – Resposta dos alunos quando perguntados sobre os benefícios do fazer artístico.

Fonte: próprios autores.

Quando perguntados se o fazer artístico poderia causar algum benefício a seus praticantes, todos os 120 entrevistados afirmaram que sim, que o fazer em arte teria a capacidade de causar pelo menos algum benefício a seus praticantes. Assim, nessa perspectiva, na segunda parte da mesma pergunta, foi perguntado então quais seriam esses benefícios trazidos pela arte (cada entrevistado poderia marcar mais de uma opção caso achasse necessário). Dessa forma, a resposta mais prevalente entre os entrevistados, sendo escolhida 104 vezes, foi que o fazer artístico reduz os níveis de estresse, angústia e/ou ansiedade. Sucessivamente, 90 pessoas disseram que a arte desenvolve a criatividade; 78 responderam que permite o autoconhecimento; 73, que melhora a concentração e/ou memória; e 58, que controla a hiperatividade, como visto na Figura 4.

Em uma segunda parte do questionário, buscou-se avaliar o grau de conhecimento dos alunos do UniFOA acerca do Transtorno de Ansiedade Social (CID 10 F40.0), habitualmente denominada de Fobia Social, perguntando aos mesmos se eles conheciam ou não o transtorno em questão. Dessa forma, 30,83% desses alegaram conhecer essa classe de transtorno ansioso (37 alunos); 19,17% disseram desconhecer-la (23 alunos); e 50% declararam conhecer pouco desse conceito (60 alunos).

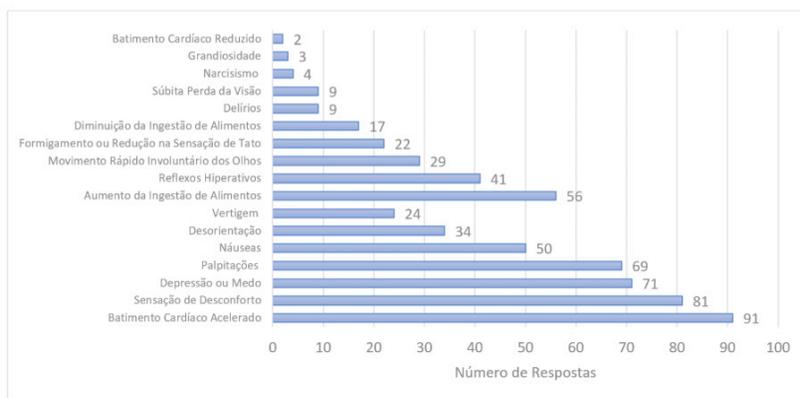


Figura 5 – Resposta dos alunos quando perguntados sobre os sinais e sintomas do Transtorno de Ansiedade Social.

Fonte: próprios autores.

Na Figura 5, avaliou-se grau de conhecimento dos entrevistados que alegaram conhecer (37 alunos) e dos que alegaram conhecer pouco (60 alunos) acerca do que seria o Transtorno de Ansiedade Social (CID 10 F40.0) a partir das respostas dadas individualmente na pergunta anterior; dessa forma, totalizando 97 respostas para análise nessa questão.

Assim, cada sujeito deveria marcar quais os sinais e sintomas, geralmente, mais presentes em indivíduos acometidos pelo Transtorno de Ansiedade Social, permitindo

com que cada pessoa marcasse mais de uma opção. Assim sendo, as quatro opções mais escolhidas foram, respectivamente, Batimento Cardíaco Acelerado (91), Sensação de Desconforto (81), Depressão ou Medo (71) e Palpitações (69), sinais e sintomas característicos do transtorno ansioso. Entretanto, os demais sinais e sintomas que também são encontrados nesse – Náuseas, Desorientação e Vertigem – foram selecionados menos vezes que a opção Aumento da Ingestão de Alimentos, por exemplo, sintoma característico de uma espécie de transtorno alimentar. Salienta-se ainda que dos 97 questionários que responderam essa pergunta, somente uma pessoa marcou exclusivamente todas as sete esperadas características do Transtorno de Ansiedade Social.

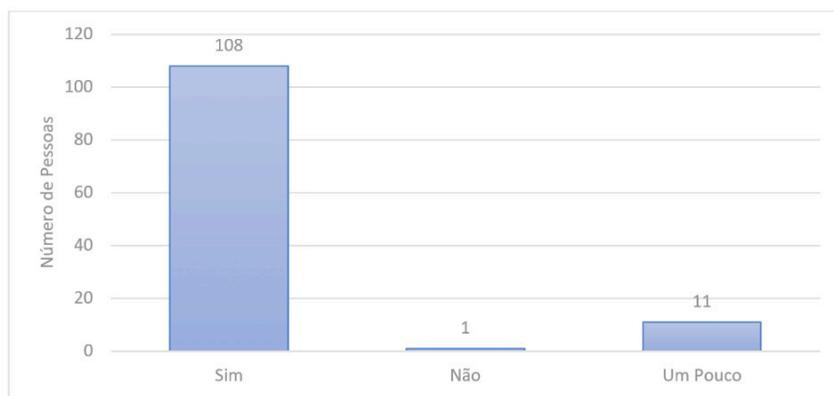


Figura 6 – Resposta dos alunos quando perguntados se a arte pode contribuir e/ou auxiliar na minimização de transtornos psicológicos.

Fonte: próprios autores.

Por último, fora perguntando se a arte em suas mais diversas naturezas (p. ex., música, dança, pintura, escultura, literatura, teatro, cinema e outros) poderia contribuir e/ou auxiliar na minimização dos transtornos psicológicos. Sendo assim, 90% dos entrevistados concordaram totalmente com a afirmação (108 alunos); 9,17% concordaram parcialmente (11 alunos); e somente 0,83% discordou (1 aluno) com a afirmação, como consta na Figura 6.

4 | DISCUSSÃO

Com o intento de compreender a Arteterapia como metodologia complementar e eficaz no tratamento da Fobia Social, determinou-se a aplicação de questionários e levantamento bibliográfico.

Em referência à investigação bibliográfica, averigua-se o início dessa prática terapêutica a partir de estudos oriundos do médico Johann Christian Reil (1759-1813). Posteriormente, no século XX, Sigmund Freud (1856-1939) descreve a expressão artística

como uma forma de comunicação simbólica, com função catártica. Assim, a ideia freudiana compreendia-se no fato de que a expressão do inconsciente por meio do fazer artístico escaparia mais facilmente da censura do que as palavras; dessa forma, nessa visão, a arte torna-se uma via de acesso privilegiada ao inconsciente (REIS, 2014). Nesse contexto, o psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961) utilizou-se das ideias de Freud para desenvolver a Psicologia Analítica, associando a linguagem artística à Psicoterapia. Assim, Jung sugeria aos seus pacientes que desenhassem ou pintassem livremente seus sonhos, sentimentos e conflitos, desse modo, analisando as imagens criadas por eles, conseguiu utilizar da arte para facilitar a interação verbal com o paciente, visto que acreditava que o homem poderia organizar seu caos interno por meio do fazer artístico (ANDRADE, 2000).

Desse modo, na primeira metade do século XX, no Brasil, Dr.^a Nise da Silveira (1905-1999) fundamenta-se sob influência Junguiana. A Arteterapia origina-se entrelaçada com a Psiquiatria, e os primeiros trabalhos com arte são realizados junto a pacientes em instituições hospitalares. Contribuindo, assim, para que houvesse o desenvolvimento de outra abordagem frente aos métodos agressivos de contenção vigentes na época (p. ex., isolamento e eletrochoque), possibilitando a expressão dos conflitos internos (ANDRADE, L., 2000).

Nesse âmbito, a análise dos questionários comprova que 75% dos acadêmicos do Curso de Medicina do UniFOA acreditem que a arte possa ser utilizada com uma finalidade terapêutica e que, além disso, tenha a capacidade de transmitir emoções e/ou sentimentos, como concordaram 90,83% dos alunos questionados. Esses dados correspondem ao definido como sendo a Arteterapia, um instrumento terapêutico, viabilizado por meio da utilização dos recursos artístico-expressivos, que possibilita que qualquer um entre em contato com seu próprio universo interno, com aqueles que estão à sua volta e com o mundo (ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018); contribuindo, assim, para a minimização dos transtornos psicológicos, como o Transtorno de Ansiedade Social, como concordam 108 dos 120 discentes interrogados.

Nessa perspectiva, a ansiedade que surge em situações de interação social é usualmente acompanhada por sintomas somáticos agudos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008), como fora identificado pelos acadêmicos do UniFOA. Sendo assim, os pacientes podem relatar sinais e sintomas tais como palpitações, tremores, sudorese, náuseas e tensão muscular; os quais resultam num prejuízo da qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela Fobia Social (ASBAHR et al., 2008).

Finalmente, fundamentando-se na revisão bibliográfica da literatura acerca da Arteterapia e, isocronicamente, nos resultados obtidos por meio dos questionários, evidencia-se a relevância da Arteterapia no processo terapêutico da Fobia Social.

51 CONCLUSÃO

O trabalho em tela não se esgota em si mesmo, mas sim, por intervenção de seu desenvolvimento, fomentar novas reflexões acerca do projeto desta pesquisa e ainda, servir como polo científico e multiplicador de informações as quais possam se somar a tantos outros ajustes e que permitam a mediação na construção do processo terapêutico.

Dessa forma, o desígnio deste artigo é conceber como a Arteterapia, enquanto possível caminho no subsídio aos pacientes com Fobia Social, pode delinear o auxílio no processo terapêutico diante do transtorno. Nessa conjuntura, para apurar tal afirmação, foram realizados questionários conjuntamente com pesquisa de campo baseada em revisão bibliográfica histórica, desse modo, as informações confirmam a importância da Arteterapia como um método complementar no tratamento da Fobia Social.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003>. Acesso em: 16 out. 2017.
- ASBAHR, F. R. et al. **Terapia cognitivo-comportamental da fobia social**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a07v30s2.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.
- ASBAHR, F. R. et al. Transtornos de ansiedade ao longo da vida. In: MIGUEL, E. C.; FORLENZA, O. V. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. 1. ed. Barueri, SP, Brasil: Editora Manole, 2012. p. 337-362.
- AMERICAN ASSOCIATION OF ART THERAPY. **About Art Therapy**. Disponível em: <<https://arttherapy.org/about-art-therapy/>>. Acesso em: 23 maio 2017.
- ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Arteterapia**. Disponível em: <<http://aatesp.com.br/arteterapia.aspx>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- ASSOCIAÇÃO DE ARTETERAPIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Arteterapia**. Disponível em: <<http://aarj.com.br/site/a-arteterapia/>>. Acesso em: 18 maio 2017.
- BILBAO, G. G. L.; CURY, V. E. **O artista e sua arte: um estudo fenomenológico**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000100012&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2017.
- COQUEIRO, N. F.; FREITAS, M. M. C.; VIEIRA, F. R. R. **Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/22.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre, RS, Brasil: Editora Artmed, 2010.

KESSLER, R. C. et al. **Life time prevalence and age-of-on set distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>>. Acesso em: 18 out. 2017.

LAURENTI, R. et al. **Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil.** Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-002-0551-x>>. Acesso em: 18 out. 2017.

MALCHIODI, C. **The Art Therapy Sourcebook.** 2. ed. Lincolnwood, Illinois, Estados Unidos: Editora McGraw-Hill Education, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. ed. rev. São Paulo, SP, Brasil: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p.331-332.

REIS, A. C. **Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2017.

REIS, A. C. **A arte como dispositivo à recriação de si: uma prática em psicologia social baseada no fazer artístico.** Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/3386/3550>>. Acesso em: 21 out. 2017.

SCARPATO, A. T. **Uma Introdução à Psicoterapia.** Disponível em: <<http://psicoterapia.psc.br/mais/psicoterapia/introducao-psicoterapia/>>. Acesso em: 24 maio 2017.

SCHOCHOW, M.; STEGER, F. **Johann Christian Reil (1759-1813): Pioneer of Psychiatry, City Physician, and Advocate of Public Medical Care.** Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2013.13081151>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ARTE-TERAPIA. **Âmbito da Arte-Terapia do ponto de vista da SPAT.** Disponível em: <<http://arte-terapia.com/o-que-e-arte-terapia/>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

CAPÍTULO 6

ASSOCIATION BETWEEN HOSPITAL EMERGENCY HOSPITALIZATIONS AND ENDOCRINOLOGICAL DISEASES

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 26/04/2021

Juliana Olimpio Borelli

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto-SP
<http://lattes.cnpq.br/7343566805402674>

Nathayla Rossi Ferreira

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto-SP
<http://lattes.cnpq.br/9799749970823676>

Tamires do Carmo Cruz

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto-SP
<http://lattes.cnpq.br/2057180770003035>

Maria Lucia D'Arbo Alves

Universidade de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto-SP
<http://lattes.cnpq.br/2025437320201290>

RESUMO: O projeto foi realizado a partir do estudo dos casos de internações hospitalares por urgência relacionadas a doenças endocrinológicas, tomando por base os prontuários de pacientes da área de urgência do hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto no ano de 2017 e 2018. A partir da hipótese de que endocrinopatias se associam com uma prevalência maior de internações emergenciais do que outras doenças clínicas, o projeto procurou identificar as doenças mais relacionadas a esse assunto, suas manifestações

clínicas, exames laboratoriais e perfis sociais dos pacientes, como por exemplo, nos casos de hipoglicemia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar glicêmico, apoplexia hipofisária, hipertensão induzida por Mineralocorticoide, entre outras. Dos resultados obtidos com base nos acompanhamentos dos casos de internações por urgência relacionadas a doenças endocrinológicas, o projeto visa, a partir da comprovação de sua hipótese, mostrar a importância em ampliar conhecimentos na área de endocrinologia e urgência hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Endocrinológicas; Urgência; Internações Hospitalares; Conhecimento; Prontuários.

ABSTRACT: The project was carried out based on the study of cases of hospital admissions due to urgency related to endocrinological diseases, based on the medical records of patients in the emergency area of the Beneficência Portuguesa Hospital of Ribeirão Preto (related to Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP) in 2017 and 2018, before the starting of SARS-COVID 19 pandemic. Based on the hypothesis that endocrinopathies are associated with a higher prevalence of emergency admissions than other clinical diseases, the project sought to identify the diseases most related to this subject, their clinical manifestations, laboratory tests and social profiles of patients, such as, in cases of hypoglycemia, diabetic ketoacidosis, glycemically hyperosmolar state, pituitary apoplexy, mineralocorticoid-induced hypertension, among others. From the results obtained based on the follow-up of cases of hospitalizations for urgency

related to endocrinological diseases, the project aims, from the confirmation of its hypothesis, to show the importance of expanding knowledge in the area of endocrinology and hospital urgency.

KEYWORDS: Endocrinological diseases; Urgency Hospitalizations; Medical Assistance; Medical Records; SARS COVID 19 Pandemic.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o estresse excessivo e a correria do dia a dia, têm como consequências hábitos de vida inadequados. O estresse é oriundo da não adaptação do organismo ao que está acontecendo, fato que pode determinar o início de doenças endócrinas.

Os sistemas endócrino e nervoso regulam praticamente todas as funções homeostáticas e metabólicas do organismo, sendo os principais mecanismos pelo quais o organismo humano transmite informações entre diferentes células e tecidos. Através dessas mensagens transmitidas é que teremos a regulação das diversas funções corporais.

Considerando que as doenças endocrinológicas afetam a população como um todo, as situações de urgência nesse grupo de doenças são frequentes e muitas vezes, se associam a outras doenças clínicas.

As habitualidades de endocrinopatias na população acarretam maior necessidade de auxílio, tanto em informações aos pacientes com tais doenças, quanto na ampliação do seu conhecimento por médicos clínicos, quanto aos diagnósticos delas, bem como suas relações com outras doenças (1).

Nas situações de urgência relacionadas com doenças endocrinológicas, como hipoglicemia severa, cetoacidose diabética, estado hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico, crise tireotóxica, arritmia severa por hipertireoidismo descompensado, coma mixedematoso (hipotireoidismo severo), crise Addisoniana (insuficiência adrenal aguda), apoplexia hipofisária (hipopituitarismo), hipertensão arterial severa (CRISE) de origem mineralocorticoide e crise hiper ou hipocalêmica, observa-se uma piora do quadro clínico da doença de base que determinou uma descompensação sistêmica do organismo (2).

O diabetes é o conjunto de doenças metabólicas que provocam hiperglicemia por deficiência de insulina, podendo ser absoluta, por baixa produção, ou relativa devido à resistência à insulina. Envolve o metabolismo da glicose no organismo podendo se apresentado de várias maneiras. Os tipos mais frequentes são o 1 e o 2(3,4).

A falência das células beta no pâncreas caracteriza o TIPO 1, que acomete, com mais frequência, crianças e adolescentes.

O diabetes tipo 2, cuja carga genética é bem maior, ocorre principalmente, por resistência à ação da insulina, tendo a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes.

As demais formas de diabetes podem manifestar-se por lesões antômicas no

pâncreas, decorrentes de diversas agressões tóxicas, seja por infecções, compostos químicos, por herança genética, e ainda o diabetes gestacional.

Hipotireoidismo é o estado hipometabólico por produção insuficiente de hormônios tireoidianos sendo transitória ou definitiva. A forma mais frequente é a doença tireoidiana é primária e menos de 1% é de origem central, decorrente de doença da hipófise (baixa produção de TSH- Hormônio Estimulador da Tireoide) ou do hipotálamo [TRH- (Hormônio Liberador da Tirotrófina)- baixo](5,6,7,8,9).

Assim, distúrbios endocrinológicos, geralmente, não necessitam de hospitalizações emergenciais, mas podem ser ameaças silenciosas que acarretam em câncer, hipertensão arterial severa, arritmia severa por hipertireoidismo descompensado entre outros.

OBJETIVO

Esse projeto almejou estudar as situações de urgência relacionando-as com doenças endocrinológicas, como hipoglicemia severa, cetoacidose diabética, estado hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico, crise tireotóxica, arritmia severa por hipertireoidismo descompensado, coma mixedematoso (hipotireoidismo severo), crise Addisoniana (insuficiência adrenal aguda), apoplexia hipofisária (síndrome de Sheehan), hipertensão arterial severa (CRISE) de origem mineracorticóide e crise hiper ou hipocalêmica/calcêmica. O grupo investigado foi o dos pacientes que passaram na área de urgência do hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto ligado à Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP, com manifestações clínicas da área endocrinológica nos de 2017 e 2018, antes do reconhecimento da pandemia pelo SARS COVID 19 (10,11,12).

HIPÓTESE E JUSTIFICATIVA

Hipótese:

As endocrinopatias se associam com uma prevalência maior de internações emergenciais por outras doenças clínicas.

Justificativa:

O interesse por esse estudo surgiu mediante a habitualidade de doenças endócrinas na população, o que acarreta maior necessidade de auxílio, tanto em informações aos pacientes com tais doenças, quanto na ampliação do conhecimento por clínicos nodiagnóstico e tratamento dessas doenças e suas relações com outras.

Na contemporaneidade, o estresse excessivo e a correria do dia a dia, têm como consequências hábitos de vida inadequados. O estresse é oriundo da não adaptação do organismo ao que está acontecendo. Fato esse que pode determinar o início de doenças endócrinas.

Os sistemas endócrino e nervoso regulam praticamente todas as funções homeostáticas e metabólicas do organismo. Eles são o principal mecanismo pelo qual o corpo transmite informações entre diferentes células e tecidos. Através dessas informações transmitidas é que teremos a regulação das diversas funções corporais.

Doenças endócrinas são ameaças silenciosas que podem acarretar câncer, hipertensão arterial severa, arritmia severa por hipertireoidismo descompensado, entre outros.

Desse modo, as disfunções hormonais, necessitam de exames, avaliações e acompanhamentos constantes.

Assim, pode-se inferir que os distúrbios endócrinos geralmente não necessitam de hospitalização, mas podem levar a ela quando associados a sintomas graves, por outras doenças presentes, tais como dificuldade em respirar, dor no peito, dificuldade de pensar com clareza, depressão, astenia, fadiga entre outros.

Por tudo isso se deve exaltar a importância desse tema, uma vez que só hábitos de vida adequados podem promover a saúde global e a adaptação do indivíduo.

MATERIAIS, MÉTODOS E CASUÍSTICA

Para obter os resultados e respostas acerca da problematização apresentada neste trabalho, foi realizada a análise dos prontuários da área de urgência e emergência do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, hospital ligado à Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP.

Os prontuários foram divididos em dois grupos principais: pacientes portadores de endocrinopatias e pacientes NÃO portadores de endocrinopatias. Os pacientes portadores de endocrinopatia foram então analisados quanto ao tipo de doença endócrina, medicamentos em uso e forma de uso, motivo/ razão da internação (sinais e sintomas), diagnóstico recebido, tempo de internação e prognóstico.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

O estudo deste trabalho foi fundamentado em ideias e conceitos que apresentam significativa importância na definição e construção da análise: Clínica Médica, Epidemiologia, Urgência e Emergência e utilizadas fontes secundárias selecionadas, utilizando-se método conceitual-analítico de outros autores, em trabalhos semelhantes aos nossos objetivo.

O método de pesquisa escolhido favorece liberdade na análise de se mover por diversos caminhos do conhecimento, possibilitando assumir várias posições no decorrer do percurso, não obrigando atribuir uma resposta única e universal a respeito do tema.

As referências sobre a medicina, sob algumas características que serão apresentadas neste trabalho, não apresentam previsões irreversíveis, já que as possibilidades de análise são inúmeras quando se trata do avanço da ciência. Todos os prontuários de

pacientes que possuíam doenças endocrinológicas e que estiveram internados no Hospital Beneficência Portuguesa no período da pesquisa foram incluídos nesse trabalho. O projeto foi interrompido a pedido do Hospital e considerado concluído dada a concomitância com a pandemia de SARS COVID 19.

DESFECHO

O resultado esperado nesse estudo era que os pacientes descompensados e/ou que tivessem alguma endocrinopatia ficassem por um período mais longo de tempo internados dos que os não endocrinopatas, pois cursariam com mais complicações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 700 prontuários de pacientes internados na área de urgência e emergência do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, sendo 293 pacientes com endocrinopatias, destes 262 com diabetes mellitus, 21 com hipotireoidismo e 10 com as duas endocrinopatias (13,14,15,16).

Os pacientes endocrinopatas ficaram em média 10 dias internados, em comparação aos pacientes com outras patologias, que ficaram apenas 3 dias, demonstrando como tais doenças endócrinas interferem de maneira negativa nos distúrbios de base, prolongando o tempo de internação.

Nos pacientes com hipotireoidismo foi observado a predominância no sexo feminino e em brancos, condição que possui muita divergência na literatura variando quanto ao grupo populacional estudado (5,6,7). Sabe-se que sua principal causa é autoimune, na qual leva a destruição contínua pelas células TCD8+ e citocinas pró-inflamatórias presentes, prejudicando a função e estrutura das células tireoidianas, o que culmina na diminuição da produção de T4 e T3 e conseqüentemente ao hipotireoidismo, acompanhado de aumento de TSH. As causas mais comuns identificadas na internação emergencial foram os sintomas gastrointestinais, tais como constipação, melena, astenia e vômitos, hérnia estrangulada e hemorragia digestiva alta e baixa.

Manifestações Respiratórias tais como dispneia associada à queda de saturação, função prejudicada relacionada aos músculos respiratórios, apneia do sono, derrame pleural foram muito frequentes entre esses pacientes (30% deles). Alterações cardiovasculares como bradicardia, hipertensão (principalmente diastólica), edema periférico, contratilidade miocárdica e frequência de pulso reduzido, derrames pericárdicos (comuns em 30% dos pacientes) e extremidades frias(8,9). Outro sintoma comum frequente nesses pacientes foi a confusão mental súbita (20%).

Os sintomas respiratórios foram uma das principais causas de internação em pacientes com hipotireoidismo em ambos os sexos (90%). Há uma relação elevada da pressão final inspiratória e da pressão máxima transdiafragmática, uma debilidade do

diafragma (causado pela redução da miosina durante a contração muscular e alterações no nervo frênico) e uma hipoventilação alveolar, causando a maioria dos sintomas, porém, são situações reversíveis com o tratamento adequado do hipotireoidismo (7). Além disso, também podem estar associados com a Hipertensão Arterial Pulmonar, sendo a dispneia o primeiro sintoma em 90% das vezes, contudo o paciente também pode se queixar de fadiga, dor torácica, síncope, edema periférico e palpitações, o que demonstrou uma associação da literatura com o nosso estudo, visto que esses foram os principais sintomas dos pacientes com disfunção tireoidiana.

A constipação é uma das queixas mais comuns entre os pacientes com hipotireoidismo, causado pela alteração da função motora e por uma infiltração mixedematosa no tecido intestinal, explicado pela mesma causa da falha diafragmática, ou seja, alterações na codificação da miosina e alterações nervosas (falta de excitabilidade, fibrose e desmielinização dos nervos) e ela ocorreu em cerca de 90% dos nossos pacientes internados e estudados (5,6,7).

O hipotireoidismo é um fator de risco para doença e morte cardiovascular, motivo que a American College of Cardiology recomendou a mensuração dos hormônios tireoidianos durante o diagnóstico e manejo de insuficiência cardíaca (3). O hipotireoidismo pode tanto ser causa de insuficiência cardíaca (devido ao aumento da frequência e da contratilidade cardíaca), quanto ser afetado pela mesma. Cerca de 80% do T3 é derivado da conversão periférica do pró hormônio T4, através da catalização pela 5-monodeiodinase. Algumas doenças sistêmicas (IAM e IC) causam uma diminuição da atividade dessa enzima, diminuindo a concentração sérica de T3.

Portadores de IAM e IC apresentam, também, concentrações elevadas de IL-6 e TNF-alfa, o que afeta negativamente a produção de T3.

Nesse nosso estudo, encontramos associação entre diabetes e hipotireoidismo em cerca de 16% dos pacientes. Durante a descompensação do diabetes, há alterações do eixo hipotálamo-hipofise-tireoide, o que diminui os níveis circulantes de T3 e T4, também causando uma menor resposta hipofisária do TRH e disfunções na desalogenase hepática. No hipotireoidismo crônico, ocorre menor secreção de T3 livre, menor secreção de TSH ao estímulo de TRH, proporcional à elevação dos níveis glicêmicos.

Entre nossos paciente portadores de Diabetes Melito predominou a cor branca e o sexo masculino. Sua prevalência em menores de 40 anos foi baixa, se comparada à faixa de maiores de 40; principalmente maiores que 60 anos, evidenciando a influência da idade na prevalência dessa doença. Quanto mais idoso o paciente era, maior foi a chance de ser portador de Diabetes Melitotipo 2, e quanto maior o tempo de doença, maior o risco de o paciente apresentar complicações, com maior número de complicações e gravidade, incluindo internações hospitalares.

Doenças cardiovasculares foram as causas secundárias mais frequentes de internações entre os pacientes diabéticos. Diabetes Melito é um importante fator de risco

para internações, principalmente por se associar, frequentemente, a outros fatores de risco importantes para doença cardiovascular, como hipertensão e obesidade.

Doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito entre diabéticos, responsável por aproximadamente metade dos óbitos desses pacientes, na maioria dos países.

O Diabetes Mellito também apresenta importante influência no agravamento direto e indireto de outros sistemas do organismo, como no sistema músculo esquelético, digestório, cognitivo, saúde mental e se associar ao desenvolvimento de diversos tipos de câncer no corpo humano.

Amputações de membros inferiores foram eventos sentinela entre nossos pacientes hospitalizados. Esse risco é influenciado pelo controle de diversos fatores, tais como controle glicêmico, pressórico, associação com tabagismo. e depende da habilidade do sistema de saúde em rastrear riscos e estratificar, e tratar pés e úlceras de alto risco. A sistematização do atendimento ao portador da síndrome do pé diabético é mandatória (14,15,16,17). O diagnóstico precoce e a conscientização e orientação do paciente e seus familiares quanto às implicações desta complicação podem modificar a história natural da doença. São necessários cuidados que incluem desde orientações de auto-exame, como de rotinas de higiene diária, restrições ao caminhar descalço e orientações sobre calçados adequados. Os calçados especiais têm indicação preventiva nos casos de pé neuropático ou isquêmico, com fatores de risco para ulceração que, numa abordagem inicial, não demandam correção cirúrgica.

O controle metabólico do diabetes apenas com cuidado nutricional e exercício físico foi considerado uma das partes mais difíceis e de maior relevância para o manejo da glicemia, uma vez que evita complicações decorrentes da doença e previne outras em longo prazo. A ingestão de carboidratos na dieta da população, especialmente carboidratos simples, é significativa e predominante, alterando diretamente a glicemia e dificultando seu controle.

Evidências científicas (4) corroboram que uma intervenção nutricional possui grande impacto e quando associado a outras medidas intervencionistas favorece parâmetros metabólicos e clínicos para uma aderência maior e melhor ao tratamento.

A introdução de medicamentos de maneira precoce no tratamento de indivíduos com diabetes é indicada quando a glicemia é maior que 200mg/dl. Se glicemia maior que 300 mg/dl na presença de sinais e sintomas importantes de Diabestes, inicia se insulino terapia. Mas cabe salientar que com o tempo a maioria dos pacientes evolui para o uso de insulina devido ao curso natural da doença em que ocorre declínio progressivo da função da célula beta pancreática. No idoso, além da perda de função da célula beta, ocorre aumento da adiposidade central, com diminuição da massa magra e aumento da resistência à insulina. A resistência insulínica no idoso está relacionada, também, à redução do tecido muscular, podendo configurar sarcopenia, que eleva o risco de quedas e fraturas, eventos

cardiovasculares e perda da autossuficiência. A sarcopenia é três vezes mais frequente no indivíduo com diabetes. O risco de desenvolvê-la aumenta com o tempo de diagnóstico, com o mau controle glicêmico e com o sedentarismo, facilitando quedas e fraturas e, portanto, hospitalizações.

Na nossa prática clínica a melhor escolha terapêutica foi baseada na função pancreática existente. Aproximadamente 86% dos pacientes descompensados estavam sem medicação ou mudança de estilo de vida instituído como parte de seu tratamento, os demais estavam em uso irregular e/ou inadequado da medicação. Durante a hospitalização, os pacientes receberam insulinoterapia, que no momento da alta hospitalar foi readequada para a medicação prévia à internação.

Boa parte de todos os desfechos desfavoráveis podem ser reduzidos com práticas de educação e intervenção precoce no início das complicações. Tal dificuldade ocorre quando a circulação sanguínea é deficiente e os níveis de glicemia são mal controlados, o que reforça a necessidade de orientações, exames periódicos frequentes e anteparo de uma equipe multidisciplinar, evitando agravamento do quadro clínico e necessidade de internações hospitalares (10,11,12,17).

REFERÊNCIAS

1. Longo, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v.
2. Gomide MF, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. Medicina (Ribeirão Preto). 2012; 45(1): 31-8
3. Goldman L, Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 24ª Edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2014.
4. Princípios Básicos: avaliação, diagnóstico, e metas de tratamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes- Parte 1; 11-42; 2019-2020.
5. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013; 57 (4): 265-99.
6. Diez JJ, Gomez-Pan A, Iglesias P. Thyrotoxic crisis. Rev Clin Esp 1999; 199:294-301
7. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid 2012; 22(12): 1200-35.
8. Nickerson JF; Hill SR; Mcneil JH, Baker SB. Fatal myxedema, with or without coma. Ann Intern Med 53: 475- 493, 1960.
9. Rachid A; Caum LC; Trentini AP; Fischer CA; Antonelli DA, Hageman RP. Pericardial effusion with cardiac tamponade as a form of presentation of primary hypothyroidism. Arq Bras Cardiol 78:580-585, 2002

10. BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p.80. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/GERA_DCNT_NO_SUS.pdf
11. Gomide MF, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2012; 45(1): 31-8
12. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora AELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2003; 36: 498-515.
13. Tratamento Farmacológico do diabetes mellitus tipo 2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes- Parte 6-; 234-261; 2019-2020.
14. Avaliação e Manejo das complicações crônicas do diabetes mellitus Diretrizes da Sociedade brasileira de Diabetes. Parte 8; 289-369; 2019-2020.
15. Tratamento do diabetes mellitus associado a outras comorbidades. Diretrizes da Sociedade brasileira de Diabetes. Parte 9; 374-427; 2019-2020.
16. O paciente hospitalizado. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes. Parte 10; 437-463; 2019-2020.
17. Silva, BA, Correa TL, Ramos RC, Silva VSS, Dode MASO. Hospitalizações por Diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde: um panorama da última década. *Brazilian J Develop*; 30068-30073, 2021.

CAPÍTULO 7

BULLYING: UM PANORAMA GERAL SOBRE A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA ESCOLA E O PAPEL DA PSICOLOGIA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 18/04/2021

Maristela Spera Martins Melero

Docente do curso de Graduação em Psicologia
do Centro Universitário São Camilo
São Paulo-SP
<http://lattes.cnpq.br/6988083063992933>

Fernanda Galo

Graduada em Psicologia no Centro
Universitário São Camilo São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/1310159984634051>

Mariana Domingos Nunes

Graduada em Psicologia no Centro
Universitário São Camilo São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/0692598577015787>

RESUMO: O *bullying* tem se tornado cada vez mais frequente no ambiente escolar e é de responsabilidade dos educadores, pais e profissionais da saúde e da educação lançar seu olhar e cuidado sobre tal fenômeno. O *bullying* homofóbico é caracterizado por agressões físicas, verbais e sexuais com o teor homofóbico. Ou seja, as agressões estão sempre relacionadas com a identidade de gênero, orientação sexual e questões como estereótipos relacionados ao gênero. As agressões reforçam o comportamento heteronormativo e tudo que deriva dessa conduta é discriminado e passa a ser punido. Algumas consequências do *bullying* homofóbico são a baixa autoestima, isolamento, dificuldades de concentração, fobias relacionadas a escola,

tentativas de suicídio, depressão e o suicídio de fato. Um dos grandes problemas do *bullying* homofóbico e de gênero é que este é o tipo de *bullying* menos visível e menos reconhecido. A escola deveria ser um espaço de possibilidade de desconstrução dos padrões de discurso que produzem estereótipos e preconceito. A proposta de discussões e debates acerca dos padrões de gênero e sexualidade entre professores, alunos e pais pode gerar questionamentos acerca da naturalização de tais padrões e das consequências nefastas, como o *bullying* e todo tipo de violência. No contexto escolar, onde mais se faz presente o *bullying* homofóbico e de gênero, o papel que o psicólogo é de realizar trabalhos relacionados à prevenção da violência, possibilitar a escuta e as reflexões sobre o tema, sempre voltado para a generosidade, a tolerância e o respeito às diferenças.

PALAVRAS-CHAVE: *Bullying*. Homofobia. Gênero. Psicologia.

BULLYING: A GENERAL OVERVIEW ON GENDER VIOLENCE IN SCHOOL AND THE ROLE OF PSYCHOLOGY

ABSTRACT: Bullying has become increasingly frequent in the school environment and it is the responsibility of educators, parents and health and education professionals to cast their eyes and care on such a phenomenon. Homophobic bullying is characterized by physical, verbal and sexual aggressions with a homophobic content. In other words, aggressions are always related to gender identity, sexual orientation and issues such as gender-related stereotypes. The aggressions reinforce heteronormative

behavior and everything that derives from this conduct is discriminated against and starts to be punished. Some consequences of homophobic bullying are low self-esteem, isolation, concentration difficulties, school-related phobias, suicide attempts, depression and de facto suicide. One of the major problems of homophobic and gender bullying is that this is the type of bullying less visible and less recognized. The school should be a space for the possibility of deconstructing the patterns of discourse that produce stereotypes and prejudice. The proposal for discussions and debates about gender and sexuality patterns among teachers, students and parents can generate questions about the naturalization of such patterns and the harmful consequences, such as bullying and all types of violence. In the school context, where homophobic and gender bullying is more present, the psychologist's role is to carry out work related to the prevention of violence, to enable listening and reflections on the theme, always focused on generosity, tolerance and respect for differences.

KEYWORDS: Bullying. Homophobia. Gender. Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos temas mais divulgados pelas mídias é o *bullying* e com frequência há exibição de vídeos e noticiários que retratam o quão violentas são tais práticas. Recentemente, uma pesquisa feita pela Organização das Nações Unidas (ONU), afirma que 100 mil crianças e jovens de 18 países já sofreram algum tipo de bullying.

No Brasil, Ferreira e Passos (2009) entendem que as agressões caracterizadas como *bullying* vêm apresentando grande crescimento.

O *bullying* começou a ser estudado por volta de 1970, na Suécia. No Brasil, os estudos iniciaram-se na década de 1990, mas os debates e discussões tiveram início a partir de 2005 (LOPES, 2005).

Ao falar sobre tal temática, faz-se necessário pensar nas duas dimensões que a perpassam: a perspectiva da violência e a do sofrimento. Além disso, é preciso considerar que há pelo menos três tipos de personagens envolvidos, a saber, o agressor, a vítima e a testemunha.

De acordo com a pesquisa realizada em 2009 relacionada ao *bullying*, as agressões mais frequentes são referentes às questões associadas ao gênero e à orientação sexual. As outras temáticas que aparecem são a herança geracional, as questões étnico-raciais e a localidade. Aqueles que mais percebem a aparição do *bullying* são principalmente os educadores e a família.

Nota-se a importância de abordar tal assunto, já que o que pode ser considerado apenas uma brincadeira, pode ter consequências devastadoras na vida de todos os envolvidos e de seu entorno.

A relevância do tema, infelizmente se faz mais expressiva se pensarmos que o preconceito social ainda está grandemente presente e que o número de profissionais que atuam com tais demandas ainda é relativamente escasso.

Atualmente, com o aumento das denúncias, da visibilidade midiática e da conscientização de quem sofre e de suas famílias, há movimentos não só no Brasil, mas no mundo todo para discutir as questões, com a participação ativa de profissionais da psicologia.

2 | O QUE É O BULLYING?

O termo *bullying* é de origem inglesa, não havendo uma tradução literal para a língua portuguesa.

É considerado uma manifestação que preconiza atos de violência de ordem física ou verbal, as quais ocorrem intencionalmente diversas vezes contra uma ou mais vítimas. Tais manifestações causam dor, angústia, sofrimento e, os insultos geram intimidação, visto que costumam haver gozações e acusações que magoam, ridicularizam e infernizam a vida das vítimas. Vale lembrar ainda que essas situações podem levar também à exclusão da vítima dos grupos sociais. (FANTE, 2005)

Segundo Rolim (2008), o *bullying* também pode ser considerado uma subcategoria de comportamento de ordem agressiva, ou seja, perigoso, sendo muito comum entre crianças e adolescentes, tendo como resultado, algum tipo de desconforto. De acordo com Bandeira e Hutz (2012), a maior frequência dos episódios de *bullying* ocorre nas idades entre 9 a 15 anos.

Conforme os escritos de Esperon (2004), o *bullying* é constituído da seguinte forma: presença do desejo de ferir fisicamente ou emocionalmente uma ou mais pessoas; a ação agressiva; o nível desigual de força entre as partes (agressor *versus* vítima); a persistência da ação; a injustiça do poder; a evidência de prazer do agressor e, a sensação de opressão e intimidação da vítima.

É importante ressaltar que, as manifestações do *bullying* podem ser diretas, nas agressões físicas e verbais, ou indiretas, nas exclusões decorrentes das práticas desse fenômeno. (LISBOA, BRAGA E EBERT, 2009). Silva (2010) acrescenta as categorias de violência material, psicológica e moral, sexual, e virtual. As manifestações verbais são realizadas por meio de insultos, ofensas, gozações, atribuição de apelidos pejorativos. Já as de ordem física e material são aquelas em que há o comportamento de bater, chutar, espancar, roubar, destruir pertences ou atirar objetos na vítima. As manifestações psicológicas e morais são aquelas em que o agressor irrita, humilha, exclui, aterroriza, ameaça, persegue a vítima. Nas manifestações sexuais há abuso, assédio, insinuações dirigidas à vítima. E as manifestações virtuais são também conhecidas como *cyberbullying* e são aquelas que ocorrem no *cyberespaço*, com as redes sociais, podendo envolver o uso de informações obtidas em páginas pessoais ou correio eletrônico para intimidar ou prejudicar a vítima (MALLMANN; LISBOA; CALZA, 2018).

2.1 Personagens envolvidos nas práticas do Bullying

Existem alguns personagens que podemos encontrar no evento *bullying*, sendo elas: os agressores, a vítima e as testemunhas.

O agressor ou a vítima podem ser de qualquer faixa etária, desde crianças até idosos. Mesmo as crianças, como mencionado por Silva (2006), têm conhecimentos para atacar outras. O autor da agressão costuma ser popular, apresentar oscilações comportamentais, ser impulsivo, ver a agressividade como qualidade e, na maioria das vezes, é mais forte que a vítima, o que faz com que sinta satisfação em exercer dominação sobre o alvo. Além disso, os agressores também costumam apresentar aversão às normas e regras, não aceitam ser contrariados por não suportar a frustração. Em alguns casos, também se envolvem em atos infracionais da lei, como furtos, vandalismo, destruição do patrimônio público (LOPES NETO, 2005).

Em relação à família dos agressores, é comum que se tenha falta de empatia e, na maioria dos casos, são desestruturadas, com pais que não oferecem apoio adequado (ALMEIDA; CAMPOS, 2008)

Quanto às vítimas, para que a situação seja classificada como *bullying*, é necessário que o sujeito sofra no mínimo três a seis ataques durante um curto período de tempo. Sujeitos tidos como vítimas normalmente são inseguros, antissociais e apresentam baixa autoestima (FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009). Rolim (2008) aponta que normalmente os que sofrem as agressões são pessoas fortemente relacionadas com os pais ou outros entes familiares, o que leva a pensar numa espécie de relação de superproteção.

Visto que o *bullying* acontece com maior frequência no contexto escolar, as vítimas costumam apresentar receio de frequentar o local e, conforme explicitado por Santos e Grossi (2008), os alvos do *bullying* costumam ter demora em relatar as agressões que sofrem, e tal omissão pode ser consequência de vergonha ou medo de sofrer mais ofensas, de ser mais maltratado.

Olweus (1993) constatou no início de suas pesquisas que as crianças vitimadas costumam ser excluídas do contato social, passam a apresentar traços de inibições, percepção negativa de si e, por outro lado, também podem assumir uma postura provocativa, ou seja, ao sofrer alguma manifestação do *bullying*, responder de modo agressivo e reverter a situação causando a exclusão do agressor no grupo, tornando-se a vítima, também um agressor.

Com frequência as famílias das vítimas que se tornam agressoras possuem relação de pouco acolhimento, com disciplina contraditória (ROLIM, 2008). O comportamento agressivo pode ser visto como um processo que envolve diversos fatores, como o indivíduo, o ambiente físico, social e cultural, emergindo de uma interação social. Diz-se que uma criança não “é” agressiva, mas “está”, sendo importante retirar os estigmas e preconceitos que tal denominação pode provocar (LISBOA, 2005 apud BANDEIRA; HUTZ, 2012).

Há outra classificação de indivíduos que não são vítimas, não são agressores e nem vítimas-agressores, são os personagens testemunhos ou espectadores. São aqueles que presenciam as agressões, mas não sentem o sofrimento diretamente e nem praticam os atos contra outras pessoas (FANTE, 2005).

Segundo Silva (2010), há três tipos de espectadores: passivos, ativos e neutros. Os passivos não apoiam e até se afastam das ações do *bullying*, mas não tomam nenhuma atitude para defender a vítima, tendendo a sofrer efeitos psíquicos devido a sua frágil estrutura psíquica. Os espectadores ativos, assim como os passivos, não participam das agressões, mas manifestam apoio moral aos agressores, de modo a incentivar e até se divertir com o que assistem. Já os espectadores neutros não demonstram qualquer sensibilidade com relação às situações de *bullying* que presenciam.

Os defensores ou testemunhas são aqueles que buscam proteger a vítima e costumam chamar um adulto ou outra pessoa para interromper as agressões. Quanto à família destes, costumam haver relações coesas em que não há punição ou negligência, ou seja, não apresentam no contexto familiar, influências negativas (ROLIM, 2008).

2.2 Consequências do *Bullying*

Por vezes, a prática do *bullying* passa despercebida ou é até mesmo considerada uma brincadeira, porém, é importante entender que na verdade essas práticas podem acarretar consequências a todos os personagens envolvidos: agressores, vítimas, vítimas-agressoras e testemunhas.

As consequências podem aparecer conforme as manifestações das práticas, ou seja, podem ocorrer em curto ou longo prazo. Segundo Almeida, Silva e Campos (2008), os efeitos de curto prazo são relacionados a distúrbios de ordem física ou patológica, queixas como cefaleia, dor abdominal, dores de garganta, náuseas e vômitos, enurese, distúrbios escolares, tristeza e insônia. E as consequências de longo prazo podem se relacionar com comportamentos violentos e até mesmo presença de atos criminais na adultez.

Os personagens agressores podem sentir as consequências no sentido de não conseguir suportar as situações conflituosas, utilizando-se de métodos violentos para conseguir o que almejam. Além disso, na vida adulta podem ter dificuldades para estabelecer relacionamentos conjugais, familiares ou empregatícios saudáveis.

No contexto escolar, Fante (2005) menciona que os alunos praticantes do *bullying* costumam apresentar-se com rendimento regular ou deficitário e grande parte dos alunos agressores sofrem da Síndrome de Maus-tratos Repetidos (SMAR), uma doença psicossocial ocasionada por sofrimento de maus tratos no contexto familiar ou outros, acarretando à necessidade do maltratado de também maltratar, ou seja, fazer com que o outro se sinta inferior para que tenha a chance de se sentir superior.

Para as vítimas, as consequências podem ter gravidade maior ou igual aos efeitos do agressor. Rolim (2008) aponta que os efeitos negativos de curto prazo já mencionados

anteriormente são muito mais em relação às vítimas do que os agressores e, além disso, também podem fazer com que o sujeito fique com baixa autoestima, baixa confiança em terceiros, sentimento de solidão e ansiedade. Em longo prazo, o autor refere possível gagueira, agressividade, sensações paranoicas, vitimização no contexto de trabalho, comportamentos delinquentes, uso de drogas e uma maior propensão ao suicídio.

Quanto aos efeitos de ordem psicológica da prática do *bullying*, Silva (2010) destaca o desenvolvimento de transtorno de pânico (medo intenso sem razão aparente, com ansiedade e sintomas de ordem física, como taquicardia, boca seca e dilatação da pupila), fobia escolar (medo exagerado de frequentar o ambiente escolar, o que pode ter como consequência a repetição do ano letivo devido à abstenção, problemas de aprendizagem), fobia social (ansiedade exagerada e persistente e medo de ser o centro das atenções ou de ser julgado de forma negativa), anorexia nervosa (pavor inexplicável por ganho de peso, com distorção da imagem corporal e medo de julgamentos e brincadeiras de terceiros), bulimia nervosa (ingestão compulsiva de alimentos seguida de métodos compensatórios, decorrente de sentimentos de culpa por julgamentos) e transtorno obsessivo-compulsivo (pensamentos negativos de ordem intrusiva e recorrente, com presença de intensa ansiedade e sofrimento, podendo culminar em comportamentos ritualísticos e compulsivos).

As vítimas-agressoras também sofrem consequências como sintomas depressivos, queixas físicas e de sofrimento psicológico, consumo de drogas mais elevado do que nos grupos de vítimas. Já os espectadores sentem a consequência devido à tendência de desenvolver traumas psicológicos, visto que por vezes, o sujeito gostaria de denunciar a agressão, mas tem medo de sofrer represálias e se tornarem alvo. (SILVA; VINHA, 2011).

2.3 Agressão relacionada ao Gênero

A heteronormatividade e os estereótipos de gênero reforçam tal tipo de agressão de gênero, assim como a postura adotada entre os gêneros. Meninos são reforçados a serem agressivos, sofrendo ou não algum tipo de ameaça. Meninas não tidas como responsáveis pelo cuidado e incentivadas a manifestar delicadeza e doçura. (MATTOS; JEAGER, 2015).

É comum que as agressões feitas por meninos sejam geralmente físicas. A ameaça verbal é comum em ambos os gêneros. As agressões no universo feminino são feitas de forma indireta através de fofocas, criação de apelidos e a exclusão de grupos.

Outra diferença entre gêneros é a postura frente à agressão: habitualmente os meninos estão com o papel de agressores, as meninas são mais empáticas com as questões da vítima, podendo em outros momentos ocupar o papel de vítima-agressor.

Além disso, as meninas que são vítimas-agressoras costumam apresentar baixa autoestima inferior aos meninos. As meninas apresentam autoestima mais alta que as vítimas-agressoras e os meninos que mais apresentam baixa autoestima são os que se enquadram nas vítimas. (BANDEIRA; HUTZ, 2012)

3 | HOMOFOBIA

A homofobia é uma forma de discriminação relacionada à orientação sexual. Envolve sempre estereótipos e comportamentos agressivos como: ameaças, xingamentos (ANTÔNIO et al, 2012).

Em nossa sociedade, os sujeitos com orientação homossexual têm sido expostos de forma preconceituosa e, segundo Pena (2012), após meio século da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) ainda tem muito a lutar, visto que a cada dois dias, um homossexual é brutalmente assassinado no Brasil, vítima de homofobia.

O conselho Federal de Psicologia em sua cartilha “Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos” entende que a homofobia pode aparecer em diversos locais como: trabalho, escola, igreja, serviços de saúde, na rua, entre outros, com atos de preconceito e a discriminação contra pessoas LGBT. Isso é notório por aparecer diversas vezes nos noticiários e nas diversas mídias.

Dessa forma, devemos entender que a homossexualidade não é uma doença e, perante a lei, somos todos iguais e desfrutamos dos mesmos direitos e deveres. Um ato homofóbico ou de violência de gênero pode gerar danos psíquicos e até mesmo físicos (agressões). O bullying homofóbico e de gênero é um preconceito desumano.

4 | BULLYING HOMOFÓBICO E DE GÊNERO

Esse tipo de *bullying* é caracterizado agressões físicas, verbais e sexuais com o teor homofóbico. Ou seja, as agressões estão sempre relacionadas com a identidade de gênero, orientação sexual e questões como estereótipos relacionados ao gênero.

As agressões reforçam o comportamento heteronormativo e tudo que deriva dessa conduta é discriminado e passa a ser punido. Vale então ressaltar que as vítimas do *bullying* homofóbico podem ser heterossexuais ou fazer parte do grupo LGBT.

Existem dois tipos de *bullying* homofóbico. O primeiro deles é aquele relacionado a condutas heteronormativas, não preocupadas com orientação sexual ou gênero da vítima, fortemente voltadas para as expectativas referentes ao papel do gênero. Meninos são condenados por traços ou trejeitos considerados afeminados, meninas por comportamentos considerados próprios do mundo masculino, etc. O segundo tipo de *bullying* homofóbico é aquele realmente relacionado ao grupo LGBT. Envolve a não aceitação das diferenças de manifestação da sexualidade e de gênero, tendo a heteronormatividade como padrão de normalidade.

Para citar somente algumas consequências do *bullying* homofóbico, temos a baixa autoestima, isolamento, dificuldades de concentração, fobias relacionadas a escola, tentativas de suicídio, depressão e o suicídio de fato (ANTÔNIO et al, 2012). Um dos grandes problemas é que este é o tipo de *bullying* menos visível e menos reconhecido,

segundo Pereira, Varela e Silveira (2016).

4.1 Entendendo o contexto do *bullying* homofóbico e de gênero

Segundo o Conselho Regional de Psicologia (2011), no Brasil, após a ditadura militar, surgiram movimentos que passaram a ganhar visibilidade. Em 1970, o movimento feminista começa a ser visto e, na segunda metade desta década, surgiram as primeiras organizações do Movimento Negro Unificado e do Movimento Homossexual.

Em 2008, o CRP-SP aprovou a criação do Grupo de Trabalho Psicologia e Questões LGBTQI, o qual teve por finalidade a aproximação de novas discussões sobre Diversidade Sexual na sociedade brasileira. O grupo passou a aprofundar conhecimentos teóricos e práticos psicológicos que rodeavam a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e dialogar com os movimentos já existentes.

Um dos principais locais que esse tipo de *bullying* aparece é na sala de aula. A escola é um dos espaços de desenvolvimento psicossocial e condutas sociais são reproduzidas nesse meio.

Santos, Silva e Menezes (2017) entendem que a escola também é um espaço regulatório e normativo. É nesse contexto que aparece a criação do cidadão perfeito com diversos padrões instituídos referentes ao corpo e gênero, muito relacionadas a magreza, saúde e padrões heteronormativos. É neste âmbito que começa a negligência de uma escuta e reflexões propostas referentes principalmente à questão do gênero, identidade e diversidade sexual. Tais fatores favorecem o aparecimento da discriminação e da violência relacionados a tudo que se desvia de tais padrões instituídos e reproduzidos pelos discursos dominantes.

A escola deveria ser um espaço de possibilidade de desconstrução dos padrões de discurso que produzem estereótipos e preconceito. A proposta de discussões e debates acerca dos padrões de gênero e sexualidade entre professores, alunos e pais pode gerar questionamentos acerca da naturalização de tais padrões e das consequências nefastas, como o *bullying* e todo tipo de violência.

O que precisa ser entendido é que a sociedade em que vivemos ainda tem a presença da heteronormatividade, da superioridade do homem sobre a mulher e todos os gêneros. Aquele que é valorizado no inconsciente de sociedade é o homem, branco, de classe social alta e hétero. Qualquer indivíduo que destoa desse padrão irá sofrer algum tipo de preconceito ou consequência. Tais concepções chegam ao âmbito escolar e se reproduzem, produzindo exclusão e sofrimento.

5 | PAPEL DO PSICÓLOGO NO *BULLYING* HOMOFÓBICO E DE GÊNERO

De acordo com Reis (2012), a homossexualidade era tida como doença até grande parte do século XX, e isso traz consequências até hoje por algumas pessoas e grupos considerarem que a homossexualidade é uma opção, doença e que pode haver a cura.

Durante o início de 2017, houve rumores da disseminação da prática de “cura gay” por psicólogos e profissionais da área da saúde.

Koehler (2013) afirma que em 1999 o Conselho Federal de Psicologia já manifestava sua posição em relação à homossexualidade, entendendo que não é uma escolha, assim como a heterossexualidade, e que não há relação com doença, distúrbio ou uma perversão. Sendo assim, ficou instituído que nenhum psicólogo deverá realizar nenhuma ação que favoreça a homofobia e nem eventos que se relacionem com a “cura gay”.

Então qual seria o papel do psicólogo na atuação com o *bullying* homofóbico e de gênero ou com qualquer tipo de homofobia? Precisamos entender que, a formação do psicólogo mudou, não é mais voltada somente para intervir em consultórios em demandas individuais. Deve mais do que nunca analisar de forma crítica as mudanças sociais, levando em conta a psicologia contextualizada socialmente para que legitime e seja empática com o sofrimento do sujeito (SOARES; MASSARO; CAMPANINI, 2010).

É de suma importância que o psicólogo atue com o sujeito e seu sofrimento, independente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, mantendo sempre a ética, compreendendo as questões sociais e de diversidade que assolam a sociedade.

No contexto escolar, onde mais se faz presente o *bullying* homofóbico e de gênero, o papel que o psicólogo é de realizar trabalhos relacionados à prevenção da violência, possibilitar a escuta e as reflexões sobre o tema, sempre voltado para a generosidade, a tolerância e o respeito às diferenças (FREIRE; AIRES, 2012).

Assim, podemos entender que a psicologia como área do conhecimento e com seu crescente papel social, deve praticar ações contra a homofobia e a violência de gênero no âmbito escolar, sendo através de palestras para o público, encontros com rodas de conversas ou mesmo auxiliando na elaboração de cartilhas. Também é preciso lembrar do papel do poder público e das políticas públicas que devem ser voltadas à proteção da população LGBT e contra a violência de gênero e a homofobia (REIS, 2012). Todo o cidadão deve ser agente da mudança no sentido de cobrar seus governantes por tais ações e proliferar discursos de tolerância e igualdade de direitos.

REFERÊNCIAS

Almeida, K. L, Silva, A. C, Campos, J. S. (2008). **A importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão de literatura.** Revista de Pediatria, 9 (1), 8-16.

ANTONIO, R. et al. (2012) **Bullying homofóbico no contexto escolar em Portugal.** Psicologia, Lisboa, v.26, n. 1, p.17-32. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2018.

BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. (2012) **Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros.** Psicol. Esc. Educ., Maringá, v. 16, n. 1, p. 35-44, Jun. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Abril 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100004>

Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos** - Brasília: CFP, 2011.

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). **Psicologia e diversidade sexual.**/ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2011.

ESPERON, P.S.M. (2004) "**Bullying**" - **Comportamento agressivo entre colegas no ambiente escolar.** Revista Pediatría Moderna. São Paulo, v. XL, n.2, p.69-76, mar/abr.

FANTE, C. (2005). **Fenômeno Bullying: como prevenir a violência e educar para a paz.** Campinas: Verus Editora.

FRANCISCO, M. V.; LIBORIO, R. M. C. (2009) **Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 200-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Abril. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000200005>.

FREIRE, A. N.; AIRES, J. S. (2012) **A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do Bullying.** Psicol. Esc. Educ., Maringá, v. 16, n. 1, p. 55-60, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Maio 2018.

GLOBO.COM. Bullying motivou 87% de ataques em escolas, diz estudo dos EUA: Pesquisa analisou 66 ataques no mundo de 1955 a 2011. Psiquiatra norte-americano diz que não há perfil para assassino nas escolas. 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/educacao/noticia/2011/04/bullying-motivou-87-de-ataques-em-escolas-diz-estudo-dos-eua.html>>. Acesso em: 03 maio 2018.

KOEHLER, S. M. F. (2013) **Homofobia, cultura e violências:: a desinformação social.** Interacções, Campo Grande, v. 26, n. , p.129-151. Semestral.

LOPES NETO, A. A. (2005). **Bullying - comportamento agressivo entre estudantes.** Jornal de Pediatría, n. 81, v.5. p. 164-172.

MALLMANN, C. L. ; LISBOA, C. S. M. ; CALZA, T. Z. (2018) **Cyberbullying e estratégias de coping em adolescentes do sul do Brasil.** ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGIA, v. 21, p. 13-22.

MATTOS, M. Z.; JAEGER, A. A. (2015) **Bullying e as relações de gênero presentes na escola.** Movimento (ESEFID/UFRGS), Porto Alegre, p. 349-361, fev. 2015. ISSN 1982-8918. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/48001/36359>>. Acesso em: 10 maio 2018.

OLWEUS, D. (1993). **Bullying at school: What we know and what we can do.** London, Lackwell, 140 p.

PENA, L. O. et al. **Homofobia.** (2012) Psicologia.pt, Viçosa, p.1-12, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0321.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2018.

PEREIRA, G. R.; VARELA, C.; SILVEIRA, G. P. (2016) **O fenômeno do bullying homofóbico nas instituições de ensino: O direito à igualdade sexual e o princípio da dignidade da pessoa humana.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação; v. 10, n. esp, p. 1489-1503.

ROLIM, M. (2008). **Bullying: o pesadelo da escola - um estudo de caso e notas sobre o que fazer. Dissertação de Mestrado.** Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SANTOS, A. M.; GROSSI, P. K. (2008) **Fenômeno bullying: desvendando esta violência nas escolas públicas de Porto Alegre.** Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 286-301. jul./dez. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/4827/3633>>. Acesso em: 18 Abril 2021.

SANTOS, H. M.; SILVA, S. M.; MENEZES, I. (2017) **Para uma visão complexa do bullying homofóbico: Desocultando o cotidiano da homofobia nas escolas.** Ex aequo, Lisboa, n. 36, p. 117-131, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602017000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2018.

Silva, M. V., Vinha, T. P. (2011). **Bullying na escola: uma reflexão sobre suas características.** II COPPEM - Congresso de Pesquisas em Psicologia e Educação Moral: Conflitos nas instituições educativas: perigo ou oportunidade? 1, 711-733, Campinas, SP, Brasil.

Silva, A. B. B. (2010) **Bullying: mentes perigosas nas escolas.** Rio de Janeiro: Objetiva.

SOARES, A; MASSARO, A; CAMPANINI, K. (2010) **O papel do Psicólogo junto ao movimento LGBTTT.** Londrina-PR, jun 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/4.Karluzecia.pdf>>. Acesso em: 20 set.2013.

REIS, T. **Psicologia e a questão da violência nas escolas.** In: 2ª MOSTRA NACIONAL DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA, São Paulo-SP, 21/09/2012. Disponível em: <http://www.tonireis.com.br/wp-content/uploads/2014/06/psicologia-violencia-nas-escolas.pdf>. Acesso em: 10 Maio 2018

WENDT, G. W.; CAMPOS, D. M.; LISBOA, C. S. M. (2010) **Agressão entre pares e vitimização no contexto escolar: bullying, cyberbullying e os desafios para a educação contemporânea.** Cad. psicopedag., São Paulo, v. 8, n. 14, p. 41-52. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2018.

CAPÍTULO 8

CARACTERIZAÇÃO DA PROFUNDIDADE E A SUA EFICÁCIA NA AÇÃO OFENSIVA NOS JOGOS DE GOALBALL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 10/04/2021

Altemir Trapp

Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas PUC/PR. Analista de desempenho da Seleção Brasileira Masculina de Goalball – Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV)
Santos – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/0332248076350094>

Alessandro Tosim

Doutor em Educação Física, FEF - UNICAMP, Técnico da Seleção Brasileira Masculina de Goalball – Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV)
Jundiaí – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7267539466641660>

Diego Colletes

Graduado em Educação Física, FEF - UNICAMP, Auxiliar Técnico e Preparador Físico da Seleção Brasileira Masculina de Goalball – Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV)
Mogi das Cruzes – São Paulo

Paulo Cesar Montagner

Doutor em Educação Física, Professor Livre Docente do Departamento de Ciências do Esporte (DCE), Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (FEF -UNICAMP) Campinas – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5260809428528760>

Joao Paulo Borim

Doutor em Educação Física, Professor Livre Docente do Departamento de Ciências do Esporte (DCE), Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (FEF -UNICAMP)
Campinas – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4831980080200951>

RESUMO: Introdução: O goalball é uma modalidade esportiva coletiva desenvolvida especificamente para deficientes visuais. Por se tratar de um esporte de alto rendimento, está em constante evolução aonde novos processos metodológicos para treinamento e medição de desempenho podem influenciar diretamente na obtenção de bons resultados. **Objetivo:** O estudo tem como objetivos: (1) caracterizar o conceito de profundidade aplicado ao goalball, (2) avaliar a sua eficácia na realização dos gols na elite na modalidade, (3) conhecer quais as ações que mais frequentemente resultam em gols e, conseqüentemente, (4) utilizar essas informações para formular um conjunto de sugestões úteis para o processo de treino e competição. **Método:** Como procedimentos metodológicos da presente proposta utilizamos como método a observação sistemática não participante do contexto de jogo. A amostra foi constituída de 20 partidas, durante os dois principais eventos da modalidade, sendo os jogos Paralímpicos do Rio 2016 e do Campeonato Mundial de 2018 na cidade de Malmo na Suécia com um (n=228) gols. **Resultados:** Pela observação dos dados é possível verificar que o setor de maior eficácia

relativa para as duas categorias foi a linha ofensiva de Profundidade C (8,6%), seguido pela linha B (7,4%). No que respeita à zona de alvo, a zona 3 representa uma zona de maior eficácia relativa (15,8%), seguida dos alvos das extremidades de trave 1 (15,5%) e 5 (12,3%). **Conclusão:** Concluímos que a ação da bola de profundidade no goalball pode ser um recurso determinante para a obtenção de êxito ofensivo e para desenvolvimento de novas metodologias táticas para a modalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Desporto paralímpico; Desportos coletivos, Goalball e Análise de desempenho.

ABSTRACT: Introduction: Goalball is a collective sport developed specifically for the visually impaired. As it is a high performance sport, it is constantly evolving where new methodological processes for training and performance performance can direct directly to obtain good results.

Objective: The study has as objectives: (1) to characterize the concept of depth applied to goalball, (2) to evaluate its effectiveness in the achievement of goals in the elite in the modality, (3) to know which actions most often result in goals and, consequently, (4) use this information to formulate a set of useful suggestions for the training and competition process.

Methodology: As methodological procedures of this proposal we use as a method of scientific approach the systematic observation not participating in the game context. The sample consisted of 20 matches, during the two main events of the modality, being the Paralympic Games of Rio 2016 and the 2018 World Championship in the city of Malmo in Sweden with one (n = 228) goals. **Results:** By observing the data, it is possible to verify that the sector with the greatest relative effectiveness for both categories was the offensive line of Depth C (8.6%), followed by line B (7.4%). With regard to the target zone, zone 3 represents a zone of greater relative effectiveness (15.8%), followed by the targets at the ends of beam 1 (15.5%) and 5 (12.3%). **Conclusion:** We conclude that the action of the depth ball in goalball can be a decisive resource for obtaining offensive success and for the development of new tactical methodologies for the sport.

KEYWORDS: Paralympic sport; Team sports, Goalball and Performance analysis.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O goalball é uma modalidade esportiva coletiva desenvolvida especificamente para deficientes visuais (CBDV; IBSA, 2020). Esta modalidade faz parte do programa oficial de esportes do Comitê Paralímpico Internacional (IPC) e, por se tratar de um esporte de alto rendimento, está em constante evolução aonde novos processos metodológicos para treinamento e medição de desempenho podem influenciar diretamente na obtenção de bons resultados (AMORIM *et al.*, 2010; MOLIK *et al.*, 2015; TOSIM, 2021).

A interação entre os jogadores das duas equipes e as estratégias táticas fazem com que o goalball apresente grande variedade de fatores que interferem no resultado da partida. Dentro desse sistema de jogo, a efetivação do arremesso é elemento fundamental durante a ação ofensiva e sua eficiência tem grande impacto no resultado do jogo. O arremesso no goalball é composto por movimentos acíclicos de ação curta e com alta intensidade, realizados em três estilos: frontal, giro e entre as pernas. Relacionado ao tipo

de bola temos o arremesso de bola lisa, picada e com efeito e classificado em trajetórias: paralela, diagonal longa, diagonal curta, diagonal média, diagonal extrema (AMORIM et al., 2010; KORNEV e PRAVDOV, 2017; MOLIK *et al.*, 2015; MORATO *et al.*, 2016).

Nos estudos que analisaram as características ofensivas na modalidade, autores sugerem a divisão das áreas de orientação da quadra em setores no eixo horizontal (AMORIM, CORREDEIRA, *et al.*, 2010; MORATO *et al.*, 2012). Nesse sentido, as utilizações dos setores servem para a elaboração da estratégia pedagógica bem como para ampliar os recursos táticos de jogo em equipes de alto rendimento, configurando e preparando as suas estratégias de acordo com as referências de setorização em pontos de origem (primeiro contato da bola na área de orientação da equipe), para o setor de alvo (local de chegada da bola na área da equipe adversária) (MAGALHÃES, 2015). Assim, o número de setores em que se divide não está determinado na literatura, sendo adotado de acordo com a filosofia de trabalho de cada equipe.

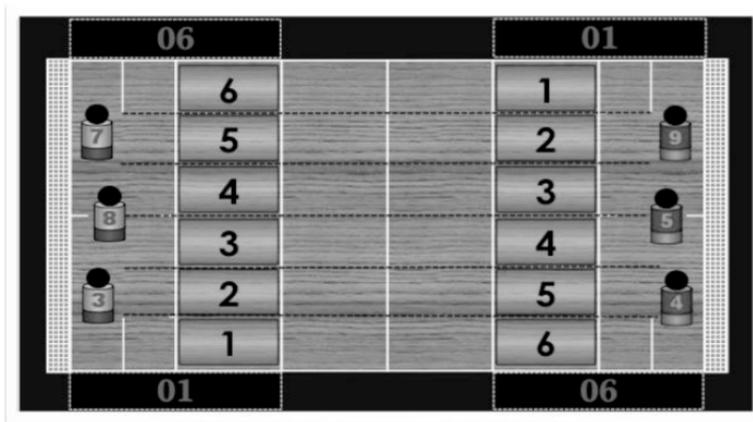


Figura 1: Divisão Setorial (amplitude) da Quadra de Goalball.

Fonte: Morato (2012).

As investigações a respeito da análise de desempenho na modalidade não apontaram conclusões acerca da utilização da Profundidade como estratégia ofensiva, visto que este é um fator utilizado em muitos desportos coletivos de alto performance como o futebol e o voleibol. A profundidade pode ser determinada pela distância entre as linhas mais recuadas e mais avançadas da equipe que está com o controle da bola (LEITÃO, 2009). Para o goalball, a profundidade é a distância entre a linhas do gol até o limite da área de ataque, proporcionando diferentes pontos para a soltura da bola, gerando dificuldades aos defensores para identificação da trajetória da bola e na reação do contato defensivo. Entretanto, a literatura não apresenta a utilização do recurso da profundidade aplicada no desenvolvimento da construção ofensiva na modalidade.

Durante a realização dos jogos Paraolímpicos de Pequim em 2008, a equipe masculina da China apresentou na competição com dois atacantes que trouxeram em seu repertório as bolas picadas, sendo realizadas muitas vezes antes da linha dos três metros. Na ocasião não havia ainda muito conhecimento para este tipo de arremesso, o que dificultou muito para os sistemas defensivos dos adversários. Naquela grande competição a China sagrou-se campeã paralímpica.

A bola de profundidade aparece no cenário através da seleção Chinesa, como uma das grandes inovações da história esportiva do goalball, já que anteriormente a ela, a parte ofensiva do jogo era basicamente realizado com bolas lisas (rasteiras) e utilizando a área de seis metros para a efetivação dos arremessos, acontecendo muito próximo da linha do high ball (TOSIM, 2021). Diante desta situação, os grandes atacantes da modalidade eram caracterizados pela potência gerada em seus arremessos, e os mais preparados fisicamente conseguiam imprimir um ritmo intenso do início ao final da partida, sempre com bolas muito velozes e alvos variados.

Desta forma, este estudo tem como objetivos: (1) caracterizar o conceito de profundidade aplicado ao goalball, (2) avaliar a sua eficácia na realização dos gols na elite na modalidade, (3) conhecer quais as ações que mais frequentemente resultam em gols e, conseqüentemente, (4) utilizar essas informações para formular um conjunto de sugestões úteis para o processo de treino e competição.

MATERIAIS E MÉTODOS

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como procedimentos metodológicos da presente proposta utilizamos como método de abordagem científica a observação sistemática não participante do contexto de jogo (ANGUERA, 1999; ANGUERA *et al.*, 2000; HERNÁNDEZ MENDO, 1999; SUÁREZ, ANGUERA, 1999). Tal método, com significativa utilização na análise de desempenho consiste, a partir das coletas obtidas nas filmagens, na observação posterior das partidas e dos jogos a serem analisados e interpretados de acordo com os propósitos específicos de cada investigação, delineados pela concepção do observador sobre o jogo observado (GARGANTA, 2008).

Fundamentado na setorização de quadra apresentada por Amorim, Corredeira, et al., 2010; Morato et al., 2012, e com a intenção de caracterizar o conceito da profundidade, desenvolvemos o diagrama das linhas ofensivas de Profundidade, como ponto inicial a linha do gol da área de orientação e término na linha limite para o arremesso, totalizando 6 metros, sendo este determinado pelo primeiro contato da bola com o solo, dividindo em 4 faixas de 1,5m, classificando em ordem alfabética como Linhas Ofensivas de Profundidade: A (1,5m); B (3m); C (4,5m) e D (6m), conforme apresentado abaixo:

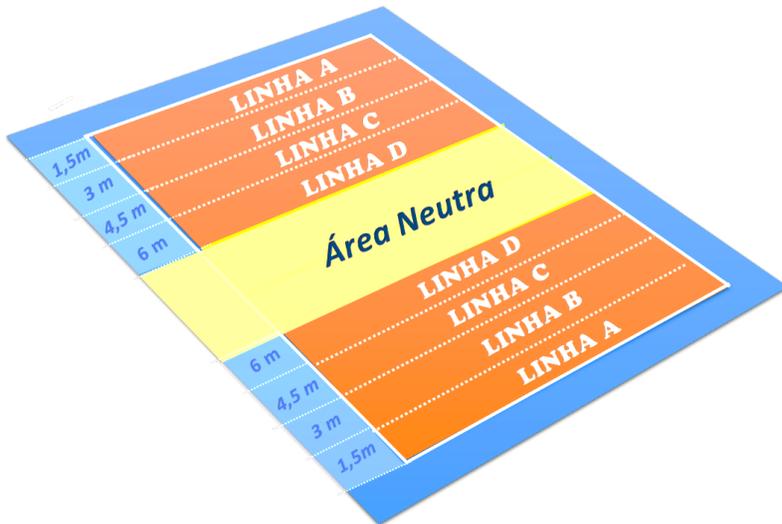


Figura 2: Diagrama dos setores da Quadra das linhas ofensivas de Profundidade.

Fonte: Autores (2014).

Em sequência, foi elaborado um diagrama setorial apresentando a interação entre os sistemas de orientação geométrica em quadra das linhas ofensivas X (Profundidade, constituído de 4 linhas) e referente aos setores de origem e alvo correspondente a metodologia setorial exportada por Morato (2012) ao eixo Y (Amplitude), constituindo 6 zonas para a definição identificação das trajetórias, conforme apresentado na Figura 3:

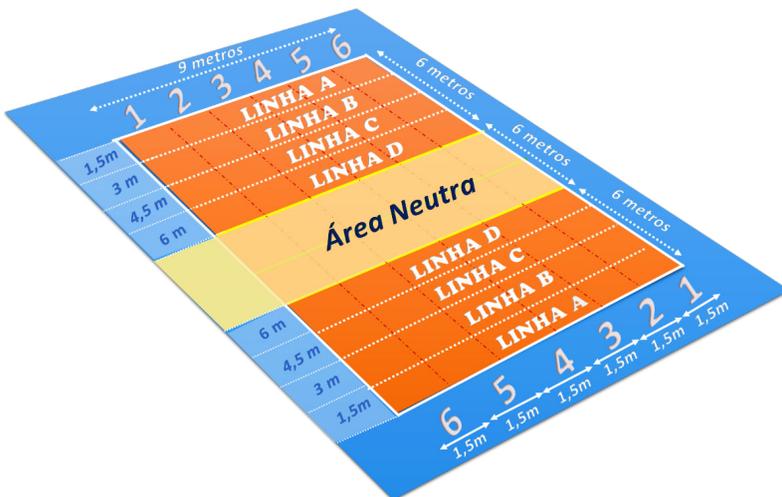


Figura 3. Representação do diagrama de interação setorial do goalball entre os eixos de Profundidade (X) e Amplitude (Y).

Fonte: Autores (2021)

AMOSTRA

Com o intuito de evidenciar a eficácia da Profundidade para o êxito ofensivo da modalidade, a amostra foi constituída de 20 partidas, durante os dois principais eventos da modalidade, sendo os jogos Paralímpicos do Rio 2016 e do Campeonato Mundial de 2018 na cidade de Malmo na Suécia com um (n=228) gols. Sendo assim, composto por dez partidas para cada categoria de forma randomizada aleatória. A sequência randômica foi gerada pelo *Random Sequence Generator*¹.

Após a geração da sequência para análise, os jogos que compuseram a amostra do estudo passaram pelo processo de normalização, que consistiu em sincronizar o tempo de gravação visualizado no display da filmagem, com o tempo real de jogo, para averiguar se as filmagens não apresentavam nenhum problema.

Todas as partidas foram gravadas por uma câmera profissional filmadora Sony Handycam - DCR-HC46, posicionada no fundo de quadra a aproximadamente quinze metros acima do solo, com uma visualização longitudinal e centralizada do espaço de jogo em um local destinado pela própria organização dos eventos, sendo fixada a um tripé (MORATO, 2012). A filmagem foi iniciada na introdução da partida realizada pelo árbitro principal e finalizada após o apito final de cada jogo. Após o registro das partidas, os vídeos foram digitalizados e convertidos com recurso do software Wondershare Filmora9, Copyright © 2020 para posteriores análises.

INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E VARIÁVEIS

As análises foram desenvolvidas a partir da observação sistemática não participante do contexto do jogo por meio do software Kinovea versão 0.8.15, Copyright © 2006-2011 e de um instrumento Ad Hoc confeccionado em planilha eletrônica (Microsoft Office Excel 2010) adaptado dos estudos sobre análise de gols de Morato et al. (2016) e Link D, Weber C (2018), levando-se em consideração os aspectos associados as ações ofensivas do ciclo auto organizacional:

¹ <http://www.random.org/sequences/?mode=advanced>

ANÁLISE DE GOLS					
Referência			Efetivação do arremesso		
Categoria	Nº de jogo	Período	Origem	Profundidade	Alvo
Masculina	1	Manhã	1	Linha Ofensiva A	1
Feminina	2	Tarde	2	Linha Ofensiva B	2
	3	Noite	3	Linha Ofensiva C	3
	4		4	Linha Ofensiva D	4
		5	-	5
		6	-	6

Figura 4 - Instrumento ad hoc.

Fonte: Autores (2021) Adaptado de Morato et al. (2016) e Link D, Weber C (2018).

Cada linha representou uma sequência de ação ofensiva e as colunas enfatizam cada princípio por meio de suas categorias de análise. As células foram preenchidas com os códigos dos seus respectivos indicadores.

CONFIABILIDADE DO REGISTRO OBSERVACIONAL

Para contemplar a validade do instrumento elaborado, garantindo a possibilidade de replicação do estudo, verificamos a qualidade dos dados obtidos em termos de consistência das medidas observadas após uma nova observação de um mesmo indivíduo (fidedignidade) e na observação simultânea de dois indivíduos diferentes (objetividade) (ANGUERA, 1999; ANGUERA *et al.*, 2000; COSTA *et al.*, 2009b; 2011; GOUVEA, 2005; MORAES, 2009; PRUDENTE, GARGANTA, ANGUERA, 2004a; ROCHA, BARBANTI, 2004; THOMAS, NELSON, 2002).

Dois observadores especialistas na modalidade passaram por um processo de aprendizagem do instrumento para a padronização dos critérios (concordância por consenso) e consequente diminuição dos riscos de observação (ANGUERA, 1999; ANGUERA *et al.*, 2000). Esses observadores escolhidos receberam inicialmente um protocolo para conhecimento das categorias e seus indicadores. Posteriormente, treinaram a observação e registro dos dados em duas sessões de aprendizagem supervisionada, realizadas em dias distintos e com aproximadamente três horas de duração cada uma. A medida em que surgiam dúvidas, os observadores retornaram ao protocolo para chegarem a um consenso. O treinamento foi finalizado quando todas as dúvidas estivessem sanadas.

Deste modo, o instrumento apresentou validade para ser utilizado com propósitos científicos e os dados obtidos demonstraram aproximar-se dos índices ideais de fidedignidade e objetividade esperados pela literatura (THOMAS, NELSON, 2002; VAN DER MARS, 1989; WOOD, 2007).

OBSERVAÇÃO E REGISTRO DE DADOS

Por entender que a subjetividade do observador e o seu entendimento do jogo ou do objeto observado é muito importante para a modelação (ESTEVES-VASCONCELLOS, 2002; MORATO, 2012), toda a coleta de dados foi realizada exclusivamente pelo primeiro autor. Mesmo tendo validado o instrumento por meio da confiabilidade da observação, adotamos essa medida por acreditarmos ser de suma importância a experiência adquirida pelo pesquisador com o desenvolvimento da análise desempenho na modalidade, tendo participado de eventos de nível estadual, regional, nacional e internacional.

O respeito à qualidade do registro com rigor, honestidade, paciência e constância para com a coleta (ANGUERA *et al.*, 2014) foi fator norteador principal em toda esta etapa. Em caso de dúvidas, recursos de pausa e câmera lenta foram utilizados e o lance revisado até que a questão fosse esclarecida.

PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Para o tratamento estatístico nos baseamos no procedimento de estatística descritiva e inferencial. Ao nível da estatística descritiva, calculamos as médias, desvio padrão e percentagens. Após a recolha de dados, procedeu-se à sua organização e respectivo tratamento estatístico, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the social Sciences* – SPSS (versão IBM SPSS® *Statistics Subscription Trial*).

Para a verificação da variabilidade ocorrida, foi feito o BOXPLOT dos ângulos (autovetores), das medianas de X e das medianas de Y dos eixos principais das análises. A variabilidade foi medida pelo intervalo interquartil (diferença entre o primeiro e o terceiro quartis) do diagrama apresentado, que é uma medida de dispersão resistente, ou seja, que é pouco afetada por mudanças nas posições dos dados (LIEBERMANN, 2012).

A partir da matriz contendo todos os valores de X e de Y correspondentes à localização dos pontos, foi necessário calcular as variâncias e covariâncias entre as coordenadas para poder aplicar o cálculo dos autovetores e autovalores. Os autovetores são ortogonais entre si e o ponto de intersecção entre os dois eixos foi centrado nas medianas dos eixos X (horizontal) e Y (vertical).

O comprimento dos eixos principais foi determinado pelos pontos mais distantes, depois de selecionada a percentagem dos dados que seriam utilizados na sua construção. Neste caso, os dados foram restritos ao nonagésimo percentil (90% dos pontos marcados) para que se pudesse obter realmente o local que o jogador atua com maior frequência, evitando que pontos extremos influenciassem a determinação do seu posicionamento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O destino refere-se à zona do campo defensivo onde se realiza o momento de

intersecção da bola com o atleta que defende (MAGALHÃES, 2015).

Na Tabela 1 abaixo é possível observar a distribuição das ações que resultaram em gol (n=228), considerando a Zona de Origem (Amplitude) e a Linha Ofensiva (Profundidade).

Variáveis	f (n)	%	Eficácia Relativa (%) ^a
Amplitude x Profundidade			
Origem			
Origem 1	47	20,6	16,7
Origem 2	59	25,4	19,5
Origem3	28	12,8	11,1
Origem 4	31	13,5	11,8
Origem 5	18	7,8	8,2
Origem 6	42	18,2	9,4
Linha de Profundidade			
Linha Ofensiva A	22	9,6	12,3
Linha Ofensiva B	68	29,8	26,4
Linha Ofensiva C	107	46,9	38,6
Linha Ofensiva D	31	13,5	14,5
Alvo			
Alvo 1	39	17,1	12,3
Alvo 2	57	25,0	6,4
Alvo 3	19	8,3	15,8
Alvo 4	26	11,4	4,5
Alvo 5	52	22,8	9,4
Alvo 6	35	15,4	7,6

(^a) Considerando os resultados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das ações que resultaram em gol (n=228).

Pela observação dos dados é possível verificar que o setor de maior eficácia relativa para as duas categorias foi a linha ofensiva de Profundidade C (8,6%), seguido pela linha B (7,4%). No que respeita à zona de alvo, a zona 3 representa uma zona de maior eficácia relativa (15,8%), seguida dos alvos das extremidades de trave 1 (15,5%) e 5 (12,3%).

No que se refere aos setores de origem e alvo, é possível verificar que a zona com mais frequência de saída da bola no arremesso é a zona do ponto 2 (25,4%), seguida da zona do ponto 1 (20,6%) e da zona do ponto 6 (16,8%). O setor de alvo com maior incidência de gols foi o 2 (25,0%), seguida do 5 (22,8%), e depois dos dois alvos das extremidades

de travas e da 1 (17,1%) e da 6 (15,4%). Pode considerar-se de acordo com o estudo de Link e Weber (2018), onde verificaram que para os homens, foi encontrada uma taxa de golos significativamente mais alta nos setores de intersecção entre os jogadores e no setor externo. Embora com uma divisão do campo diferente é possível verificar que as zonas de intersecção referidas podem ser associadas aos pontos de chegada da bola 3 e 5 e às zonas do ponto 1 e 6. Corroborando com esta informação Owen (2014) conclui que os golos eram mais frequentes na zona de intersecção entre atletas.

A Figura 5 apresenta, também por meio do BOXPLOT, que as medianas de X dos vinte eixos principais tiveram uma variabilidade de 0,50 metros. Já entre as medianas de Y, a variabilidade foi de 1,25 metros.

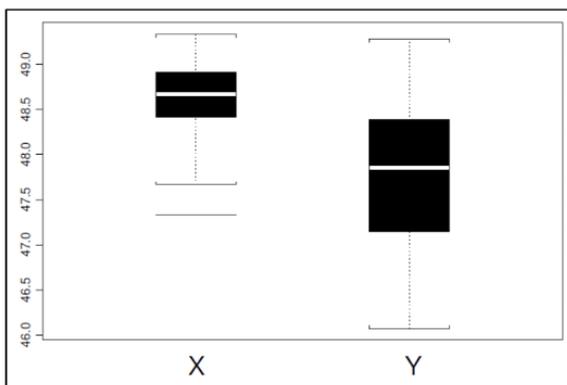


Figura 5: Variabilidade entre as posições das medianas.

Fonte: Autores (2021).

Associando a variabilidade do posicionamento entre posições apresentados no gráfico com os resultados apresentados na tabela 1, observamos que houve a variabilidade entre as medições, já que o ângulo de inclinação dos eixos e o posicionamento das medianas dos eixos X (Profundidade) e de Y (Amplitude) apresentam pouca alteração, resultando na proximidade do posicionamento dos eixos.

Nas origens (o) laterais, origem 1 (o1) e origem 6 (o6), os setores de destino frontais foram os mais buscados e os diagonais pouco em relação a esses. Na o6 isso ficou bem marcante e os destinos da metade direita (d1, d2 e d3) foram mais elevados que os da esquerda (d4, d5, d6).

Nas origens intermediárias (o2 e o5), observamos as tendências para o dimensionamento dos arremessos rumo aos setores frontais e as duas intersecções em sentido à metade defensiva oposta do adversário, ou seja, para o2 - d5, d4 e d3; e para o5 - d2, d3 e d4.

Os golos que ocorreram das origens centrais (o3 e o4) tiveram os setores das

extremidades de traves (a1 e a6) como os mais buscados e a maior preocupação defensiva deveria repousar-se sobre os quatro demais setores defensivos (d5, d4, d3 e d2).

O posicionamento dos eixos principais é centrado nas medianas de X e de Y. Sendo a mediana uma medida de tendência central resistente, que não recebe influência de valores extremos, uma pequena variabilidade na marcação os pontos não implicam numa alteração acentuada no posicionamento dos eixos.

A identificação das linhas ofensivas de profundidade para aplicação do desenvolvimento estratégico das auto organizacionais de ataque, apresenta uma grande gama para o êxito do arremesso no goalball, proporcionando possibilidades para os tipos de bola com quiques médios e agressivos, e, ainda, com quiques mais altos numa velocidade um pouco menor, gerando grande dificuldade para o sistema defensivo combater essas variáveis. Divergindo de estudo anteriores sobre a análise arremesso que demonstrou a necessidade força e precisão se converter em gol (KORNEV; PRAVDOV, 2017). Deste maneira evidenciando um novo olhar para o direcionamento da construção ofensiva levando em consideração as linhas ofensivas de profundidade relacionadas a técnica, tipo e trajetória do arremesso.

Os dados obtidos destacam a importância de elaborar planos de treino com o objetivo de melhorar/modelar técnicas e táticas de remate, evidenciando a importância da aplicação da Profundidade na ação ofensiva e a sua ocorrência nas diferentes categorias de acordo com a especificidade das características do atleta, da sua posição, tipo de piso e a angulação para o arremesso.

Por fim, acredita-se que os parâmetros examinados cobriam os fatores mais importantes para a ação ofensiva da modalidade e, portanto, fornecem uma base para a preferência de técnicas/táticas específicas de remate no Goalball. Contudo, representa um primeiro estudo que deve ser repetido, sendo interessante também, investigar outras variáveis e a sua relação em efetividade no gesto ofensivo, com grande amostragem, procurando identificar os momentos de ocorrência durante a partida, a interferência destas nos resultados dos jogos e possíveis diferenças em relação aos níveis de rendimento competitivo das equipes.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo, concluímos que não houve grande variabilidade entre as medições dos jogos analisados. Os resultados obtidos indicaram que a metodologia utilizada é um meio preciso para a análise tática no goalball, tanto individual como coletivamente. A representação do posicionamento dos jogadores através dos eixos principais contribui para uma melhor reprodução e visualização dos dados.

Também, a investigação aqui relatada permitiu ainda conhecer as ações ofensivas de jogo que mais se associam ao sucesso. Portanto, foi possível evidenciar através da

eficácia relativa para aplicação das linhas Ofensivas de profundidade em relação aos gols realizados nas respectivas competições realizadas, demonstrando os setores A (11,3%) e B (10,4%), os setores C (15,8%) e D (15,5%) com os melhores aproveitamentos para este tipo de ação. A análise da correlação entre as categorias da ação ofensiva cedeu ainda informações de relevância para trabalho técnico específico.

Desta forma entendemos que a ação da bola de profundidade no goalball é, proporcionar um tempo maior entre o primeiro contato da bola no solo até a área de defesa adversária. Esta ação pode ocorrer com bolas lisas ou picadas, que podem dificultar por conta de uma grande fase aérea na trajetória da bola a leitura do adversário entre o primeiro contato da bola no solo, quando a bola sai da mão do atacante e, até o segundo contato da bola no solo.

Compreende-se que atualmente as equipes têm buscado um aperfeiçoamento na execução das bolas de profundidade mesmo não possuindo, conseqüente exigindo uma evolução dos sistemas defensivos para combater da melhor forma esta nova dinâmica do jogo.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M.; CORREDEIRA, R.; SAMPAIO, E.; BASTOS, T.; BOTELHO, M. (2010). **Goalball**: uma modalidade desportiva de competição. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, v. 10, n. 1, p. 221-229, 2010.

ANGUERA, M. T. **Observación en deporte y conducta cinésio-motriz: aplicaciones**. Barcelona: Edicions de La Universitat da Barcelona, 1999.

ANGUERA, M. T. et al. **La metodología observacional en el deporte: conceptos básicos**. EFDportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ano 5, n.24, ago. 2000. Disponível em: [http:// www. efdeportes.com/efd24b/obs.htm](http://www.efdeportes.com/efd24b/obs.htm).

ANGUERA, M. & HERNÁNDEZ-MENDO, A. (2014). **Metodología observacional y psicología del deporte**: Estado de la cuestión. Revista de Psicología del Deporte, 23(1), 103-109.

BOWERMAN, S.; DAVIS, R.; FORD, S.; NICHOLS, D. **Phases of movement of goalball throw related to ball velocity**. Insight: Research and Practice in Visual Impairment and Blindness, Alexandria, v. 4, n.4, p. 156-160, 2011.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTOS DE DEFICIENTES VISUAIS (CBDV) – Modalidades – Goalball. Disponível em: < <http://cbdv.org.br> > Acesso em: 28 de ago de 2018. / International Paralympic Committee (IPC) – Sports – Goalball. Disponível em: < <https://www.paralympic.org> > Acesso em: 05 de ago de 2020.

ESTEVES-VASCONCELLOS, M. J. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas: Papyrus, 2002.

GARGANTA, J. Modelação táctica em jogos desportivos: a desejável cumplicidade entre pesquisa, treino e competição. In: TAVARES, F. et al. (Eds.) **Olhares e Contextos da Performance nos jogos desportivos**. Porto: Faculdade de Desporto, 2008.

GULICK, D. T., & MALONE, L. A (2011). **Field Test for Measuring Aerobic Capacity in Paralympic Goalball Athletes**. *International Journal of Athletic Therapy & Training* 16(5), 22-25.

LINK D, WEBER C(2018):. **Finding the gap: An empirical study of the most effective shots in elite goalball**. *PLoS ONE* 13(4) e0196679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196679>

IBSA. History of International Blind Sports Federation (IBSA). Acesso em 05 de agosto de 2020, disponível em <http://www.ibsasport.org/history/>

KORNEV, A. V., & PRAVDOV, M. A. (2017). **Goalball game techniques and tactics**. *Teoriya i Praktika Fizicheskoy Kultury*, 2017-January (4), 20-22.

LIEBERMANN, D. et al. **Advances in the application of information technology to sport performance**. *J Sports Sci*. v.20, n.10, p.755-769, 2002.

LEITÃO, R. A. **O jogo de futebol: investigação de sua estrutura, de seus modelos e da inteligência de jogo, do ponto de vista da complexidade**. 2009. 230f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

MAGALHÃES, T. P. (2015). **Análise cinemática das ações ofensivas no goalball em situação de jogo: deslocamento do jogador e arremesso**. Limeira: Magalhães, T. P. Dissertação de Mestrado em Ciências da Nutrição e do Esporte e Metabolismo apresentada a Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas.

MOLIK, B., MORGULEC-ADAMOWICZ, N., KOSMOL, A., PERKOWSKI, K., BEDNARCZUK, G., SKOWROŃSKI, W., GOMEZ, M. A., KOC, K., RUTKOWSKA, I., & SZYMAN, R. (2015). **Game Performance Evaluation in Male Goalball Players**. *Journal of Human Kinetics*, 48(1), 43-51.

MONEZI, L. A. et al. **Time-motion analysis of goalball players in attacks: differences of the player positions and the throwing techniques**. *Sports Biomechanics*, [s.l.], p.1-12, 2018.

MORATO, M. P.; GOMES, M. S. P; ALMEIDA, J. J. P. **Os processos auto organizacionais do goalball**. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Florianópolis*, v. 34, n. 3, p. 741-760, jul./set. 2012.

MORATO, M. P. (2012) **Análise do jogo de goalball: Modelação e interpretação dos padrões de jogo da Paralimpíada de Pequim 2008**. 2012. 242 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação Física, UNICAMP, Campinas, 2012.

MORATO, M. P.; ALMEIDA, J. J. G. **Goalball**. In: MELLO, M. T. e WINCKLER, C. (Ed.). *Esporte Paralímpico*. São Paulo: Atheneu, 2012. p.131-140.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. **Porto Alegre**: Artmed, 2002.

TOSIM, A.; RODRIGUES, G. M.; MENDONÇA, M. A. B. **Análise da percepção auditiva e tátil em atletas de goalball em situação defensiva de jogo.** *Revista Mackenzie de Educação Física e esportes.* p. 181 – 187, 2008.

TOSIM, A. **Contexto formativos, conhecimentos e competência de treinadores/as atuando em nível nacional e internacional do esporte paraolímpico: um estudo com o goalball.** Tese (Doutorado em Educação Física). Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2021.

VAN DER MARS, H. Observer Reliability: Issues and Procedures. In: DARTS, P.; ZAKRAJSEK, D.; MANCINI, V. (Org.) **Analysing Physical Education and Sport Instruction.** 2ªed. Champaign IL: Human Kinetics, 1989.

WOOD, J. M. (2007, October 3). **Understanding and computing Cohen's Kappa:** a tutorial. WebPsychEmpiricist. Retrieved October 3, 2007.

COR NA ODONTOLOGIA RESTAURADORA MODERNA – REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2021

Luiz Felipe de Almeida Ribeiro

Bacharelado em Odontologia da Universidade
Vale do Rio Verde

Flávia Moysés Costa de Grajeda

Mestra em Materiais Odontológicos pela
Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: A seleção de cor e a aparência dos dentes são fenômenos complexos, que exigem preparo e domínio do cirurgião – dentista e do técnico em prótese que realiza os trabalhos laboratoriais como restaurações indiretas. Nesse momento qualquer interferência entre esses profissionais pode ocasionar em drástica diferença na tomada de cor e a interpretação pode ser altamente subjetiva e dependente de diversos fatores. A seleção da cor do dente artificial é um processo determinante para a aceitação do tratamento pelo paciente, pois a mídia exerce grande influência sobre a opinião da população, exibindo sorrisos extremamente brancos, o que interfere, muitas vezes, no padrão de estética/e ou beleza exigido pelos pacientes. O objetivo deste estudo foi apresentar através de uma revisão de literatura, os aspectos que determinam a cor de um elemento dental, que simplifiquem e que estabeleçam uma mesma comunicação entre o consultório e o laboratório de prótese, pois a incompatibilidade de cor de uma restauração com o dente natural pode não contentar tanto o dentista quanto o paciente, podendo levar à necessidade de substituição, o

que demanda tempo e custo adicionais.

PALAVRAS-CHAVE: Resina; Cerâmica; Estética.

COLOR IN MODERN RESTAURENT DENTISTRY – LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The selection of color and the appearance of the teeth are complex phenomena, requiring preparation and mastery of the dental surgeon and the prosthesis technician who performs laboratory work such as porcelain, contact lens and indirect restorations, at that time any interference between professionals may cause in a drastic difference in color taking, the interpretation can be highly subjective and dependent on several factors. The selection of the color of the artificial tooth is a determining process for acceptance of the treatment by the patient, since the media exerts great influence on the opinion of the population, exhibiting extremely white smiles, which often interferes with the aesthetic / beauty pattern which is required by the patients (MOLLO *et al.*, 2000). The purpose of this study is to present, through the basis of the scientific literature, methods of color selections for dental use that simplify and establish the same communication between the dental office and the denture laboratory, as the color incompatibility of a direct restoration with the tooth natural and may not satisfy both the dentist and the patient, and may lead to the need for replacement, which requires additional time and cost to carry.

KEYWORDS: Resin; Ceramics; Aesthetics.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, o crescente avanço científico na área odontológica, aliado ao aumento da exigência estética por parte dos pacientes, tem motivado os cirurgiões-dentistas a buscarem a excelência nos procedimentos restauradores. Na odontologia restauradora moderna, a seleção de cor, durante anos, foi realizada de forma empírica, baseada em experiências clínicas particulares, sem nenhum embasamento científico (VANINI, 1996).

Princípios básicos como cor, forma, tamanho, textura e brilho são fundamentais para a composição de um sorriso harmonioso, o tratamento adequado das imperfeições no plano estético depende da interação de conhecimentos relacionados à estética, aos materiais restauradores e às técnicas dominadas pelos cirurgiões-dentistas e pelos laboratórios de prótese atuais. A cor poderia, simplificando, ser dividida em três dimensões sendo elas o matiz, croma e valor, de forma a facilitar o entendimento do processo e assim possibilitar a aplicação de alguns conceitos físicos no uso das resinas compostas (HIRATA *et al.*, 2001).

A tomada da cor do dente artificial é um processo determinante para a aceitação do tratamento pelo paciente, pois a mídia exerce grande influência sobre a opinião da população, exibindo sorrisos extremamente brancos, que interferem, muitas vezes, no padrão de estética/e ou beleza que é exigido pelos pacientes (MOLLO *et al.*, 2000).

A seleção da cor e a aparência dos dentes são fenômenos complexos, que exigem preparo e domínio do cirurgião – dentista e do técnico em prótese que realiza os trabalhos laboratoriais, como as lentes de contato e as restaurações indiretas em porcelana e resina. Nesse momento qualquer interferência negativa entre os profissionais pode ocasionar em drástica diferença na tomada de cor. A interpretação pode ser altamente subjetiva e dependente de diversos fatores (ALVES *et al.*, 2013).

O objetivo deste estudo foi apresentar através de uma revisão de literatura, os aspectos que determinam a cor de um elemento dental, assim como os métodos de seleção e tomada de cor, aplicados a restaurações diretas e indiretas para que se consiga simplificar os procedimentos e estabelecer uma comunicação adequada entre consultório e o laboratório de prótese.

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa através de uma revisão bibliográfica realizada em artigos disponíveis em sites como: Scielo, Pubmed e Google Acadêmico, sendo os artigos selecionados entre o ano de 1943 a 2018. Foram utilizados 36 artigos e as palavras chave para a busca foram: resina composta, cerâmica odontológica e fluorescência.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Comunicação entre cirurgião-dentista e o técnico de prótese dentária

A comunicação entre o cirurgião-dentista e o técnico em prótese é essencial para a realização de um trabalho laboratorial e clínico com excelência, no entanto, alguns problemas de comunicação entre esses profissionais podem comprometer o trabalho que por sua vez engloba estética e função. Para melhorar a comunicação entre cirurgião-dentista e técnico em prótese e/ou ceramista os autores sugerem a utilização de diagramas e esquemas para definição da tomada de cores (SORENSEN e TORRES, 1987).

É importante realizar um exame clínico e observar todas as estruturas do dente, bem como a face da coroa clínica que é utilizada para indicar a posição dos vários tons (PARAVINA *et al.*, 1997).

O cirurgião-dentista deve informar ao técnico em prótese e/ou ceramista o trabalho que irá realizar, definindo e expressando, detalhes ópticos, onde irá desenhar um mapa cromático para determinar se há área de opalescência e onde está situada, se há halo branco e sua espessura, se o valor é alto ou baixo, detalhes como a textura superficial, uma sugestão de matiz, e se ocorre uma diferença de croma entre os terços cervical e médio do dente. Deve também informar a cor da dentina e/ou esmalte desgastado e se está escurecido ou não (CONCEIÇÃO *et al.*, 2005).

3.2 Cor e histologia do dente natural

Para alcançar o sucesso do tratamento odontológico, seja preventivo ou restaurador, é necessário conhecer a anatomia dental e suas estruturas, principalmente na odontologia cosmética e estética, onde conhecer minimamente as características ópticas dos tecidos dentais é absolutamente imprescindível para a confecção de restaurações que mimetizem corretamente a estrutura dental (DA COSTA, 2003).

O dente é composto por dentina, esmalte e polpa, o tornando uma estrutura policromática com distinta propriedade óptica. A aparência policromática dos dentes encontra-se relacionada principalmente com a cor da dentina e variação da espessura do esmalte nas diferentes regiões da coroa dental. A espessura da dentina e o grau de translucidez do esmalte influencia na percepção da cor do dente natural (BARATIERE *et al.*, 1995).

As características ópticas dos dentes naturais ocorrem quando há a interação da luz com o esmalte, a dentina e a polpa e são as principais responsáveis pela sua beleza e aparência vital e natural. Essas características incluem graus variados de translucidez e opacidade, além dos efeitos especiais como iridescência, opalescência e fluorescência. A baixa translucidez, aliada a alta saturação cromática, faz da dentina a principal responsável pelo matiz e croma básicos da cor dos dentes naturais (VANINI, 1996).

A Dentina é o tecido dental mais importante em termos de cor e em circunstâncias

normais é recoberta por esmalte ou cimento. É composta por 70% de hidroxiapatita, 20 % de material orgânico e 10% de água, tendo baixo conteúdo mineral em relação ao esmalte, e alto conteúdo orgânico, que aliado a estrutura tubular explica a menor translucidez da dentina primária e da dentina secundária, especialmente quando comparadas ao esmalte, que é um tecido altamente translúcido. O esmalte é o tecido mais duro e mineralizado (95% de mineral e 5% de água e matéria orgânica) do corpo humano, com cristais de hidroxiapatita dispostos em longos prismas, perpendiculares à superfície dentinária (TOUATI *et al.*, 2000).

No entanto as características ópticas da dentina, sofrem significativas alterações com o envelhecimento, tanto em virtude da deposição de tecidos reacionais, como da infiltração de pigmentos provenientes de alimentos, bebidas e fumo (MAGME e BELSER, 2002).

Apesar dos dentes serem estruturas policromáticas, caracterizadas por diversas variações de cor, o esmalte é um tecido altamente translúcido e “acromático”. A alta translucidez do esmalte, aliada ao padrão de disposição de seus prismas provê ao esmalte um comportamento semelhante ao de uma fibra óptica, capaz de transmitir luz até a dentina subjacente (VANINI, 1996).

De acordo com as dimensões cromáticas de Munsell, o esmalte é responsável pela luminosidade dos dentes, e pelas gradações de croma que observamos em diferentes regiões da coroa. Embora o croma e o matiz sejam características da dentina é a variação na espessura do esmalte que determina a expressão de cor (DA COSTA, 2003).

O esmalte modifica o aspecto cromático do dente, mais por um jogo de luz do que pela cor propriamente dita, por meio de fenômenos de transmissão, reflexão de translucidez, opalescência, espessura e tipo de superfície. A propriedade de reflexão e transmissão de luz se inicia no esmalte e está na dependência de sua porosidade e da orientação de seus prismas (VILLARROEL *et al.*, 2005).

3.3 Matiz, croma e valor

Para se conseguir selecionar e reproduzir a cor dos dentes, é necessária uma concepção clara da natureza tridimensional da cor (CLARK, 1933).

A determinação e interpretação da cor na Odontologia se baseia, ainda hoje, na teoria do pintor americano A. H. Munsell, que remonta ao ano de 1898. De acordo com Munsell, a cor apresenta três dimensões: matiz, croma e valor (VANINI 1999).

Matiz é a cor base do dente, que deriva do corpo dentinário interno. O matiz ou tonalidade é determinado pelo comprimento de onda da luz refletida pelos dentes. Na Odontologia, conforme a escala de cores Vita®, existem quatro matizes: A (com dominante vermelho-marrom), B (com dominante laranja-amarelo), C (com dominante verde-cinza), D (com dominante rosa-cinza) (VANINI, 2011 p.100).

Da Costa (2003), define croma como sendo o grau de saturação da cor, intensidade

ou pureza dos pigmentos de um determinado matiz. O valor pode ser denominado por luminosidade ou brilho. Denomina-se valor ou brilho a quantidade de luz refletida por um objeto.

Essa quantidade de luz é avaliada como uma cor clara ou escura, em outros termos, com maior ou menor quantidade de brilho em uma escala que vai do branco (muita reflexão de luz - valor alto) aos diversos graus de cinza (reflexões de quantidades intermediárias de luz) que alcançam o preto, definido como o valor mais baixo possível, com total ausência de reflexão de luz (MONNERAT, 2001).

O valor é a dimensão mais importante a ser obtida na determinação da cor, e segundo algumas metodologias, deve ser a primeira dimensão a ser determinada visto que as discrepâncias de valor são muito mais perturbadoras esteticamente do que as discrepâncias de croma e matiz (MAGNE e BELSER, 2002).

3.4 Opalescência

A opalescência é uma propriedade óptica do esmalte, relacionada a sua capacidade de transmitir seletivamente ondas longas do espectro (vermelhas e alaranjadas) ao mesmo tempo que reflete as ondas curtas (azuis e violetas). Os componentes de onda curta do espectro de luz quando atinge o esmalte cria as tonalidades de azul claro e cinza que se tornam claramente visíveis ao nível da borda incisal (MAGNE e BELSER, 2002).

3.5 Fluorescência

A fluorescência é uma propriedade óptica presente em todos os dentes naturais conferindo-lhes o aspecto de vitalidade e luminosidade. O fenômeno fluorescente nos dentes naturais ocorre pela absorção de raios ultravioleta com comprimento de onda de 330 a 390nm, emitidos pela luz solar, ou qualquer outra iluminação ultravioleta que excitam os componentes fotossensíveis presentes no esmalte e na dentina. A fluorescência é uma propriedade óptica indispensável que deve ser reproduzida nas restaurações estéticas se o desejo é uma aparência natural e de aparente vitalidade. A grande maioria dos materiais restauradores estudados (porcelanas, resinas compostas, materiais de cimentação) não apresenta uma fluorescência equivalente a dos dentes naturais (ROESNER, 2007).

3.6 Luz e percepção da cor

O primeiro aspecto importante a se compreender é o papel da luz no mecanismo da visão. Todas as formas e cores são percebidas através da reflexão ou emissão de luzes, que se projetam na retina do olho, funcionando como canal de comunicação com o cérebro, onde se inicia realmente o processo de percepção visual. É importante se compreender que é possível observar cores pela existência de luz refletida nos objetos, alcançando os olhos e transmitindo sinais ao cérebro o qual inicia o processo de percepção das imagens (DA COSTA, 2003).

Sendo assim, quando a luz atinge um objeto translúcido como o dente ou o material

restaurador, ela pode sofrer absorção ou dispersão e a resultante dessa interação luz/objeto desempenha um papel importante na cor e na translucidez deste material (KIM e LEE 2008).

Uma restauração esteticamente agradável depende da forma, posição, textura e propriedades ópticas; como translucidez, cor e fluorescência (RUSSEL *et al.*, 2000).

3.7 Metamerismo

O metamerismo ocorre quando os objetos possuem curvas de refletância espectral diferentes, sendo especialmente comum quando a avaliação preliminar da cor é feita sob luz espectralmente “pobre” ou desequilibrada, e as avaliações subsequentes realizadas com uma luz completa e equilibrada. É um fenômeno pelo qual, dois objetos de cor aparentemente idêntica sob determinada condição de luz são percebidos como cromaticamente diferentes quando a fonte de luz é alterada. Baseado nesses princípios, uma restauração pode mesclar-se opticamente quando sob o efeito da luz halógena do refletor (“pobre” e não equilibrada), e ser facilmente percebida quando avaliada sob a luz solar, muito mais “rica”. O potencial para a ocorrência de metamerismo é imenso quando são comparados objetos ou superfícies compostas por materiais diferentes, como dentes e materiais restauradores (DA COSTA, 2003).

Diversos fatores podem interferir durante a tomada de cor, dentre eles o observador, o objeto e a fonte de iluminação. O observador, na odontologia, pode ser representado pelo cirurgião-dentista e o técnico de prótese dentária. Dois objetos podem parecer ter a mesma cor quando vistos sob condições de iluminação específicos (por exemplo, naturais: luz do dia), mas apresentam cores distintas quando iluminadas sob uma fonte de luz com uma composição diferente, como a luz de tungstênio (SORENSEN e TORRES 1987).

3.8 Resina composta - cor e fluorescência

Segundo Migot (2017), a seleção da cor das resinas compostas é realizada por métodos visuais através de comparações com escalas de cor de referência.

No entanto, este método apresenta limitações como a incapacidade de reproduzir fielmente as cores dos dentes naturais (BARATIERI, 2008).

Segundo Nagem (1988), as resinas compostas podem ser classificadas de várias formas, sendo a forma mais usual aquela que as classifica quanto ao tamanho de carga utilizada. Este tipo de classificação permite agrupar as resinas compostas em quatro tipos essenciais: híbridas, macroparticuladas, microparticuladas e partículas pequenas. Quanto menor o tamanho das partículas, menor será a estabilidade de cor da resina composta (BUCHALLA *et al.*, 2002).

3.9 Cerâmicas Odontológicas - cor, composição e estrutura

A palavra cerâmica é originária da palavra grega *keramos* que significa argila. A China já domina a tecnologia da arte em cerâmica há muitos anos, a qual apresentava estrutura

interna firme e cor muito branca. Os europeus por volta do ano de 1717, descobriram que os chineses confeccionavam a cerâmica a partir de três componentes básicos: caulim (argila chinesa), sílica (quartzo) e feldspato (mistura de silicatos de alumínio, potássio e sódio) (DELLA BONA *et al.*, 2004).

Com o auxílio de Nicholas Dubois de Chemant, a arte das cerâmicas foi introduzida na Odontologia em 1720, onde os europeus desenvolveram uma porcelana fina e translúcida comparável à porcelana chinesa, composta por feldspato e óxido de cálcio como fundente, sendo que a queima era realizada em alta temperatura. Nicholas insatisfeito com sua prótese total confeccionada com dentes de marfim, decidiu trocá-las por novas próteses de cerâmica, por constatar a durabilidade, resistência ao manchamento e à abrasão deste material (KELLY *et al.*, 1996).

As cerâmicas dentais são conhecidas pela sua excelente propriedade em reproduzir as características dos dentes naturais, por ser altamente durável, de ampla aceitação tanto do profissional quanto do paciente, biocompatibilidade, natureza refratária, inércia química, friabilidade e baixa resistência à tração. Diversos estudos realizados visam melhorar a resistência à fratura das cerâmicas (GOMES *et al.*, 2008).

A indicação de cada sistema cerâmico deve ser feita de maneira criteriosa, levando em consideração não apenas a resistência mecânica do material como também a região a ser restaurada, sendo que as propriedades ópticas do material são mais importantes que as altas resistências à flexão para as restaurações anteriores. A formulação da porcelana deve ser feita de modo a apresentar propriedades como: fundibilidade, moldabilidade, injetabilidade, usinabilidade, cor, opacidade, translucidez, resistência à abrasão, resistência e tenacidade à fratura. A microestrutura das porcelanas, no que se refere à natureza, tamanho, forma, quantidade e distribuição estrutural dos elementos, exerce significativo efeito nas propriedades físicas das mesmas, sendo dependente das condições de sinterização de cada fase da cerâmica, o qual ditará propriedades como coeficiente de expansão térmica, valores de resistência, solubilidade química, transparência e aparência (DELLA BONA *et al.*, 2004).

As cerâmicas odontológicas são compostas por elementos metálicos (alumínio, cálcio, lítio, magnésio, potássio, sódio, lantânio, estanho, titânio e zircônio) e substâncias não metálicas (silício, boro, flúor e oxigênio) e caracterizadas por duas fases: uma fase cristalina circundada por uma fase vítrea. A matriz vítrea é composta por uma cadeia básica de óxido de silício (SiO₄), sendo que a proporção Si: O está relacionada com a viscosidade e expansão térmica da porcelana (DELLA BONA *et al.*, 2004 p.338).

3.10 Métodos de seleção de cor

O processo de seleção da cor é influenciado por muitos fatores, dentre os quais pode-se destacar: o policromatismo dental, bem como a subjetividade na seleção da cor realizada pelo operador (JOINER, 2004).

Segundo Baratieri *et al.*, (2001), a seleção de cor visual é o método clínico predominante entre os cirurgiões-dentistas e é realizado com o auxílio de escalas, sendo a escala Vita considerada padrão, porém, elas não representam a cor natural dos dentes e não abrangem todo o intervalo de tonalidades.

Diversos fatores segundo Clark (1933), devem ser considerados durante a escolha de uma cor: a posição do paciente em relação ao dentista e à fonte de iluminação e a qualidade ou cor da luz iluminante; a luz do dia é preferível.

Preston (1986), em síntese sugeriu que o protocolo a seguir fosse considerado para a correta seleção de cor:

- a) limpeza do dente a ser comparado;
- b) estimativa do brilho aparente e do matiz dominante. Seleção da cor adequada no guia de tonalidade;
- c) umedecer a cor e o dente tonalidade guia;
- d) manter o guia de tonalidade perto do dente, para ser comparado na posição adequada, isto é, cervical para cervical, incisal para incisal;
- e) olhar de lado, para diferenciar melhor as estimativas do brilho;
- f) notar as diferenças do matiz (mais vermelho ou mais amarelo) e da saturação;
- g) observar o efeito total com os lábios relaxados e corridos para trás;
- h) não olhar para o dente por mais de 5 segundos. Evitar a adaptação do matiz, olhando para um papel azul entre cada período de observação;
- i) usar várias fontes de luz. Primeiro usar luz do dia para correção de cor, depois lâmpada fluorescente, lâmpada incandescente e observar o possível metamerismo. Determinar que fonte de luz é mais importante para o paciente;
- j) se nenhum dos matizes for exato, selecionar o que seja mais próximo, que tenha brilho mais alto e saturação mais baixa;
- k) modificar a faixa de cor com as próprias tintas, quando possível;
- l) o guia do dente selecionado deve ser enviado ao ceramista, com as devidas modificações e caracterizações.

Preston (1986 p.13-26)

4 | DISCUSSÃO

A compreensão e interpretação da cor é a chave da reconstrução estética; o dentista deve aprender a olhar para dentro do dente e reconhecer as dimensões da cor e os acordes cromáticos que os colorem. No decorrer da idade, ocorrem mudanças no esmalte dental, por isso o profissional deve estar atento a esses detalhes, para entender e escolher melhor a cor ideal para os dentes, sendo que há grande consenso entre os autores Clark (1933),

Vanini (2011) e Mollo *et al.*, (2000), ao enfatizarem a importância do conhecimento sobre matiz, croma e valor em qualquer avaliação de cor na Odontologia.

Villarroel *et al.*, (2005) e Magne e Belser (2002), concordam entre si ao enfatizarem ainda os princípios da fluorescência e da opalescência na dispersão e refração da luz nos dentes e que podem gerar interferências durante a avaliação de cores.

Segundo Paravina *et al.*, (1997) e Conceição *et al.*, (2005) a percepção da cor é subjetiva e varia de acordo com indivíduos, logo, o maior desafio em relação à tomada de cor consiste em realizar sua comunicação verbal de forma apropriada, clara e precisa, onde o sucesso dos trabalhos nas clínicas odontológicas está diretamente relacionado a um adequado e criterioso planejamento, que deve ser individualizado e executado de forma a atender as necessidades de cada paciente.

Preston (1986), Mollo *et al.*, (2000) e Joiner (2004) citaram fatores que podem também interferir na cor, a exemplo da idade, destes, somente Vanini (1999), afirmou que a etnia e o gênero podem também gerar influência na tomada de cor.

Mollo *et al.*, (2000), Joiner (2004), Russel *et al.*, (2000) e Kin e Lee (2008), concordam entre si que a própria percepção de cores de dentes pode sofrer interferências pela percepção.

Alves (2013), sugere métodos para realizar a análise colorimétrica e medição da cor dos dentes utilizando escalas de cores (VITA®). Baratieri *et al.*, (2001) e Rosalinski *et al.*, (2014), sugerem diagramas de cor, já o autor Dantas *et al.*, defende o uso da VITAEASY SHADE ADVANCE® para se obter medidas mais objetivas.

O resultado final de um trabalho é diretamente proporcional à qualidade do desempenho técnico do cirurgião-dentista e do técnico do laboratório, e da meticulosidade do entendimento entre estes dois profissionais. Para facilitar esta comunicação, mapas cromáticos e fotografias têm sido utilizados (PARAVINA *et al.*,1997).

PRESTON (1986), sugere um protocolo para tomada de cor no consultório para que o cirurgião-dentista possa seguir uma elaborada e assertiva escolha e tomada da cor.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que os materiais restauradores e cerâmicos são somente um meio de se reproduzir o mais próximo os tecidos naturais do dente. O cirurgião-dentista e o técnico em prótese dentária devem possuir o domínio sobre os princípios das cores (matiz, croma e valor) para que possam reproduzir as dimensões da cor com os acordes cromáticos específicos, deixando tanto as restaurações diretas como as indiretas com um aspecto natural e próximo ao elemento dental. Sem um conhecimento adequado da cor, confia-se no instinto e no improviso, aumentando dessa forma a probabilidade de fracasso.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Nayara Silva; DE SOUZAS, Daniel Fortuna; SOARES, Genaina Guimarães. Métodos de seleção de cor em prótese parcial fixa—Revisão de Literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 9, n. 2, p. 8-17, 2013
- BARATIERE, L. N. Estética: normas básicas. **Baratiere LN. Restauração adesiva direta em dentes anteriores fraturados. São Paulo: Ed. Santos**, p. 35-53, 1995.
- BARATIERI LN. Soluções Clínicas - Fundamentos e Técnicas. 1 ed. Florianópolis: Editora Ponto; 2008.
- BARATIERI LN. **Procedimentos preventivos e restauradores**. São Paulo: Ed. Santos; 2001.
- BARATIERI, L. N. et. Al. Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. 1 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.
- Buchalla W, Attin T, Hilgers RD, Hellwig E. The effect of water storage and light exposure on the color and translucency of a hybrid and a microfilled composite. **J Prostate Dent**. 2002;87(3):264-70.
- CLARK, BE. Tooth color selection. **J Am Dent Assoc**. 1933; (20):1065-1073.
- CONCEIÇÃO EN. et al., **Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre. Artmed**; 2005.
- CORREIA, André; OLIVEIRA, Manuel António; SILVA, Mário Jorge. Conceitos de estratificação nas restaurações de dentes anteriores com resinas compostas. **Rev Portug Estomatol**, v. 46, n. 3, p. 171-8, 2005.
- DA COSTA, Fernanda Lebarbenchon Moura. **Seleção de cor em restaurações diretas**. 2003. Tese de Doutorado p. 10.
- DANTAS, Andréa Abi Rached et al. Correspondência de cor de diferentes marcas e sistemas de resina composta em relação à escala vita classical. **RPG. Revista de Pós-Graduação**, v. 18, n. 1, p. 45-51, 2011.
- DELLA BONA, Alvaro; SHEN, Chiayi; ANUSAVICE, Kenneth J. Work of adhesion of resin on treated lithia disilicate-based ceramic. **Dental Materials**, v. 20, n. 4, p. 338-344, 2004.
- GOMES, E. A. et al. Cerâmicas odontológicas: o estado atual (Ceramic in dentistry: current situation). **Cerâmica**, v. 54, p. 319-325, 2008.
- JOINER A. **Tooth colour: a review of the literature**. **J Dent**. 2004; 32 (Suppl 1): 3-12.
- HIRATA, Ronaldo; AMPESSAN, Robson Luiz; LIU, Jimmy. Reconstrução de dentes anteriores com resinas compostas-Uma seqüência de escolha e aplicação de resinas. **JBC**, v. 5, n. 25, p. 15-25, 2001.
- KELLY, J. Robert; NISHIMURA, Ichiro; CAMPBELL, Stephen D. Cerâmica na odontologia: raízes históricas e perspectivas atuais. **Journal of Prosthetic Dentistry** , v. 75, n. 1, p. 18-32, 1996.

KIM B, Yu B, Lee Y. Influence of surface layer removal of shade guide tabs on the measured color by spectrophotometer and spectroradiometer. **J Dent.** 2008; 36:1061-7.

MAGNE, Pascal; BELSER, Urs. **Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: a biomimetic approach.** Quintessence Publishing Company, 2002.

MIGOT, Indira et al. AVALIAÇÃO DE COR DE DIFERENTES MARCAS E SISTEMAS DE RESINA COMPOSTA POR ESPECTROFOTOMETRIA. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 8, n. 3, p. 68-75, 2017.

MOLLO JÚNIOR FA, Varjão FM, Cedano VP, Arioli Filho JN, Russi S. Estudo da relação entre a cor da pele e a cor dos dentes em pacientes desdentados naturais. PCL: **Rev Bras Prót Clín Labor.** 2000; 22:86-8.

MONNERAT, Rosane. Imagem e cor no discurso publicitário: o sequestro do olhar. **Cadernos do CNLF**, v. 14, n. 2, p. 1067-1076.

Munsell Color. The Munsell book of color. Baltimore: Munsell Color; vol. II, 1943.

NAGEM FILHO H. Classificação das resinas compostas (Encarte Especial). **Rev Gaúcha Odontol** 1988; 36(3):218.

PARAVINA R, Stankovi D, Aleksov L, Mladenovi D, Risti K. **Problems in standard shade matching and reproduction procedure in dentistry:** a review of the state of the art. *Med Biol.* 1997; 4(1):12-16.

PRESTON JD. Cor em cerâmica dental. In: Scharer P, Rinn LA., Koop FR. **Normas estéticas para a reabilitação bucal.** São Paulo: Santos; 1986. p. 13-26.

RODRIGUES, Tatiana Pereira. **“Procedimentos de seleção de cor, percepção visual de diferença de cor e fluorescência em Odontologia Estética.”** (2007): 120-f.

ROESNER, Tayanna Hawerth. Fluorescência na Odontologia Estética: importância nos dentes naturais e nos materiais restauradores. In: **96 f. Trabalho de conclusão (Especialização em Dentística)-Curso de Especialização em Dentística.** Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2007.

ROSALINSKI, Marina Brunetti. **Avaliação da correlação entre as cores de dentes artificiais de diferentes marcas comerciais.** 2014.

RUSSELL, M.D.; GULFRAZ, M.; MOSS, B.W. In vivo measurement of colour changes in natural teeth. *J. Oral Rehabil.*, Oxford, v. 27, n. 9, p. 786-792, sep. 2000.

SORENSEN JA, Torres TJ. Improved color matching of metal-ceramic restorations: part I: a systematic method for shade determination. **J Prosthet Dent.** 1987; 58 (2): 133-139.

TOUATI, B.; MIARA, P.; NATHANSON, D. Trasmisión del color y de la luz. **Odontología estética y restauraciones cerámicas.** Barcelona Ed. Masson, p. 39-60, 2000.

VANINI, L. Light and color in anterior composite restorations. **Practical**

CAPÍTULO 10

CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REFLEXÃO INTER- E MULTIDISCIPLINAR

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 19/04/2021

Elenito Bitencorth Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Funcionário Público da Fundação de
Hematologia e Hemoterapia da Bahia –
HEMOBA UCT de Jequié
Jequié – Bahia, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4586-1667>
<http://lattes.cnpq.br/5827291269780480>

RESUMO: O estudo em questão aborda à práxis de profissionais de saúde, considerando a bioética na referida área de atuação da equipe como uma ferramenta indispensável no processo do cuidado aos pacientes oncológicos que se encontram em estágio terminal. A produção desse capítulo do livro se deu por pesquisa bibliográfica com apoio da Dissertação de Mestrado do autor supracitado, onde foi constatada que a abordagem dos pacientes em cuidados paliativos requer humanização, desde a avaliação até o desfecho final dos resultados. A perspectiva aprova uma visão holística nas *'dimensões biopsicosocioespiritual'*, no intuito de proporcionar ao paciente um tratamento adequado e com melhoria da qualidade de vida. Diante disso, o cuidado possibilitará a inter- e multidisciplinaridade em torno de todo o processo do cuidar, indo além de mero vínculo paternalista, ele estabelece possibilidades de interação afetiva entre profissionais de saúde e pacientes oncológicos, por meio da efetivação de

medidas, tendo resultados positivos na promoção do autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais de Saúde. Pacientes Oncológicos. Cuidados Paliativos. Abordagem Biopsicosocioespiritual.

PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGICAL PATIENTS: AN INTER- AND MULTIDISCIPLINARY REFLECTION

ABSTRACT: The study in question addresses the praxis of health professionals, considering bioethics in the referred area of the team's performance as an indispensable tool in the care process for oncology patients who are in terminal stage. The production of this chapter of the book took place through bibliographic research with support from the Master's Dissertation of the aforementioned author, where it was found that the approach of patients in palliative care requires humanization, from the evaluation to the final outcome of the results. The perspective approves a holistic view of the *'biopsychosocio-spiritual dimensions'*, in order to provide the patient with an appropriate treatment and with an improvement in the quality of life. Given this, care will enable inter- and multidisciplinary around the entire care process, going beyond a mere paternalistic bond, it establishes possibilities for affective interaction between health professionals and cancer patients, through the implementation of measures, with results positive in promoting self-care.

KEYWORDS: Health professionals. Oncology patients. Palliative care. Biopsychosocio-spiritual approach.

INTRODUÇÃO

A certeza que a sociedade contemporânea vivencia cotidianamente é que, ‘*o mundo mudou*’. Consequentemente, essas mudanças contribuíram para que a individualidade emergisse num mundo cada vez mais carente do social, um afastamento inevitável, um isolamento que se confunde com solidão, onde as atitudes de viver e modos de se relacionar com os outros e com nós mesmos também mudaram.

Tudo tem sido tão superficial que o profissional de saúde deixou o vínculo afetivo para traz, no intuito de se apoiar em meias verdades de que o relacionamento com o outro representa fraqueza e falta de profissionalismo.

Assim nasce a esperança de dias melhores, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado, pois através deste binômio, na visão dos profissionais de saúde, acredita-se que ações humanizadas possam contribuir para a satisfação e desenvolvimento pessoal, assim como, para o fortalecimento de vínculos entre profissional, paciente e demais atores envolvidos no processo saúde-doença.

Desta forma, o estudo percorre possibilidades por um caminho que leva à reflexão sobre as práticas dos cuidados paliativos e do acolhimento humanizado, por meio de uma visão holística, sendo fundamentada na sintonia entre escuta, hospitalidade, respeito, solidariedade e vínculo afetivo entre os pares envolvidos no atendimento e tratamento útil, como uma ferramenta indispensável.

A pesquisa é caracterizada como qualitativa quanto aos meios, de fins exploratórios com paradigma positivista. O objetivo é analisar os efeitos causados pelas práxis do profissionais de saúde, referente aos Cuidados Paliativos, prestados de forma humanizada, buscando responder de forma prática e qualificada o estudo em questão. Nessa perspectiva, o embasamento sequencial desenvolvido estabelece a necessidade premente de proceder com momentos de reflexão por parte de toda a equipe de saúde, para sensibilizar e conhecer os aspectos que facilitam a identificação da atual realidade dos profissionais de saúde, subsidiando assim, elementos com proposições passíveis de construção dos indicadores de avaliação.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, SUBJETIVIDADE E CONTEXTO PROFISSIONAL

A qualidade do cuidado, o tratamento e/ou serviços disponibilizados pela equipe de ‘*Cuidados Paliativos*’, afeta consideravelmente a recuperação ou não dos pacientes, haja vista a frequência com que profissionais e pacientes se relacionam cotidianamente. Percebe-se que, a maior parte do seu tempo é dedicado aos pacientes oncológicos, onde a reciprocidade poderá estimular a qualidade do cuidado e contribuir para promoção das ações humanizadora, uma vez que, o tratamento deixa de ser curativo para se tornar o alívio do sofrimento do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Não

foi diferente a conceituação da Organização Mundial de Saúde, a respeito dos ‘Cuidados Paliativos’, sendo considerado por eles como “abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de situações que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento”.

Quando este assunto é analisado, vale lembrar sua importante dada pelo ‘Ministério da Saúde’ ao normatizar os Cuidados Paliativos no SUS como Política Pública de Saúde para garantir que essa prática seja ofertada aos pacientes desde o diagnóstico até a fase terminal, permitindo mais qualidade de vida aos pacientes, cuja doença não tem cura.

Mas, o que são Políticas Públicas?

Não entendam essas políticas como partidárias, mas sim, são políticas de saúde que reúne um “conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (nacionais, estaduais ou municipais) com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visam assegurar determinado direito de cidadania [...]”.

A saber, as medidas assertivas que se referem as políticas públicas de saúde e se voltam para o paciente de Cuidados Paliativos como um direito que garante diretiva antecipada de sua vontade expressa em documento, ser representado por uma pessoa legal, quando não responder por si só, ter acesso a uma medicina paliativa que não aprove ou realize ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, participar quando possível na escolha das melhores condições de tratamento, apoio à família e ao sofrimento do paciente, autonomia no cuidado e uma morte digna – ortotanásia, pois todos temos o direito de viver melhor até o último minuto de vida.

Nesse sentido, há uma necessidade de discussão sobre a ampliação de serviços dedicados aos Cuidados Paliativos, pois a propagação contribuirá para o debate no âmbito das políticas públicas de saúde e auxiliará o processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuarem com competência e respeito à dignidade humana até os últimos momentos de vida das pessoas doentes (ALVES; CUNHA; SANTOS et al. 2009).

O problema mesmo, é que a área da saúde dar mais ênfase a clínica curativa, porém, a frequente vivência e escuta sobre situações de sofrimento e dor, denota a própria história da humanidade algo subjetivo, o que permite reportar exemplos de resiliência e fé na figura de Jesus Cristo, o verdadeiro “*Sarador Ferido*”, uma vez que é pelo seu sofrimento que somos curados (Is. 53.5: OLIVEIRA, 2007).

Nesse sentido, há uma passagem interessante na obra de Oliveira (2007, p.28) – Implicações para as relações de Cuidado – e que vem ao encontro do contexto que por ora se discute, pois de acordo com a autora, “o mito do “*sarador ferido*” é paradigmática para as relações de ajuda, como bem destacou Henry Nouwen, lembrando Quiron, personagem da mitologia grega que, mesmo sendo exímio na arte de curar, sofria de uma ferida incurável!”.

Nesta perspectiva, independentemente de quem esteja passando por estágios de sofrimento, se paciente ou cuidador, é necessário “acreditar que Alguém ‘nos vê’ e se importa, isso porque precisamos de um rosto que nos seja familiar e que, de alguma forma,

dê sentido a nossa vida e nos lembre quem somos” (OLIVEIRA, 2007, p.29).

Observa-se que há muitas situações vivenciadas pelos profissionais de saúde que condizem com a realidade apresentada, particularmente no que diz respeito ao sofrimento do paciente, visto que, por muitas vezes o único rosto que vê e que se apresenta na condição de curador são estes profissionais, uma vez que estão frequentemente ao lado de quem está exposto à dor, à doença e à morte, onde essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidade comum.

Portanto, é inegável que o cuidar constitui-se o principal foco da saúde, sendo necessário ao profissional, amplo domínio de conhecimentos afins, de modo que possa apropriar-se de habilidades e competências condizentes à exigências de sua profissão em todo o processo de viver, do início ao fim da vida com abordagem multidisciplinar.

Para Moura; Dall’Agnol; Magalhães (2008, p.16), representa “[...] parte da coordenação do cuidado inclui o compartilhamento de informações sobre as condições dos pacientes e quaisquer modificações que os afetem”. Um exemplo geral disso é a investigação de um problema do paciente em que se identifica uma nova limitação funcional e requer medidas mais holísticas.

Esse cuidado vai além do físico, envolve investigações e intervenções completas e acolhedoras, com variáveis socioculturais, psicológicas, fisiológicas, espirituais e desenvolvimento humano.

Desta forma, não basta apenas agilizar e organizar o serviço, tampouco estabelecer normas e regras para a continuidade do processo de cuidar, mas, sobretudo, estabelecer uma relação humanizada com os usuários do serviço, buscando a satisfação de suas necessidades básicas baseadas em princípios e condutas de forma acolhedora.

Nesse sentido, se tem conhecimento de que há algumas décadas passadas iniciou-se um grande movimento sobre o processo de humanização em todo o Brasil, incluindo-se estratégias específicas das mais simples às mais criativas e complexas. Estas por sua vez, encontram-se ainda presentes na atualidade, cuja finalidade tem por fundamento a perspectiva de mudar o modo de gerir a relação entre usuário e profissionais da saúde, uma vez que a humanização do atendimento está embasada no desenvolvimento de um trabalho forte com aspectos que valorizem a dimensão humana e subjetiva dos pacientes, marcando presença em toda a assistência à saúde.

Ainda assim, há que se ter consciência de que implementar a humanização implica necessariamente na compreensão do humano em relação ao profissional, pacientes e seus familiares, exigindo dos profissionais de saúde e demais atores envolvidos no processo saúde-doença, extrema habilidade, competência e comprometimento em suas atitudes com a dimensão *‘bio-psico-socio-espiritual’* que se relaciona ao cuidado humanizado do paciente sem possibilidade terapêutica de cura.

Sendo assim, a humanização está diretamente interligada a percepção de que se tem do ser humano em todas as suas dimensões e manifestações, pois conforme Siedler et

al., (2004, p.59), “os laços afetivos tornam as pessoas e as situações preciosas, humanas e portadoras de valores éticos e humanos”, como lembra Boff (2013), é o sentimento que nos une às coisas, possibilitando um envolvimento com outras pessoas para suscitar a abertura e o acolhimento do diferente. Ainda, de acordo com o autor, “a mão que toca, cura porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado. A mão faz nascer a essência humana naqueles que são tocados” (BOFF, 2013, p.198).

É importante que se possibilite a criação de um clima, ou seja, um vínculo afetivo com confiança neste entorno, observando as situações que se aplicam tanto para as dificuldades cotidianas quanto para as mais dramáticas, como acontece com a maioria dos indivíduos acometidos pela enfermidade.

Nesse sentido, é importante destacar que saber ouvir, mesmo quando a escuta se apresenta de forma silenciosa, facilita a compreensão do diálogo se o profissional se mostrar ‘aberto’ ao paciente, gerando assim reações entre eles, o que promoverá desta forma, “reflexões acerca de questões axiomáticas como a convivência, a tolerância, o respeito, a hospitalidade, a ecologia, a espiritualidade do ser humano” (BARRA, 2010, p.204).

Vale destacar que o cuidado dispensado aos enfermos é cultural e varia de acordo com o tempo histórico vivido. Em um período mais primitivo, a doença era tida como mácula divina, onde o portador tinha que ser deixado ao abandono, pois havia pecado. Foi em busca da humanizada que a atuação da ‘*Capelania Hospitalar*’ surgiu para mudar o cenário. Assim, o doente passa a ser estimado a cuidar de sua espiritualidade e consegue ter suas necessidades subjetivas protegidas em meio a vulnerabilidade da hospitalização.

A equipe de saúde se completa e ganha um novo viés com a presença marcante de um líder religioso que possa valorizar a visão espiritual do paciente sob Cuidados Paliativos, a questão é que, não é só o paciente que se encontra fragilizado, mas os profissionais precisam repensar suas práticas para potencializar seu trabalho, o tornando menos mecânico e mais humanizado pela referência do outro como igual e merecedor desse cuidado.

Almeida e Pires Junior (2013, p. 207) ilustram nesse contexto, assim, o cuidado revela o amor quando realizado de forma desinteressada, assim, o humano só nascerá com a empatia, onde “o cuidado de si, que se forma e só pode formar-se numa referência ao outro”, ou seja, “é preciso edificar-se a si mesmo para ser capaz de cuidar de si e consequentemente cuidar do outro, o diálogo entre edificação e cuidado é pertinente e necessário”.

Estes preceitos por natureza contagiantes e estão diretamente relacionados com a capacidade de saber ouvir, dialogar e, sobretudo amar, haja vista que, interfere sobremaneira na possibilidade de amenizar um sofrimento, principalmente quando se está em um ambiente estruturado e ao lado de pessoas capazes de entender a ‘humanização’ como qualidade de vida necessária para o bem-estar de todos.

Outro aspecto que humaniza o cuidado paliativo é a hospitalidade, sendo definida sempre a partir do outro, pois conforme Boff (2005, p. 96), é reconhecida como intimamente ligada aos cuidados humanos: “ser acolhido sem reservas, poder abrigar-se, comer, beber e descansar”, que por sua vez é revelada nas ações dos profissionais de saúde, o acolher generoso, uma escuta ativa e um diálogo franco, fazendo parte do ser humano, mesmo sendo sensível e frágil, consegue ser repleto de esperança com inúmeras capacidades motivacionais e positivistas.

Nessa perspectiva, é pertinente elucidar que os profissionais de saúde devem proceder assertivamente, voltando-se para as pessoas enfermas, toda a sua atenção, não somente no que diz respeito à assistência, mas sobretudo, a medidas humanizadas e educativas com aspectos amorosos e cordiais, para a preservação do autocuidado, onde a análise da causa das doenças não esteja embasada somente no organismo enfermo, mas principalmente no que se diz respeito à essência humana, pois o espírito é peça chave que diferencia o ser homem de outros tipos de organismos com vida no planeta Terra.

Assim sendo, destaca-se que a valorização das necessidades não será inerente somente ao físico, mas subjetivo, onde o cuidado seja planejado individualmente. O respeito ao paciente torna o serviço mais humanizado, mesmo sendo, a humanização um termo amplo e complexo, apresenta-se como algo difícil de lidar em função da condição de humanizar o humano.

Nesse sentido, torna-se necessário destacar que a espiritualidade deve ser fator importante e merecedora de atenção no exercício dos profissionais de saúde, visto que a sensibilização e compreensão por parte da equipe de saúde, ao olhar o sofrimento alheio com compaixão, de forma amável e humanizada, é premente. O trabalho do ser humano que cuida de seus semelhantes, se revela a partir da alteridade¹.

De acordo com Farah e Sá (2008, p.147), “não há como cuidar da espiritualidade do outro se a do profissional não estiver desenvolvida”. Assim com a espiritualidade elevada, os profissionais de saúde desenvolvem maior capacidade de visualizar outras possibilidades de cuidado sem à coisificação das pessoas que estão sob sua responsabilidade, ultrapassando o material-físico, para assim almejar outros parâmetros que possam tocar internamente o centro da essência humana, perfeitamente identificada em seus pacientes fragilizados, mas ainda humanos.

Desta forma, para melhor compreensão do estudo será realizado no próximo tópico, a contextualização analítica dos ‘Cuidados Paliativos’ como qualidade de vida, tendo como ponto de partida a relação profissional de saúde-paciente oncológico na tratamento da dor e sofrimento, assim como, a inserção da importância da espiritualidade e religiosidade para a melhoria do quadro clínico do paciente.

1 “Em *Ser e tempo*, a questão do outro e da alteridade é entrevista a partir de um duplo deslocamento teórico: em primeiro lugar, o problema do encontro e do reconhecimento do outro no mundo deixa de ser pensado por meio do recurso à atividade especulativa do sujeito isolado, ou ainda, por meio da empatia analógica, que transforma o outro em um duplo de mim mesmo” (DUARTE, 2002, p. 160).

CUIDADOS PALIATIVOS: RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE ONCOLÓGICO

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver a nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até a dia da morte”.

Cicely Saunders

Percebe-se nas palavras de Cicely Saunders o âmago que resume o significado filosófico dos *‘Cuidados Paliativos’*. Saunders (1980) introduziu este modelo de cuidados em 1984, quando se iniciou o processo da medicina paliativa no cuidado que minora a dor e o sofrimento e não na cura definitiva do paciente. Essa filosofia associada ao trabalho da equipe de saúde multidisciplinar, incluindo-se o controle de dor e o alívio de sintomas, procura compreender o paciente, a família e a comunidade, cuja finalidade tem por fundamento reduzir o sofrimento e oferecer cuidado integral que abarca abordagens bio-psico-socio-espiritual.

Como se observa, essa filosofia vai além de aspectos curativo, propondo perspectivas que promove o suporte individual e familiar para indivíduos que estão vivendo com doenças crônico-terminais em fase avançada. Nesta perspectiva, em 1980 a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu o conceito de *‘Cuidados Paliativos’* como ações estratégicas específicas, cuja finalidade é possibilitar o aumento da qualidade de vida, não somente de pacientes, mas também, incluem-se neste contexto, familiares que enfrentam com o paciente uma doença terminal e que se efetivam através da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e avaliação correta para o tratamento da dor e outros problemas com alcance de dimensões mais complexas.

Nesse sentido, salienta-se que a sintomatologia é de suma importância no contexto que envolve os cuidados paliativos, contudo não se resume somente a isso, uma vez que ao se referir aos *‘cuidados paliativos’*, importa dizer que estes são mais profundos e alcançam amplitudes holísticas, onde a dimensão física se faz presente e deve ser relacionada com outras dimensões, incluindo-se as psicológicas, sociais e espirituais, oferecendo assim novas possibilidades de opção de tratamento ou de simplesmente estar ali e proceder com a escuta ativa do paciente.

De acordo com Maciel (2008, p.17),

[...] na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. A prevenção continua sendo uma demanda importante neste período. Ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções, como uma sedação terminal ou sedação paliativa.

Interessante salientar que, com a sedação terminal, perde-se totalmente o contato entre família-paciente e/ou profissionais de saúde-paciente. Nesse momento, é necessário valorizar a ortotanásia, onde o paciente vive a terminalidade de forma dignidade. Tal valorização vem através de um termo de consentimento livre e informado, também conhecido como diretivas antecipadas da vontade expressa do paciente, onde, o mesmo demonstrará seu desejo declarado em documento sobre a melhor forma de viver e de morrer dignamente, sendo um desejo subjetivo. Na falta desse documento ou na impossibilidade de verbalização da sua vontade, faz-se necessário avaliar a opinião de familiares mais próximos do paciente, levando em consideração as condições socioeconômicas da família no que diz respeito a manutenção do cuidado.

O profissional não deve emitir opinião sobre a escolha, porém devem ser esclarecidas as possibilidades que ofertam qualidade de vida ou de boa morte, as mais viáveis no momento.

Farah e Sá citam em seu livro os objetivos do tratamento de pacientes terminais. Entre esses destacam-se: conscientizá-lo da fase final da doença, disponibilizar o máximo possível de conforto, conservar a dignidade do paciente e preparar a todos, cuidadores e familiares para saber lidar com essa fase da doença, não antecipando (eutanasia) e nem estendendo a morte (distanásia).

Observa-se, portanto, que a filosofia estabelecida pelos cuidados paliativos, no tocante à dor e sofrimento de seres humanos sem possibilidade de cura ou mesmo na condição humana adoecida, surge como esperança para se obter um cuidado digno.

Dreher (2007, p. 179), ilustra com precisão as palavras de Küber-Ross (2000), quando refere que “a morte pertence à vida, como pertence o nascimento. O caminhar tanto está em levantar o pé como em pousá-lo”. Conviver com essas pessoas é também conviver com o findar de sua vida. Saber a hora de aceitar a morte e acompanhar essas pessoas nesse processo, requer sabedoria e fé como aquilo que é intrínseco à humanidade.

Nesta perspectiva, é imprescindível destacar que a equipe multidisciplinar necessita adquirir conhecimentos e habilidades suficientes para cuidar de seus pacientes que apresentam sintomas agressivos e estão em fase terminal. Nesse sentido, algumas diretrizes e programas específicos foram normatizados, de modo que se possa atender as necessidades desses pacientes sem possibilidade terapêutica de cura.

De acordo com Maciel (2008, p.17),

[...] na fase avançada de uma doença e com poucas chances de cura, os sintomas físicos são fatores de desconforto. Para estes existem procedimentos, medicamentos e abordagens capazes de proporcionar um bem-estar físico até o final da vida. Esta terapêutica não pode ser negada ao doente. O caminho da informação adequada, da formação de equipes profissionais competentes, da reafirmação dos princípios dos Cuidados Paliativos e da demonstração de resultados positivos desta modalidade de tratamento, constitui a melhor forma de transpor barreiras ainda existentes para a implantação de uma política de Cuidados Paliativos efetiva e integrante de todas as políticas públicas de saúde.

Portanto, é de suma importância que os profissionais de saúde criem possibilidade de discussão sobre a oferta de Cuidados Paliativos em e, sobretudo, compartilhar momentos de amor e compaixão, assim como se apropriando de reflexões sobre de que é possível morrer com dignidade e graça, proporcionando ao paciente a certeza de que eles não estão sozinhos no processo de morrer, muito pelo contrário, a equipe estará presente no suporte de uma morte tranquila e digna, prestando cuidado holístico.

Desta forma, fica evidente a necessidade de se proceder com uma abordagem especializada como meio estratégico de auxílio aos indivíduos em sua vivência e, principalmente para que ele possa encarar a morte da melhor forma possível, onde a espiritualidade é multidimensional e possibilita a compreensão sobre questões do nascer e o sentido da vida e morte, assim como, sua relação com o sagrado possa transcender para alcançar a divina paz. Tal possibilidade pode minimizar o sofrimento diante das crises existenciais ou mesmo, simplesmente pode obter maior esperança de cura através de terapêuticas que toque a alma ferida, configurando-se como importante caminho para que os indivíduos que se encontram nesta situação possam lidar com sua terminalidade.

Nesse sentido, é relevante reportar às palavras de Evangelista et al., (2016, p. 596), quando referem que,

[...] a espiritualidade é um conceito multidimensional que compreende a busca de significados para a vida e a transcendência. Pode estar relacionada com a fé em Deus ou em uma força superior. É uma característica inata do ser humano e refere-se à busca por um sentido transcendente de vida, que pode acontecer pela religião, arte, música, natureza e solidariedade. Trata-se de um componente que auxilia os indivíduos a descobrir seu verdadeiro potencial, a ter mais confiança em si mesmo e coragem para amar e perdoar, e permite que transcendam o sofrimento.

Nesta perspectiva, embora há o conhecimento da necessidade dos profissionais de saúde prestarem um cuidado competente, qualificado e diferenciado ao fim da vida, de acordo com a formação de cada um, ainda assim, é preciso que estes tenham amplos conhecimentos que sejam suficientes para otimizar os cuidados de natureza não apenas física, para alcançar a integração dos cuidados e evitar complicações indesejáveis.

Desse modo, observa-se que os cuidados prestados pela equipe de saúde não se limita ao estado do paciente adoecido, mas também em situação de saúde para promover e prevenir doenças. Na presença da doença, mesmo sem possibilidade terapêutica de cura, ainda assim, a possibilidade de cuidar se faz real.

Nos últimos anos se tornou possível analisar estas situações, assim como, buscar entendimento de que não existe a incapacidade de se fazer alguma coisa, ao contrário, pode se fazer muito pelo paciente sem possibilidade terapêutica de cura. Entre estas opções, busca-se o apoio nas ações sobre os 'Cuidados Paliativos', onde os planos possam estar embasados nas mais variadas formas, como referido anteriormente: clínicas, psicológicas, espirituais e sociais. Assim, os cuidados especiais de conforto global, em referência ao

termo *doença terminal*, deve reduzir o espaço de tempo para a intervenção do profissional de saúde, pois o mesmo está sem perspectiva de espera, no pouco tempo de vida que lhe resta, sendo que, haverá momentos em que os protocolos e regras deveram ser deixados de lado, tudo para garantir um cuidado mais humanizado.

Ao falarmos sobre cuidados paliativos não há como propor ações que denote causa e tratamento curativo, porém, a equipe de saúde deve trabalhar incansavelmente no sentido de amenizar o sofrimento, a dor e o controle de úlceras por pressão, analisando cada caso individualmente, com base no consentimento do paciente e colaboração do mesmo.

De acordo com Silva; Araújo; Firmino (2008, p.62),

[...] por meio da compreensão da natureza humana, sua atenção é direcionada para as necessidades holísticas do paciente. Cabe ao profissional identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada ser cuidado, planejando e implementando ações que permitam ao indivíduo o máximo controle sobre sua própria vida e doença. Preservar a autonomia do paciente, exercitando sua capacidade de se autocuidar, reforçando o valor e a importância da participação ativa do doente e seus familiares nas decisões e cuidados ao fim da vida, permitindo uma melhor vivência do processo de morrer. Quem faz Cuidados Paliativos tem um desafio a mais: ser maleável, entender que é desejável atender às necessidades do paciente em detrimento, às vezes, de algumas normas e protocolos de serviço e até... de algumas vaidades pessoais.

Nesse contexto, fica evidente destacar que a perda de tempo com medidas curativas deve ser evitada, direcionando a equipe do cuidado para fomentar o entendimento do paciente sobre o processo de cuidar e a importância da participação ativa do mesmo nas medidas paliativas, pois com isso haverá possibilidades de mudanças de atitudes consideráveis, promovendo autoconsciência e autocuidado. Entender que na relação profissional de saúde e paciente existem expectativas de se estabelecer uma troca sensível e proveitosa do aprendizado, onde cada encontro se transforme em uma oportunidade de se estar com o outro para aprender e direcionar a prática da observação. Uma relação de cumplicidade permite efetivar a tão sonhada humanização, pois a partir daí, com certeza será possível melhorar o vínculo afetivo, juntamente com as ações desenvolvidas na práxis profissional.

Para Santos (2009, p. 90), o outro é um “ser único, construtor de uma história que, assim como a nossa, terá um desfecho e a dignidade será atingida quando o auxiliarmos a assinar, com dignidade, a última página do livro da vida”, e deve, portanto, ser respeitado na íntegra, ou seja, concedendo-lhe oportunidade para escolhas conscientes e direcionadas para a sua vida, levando em conta a dignidade e autonomia do mesmo.

A ideia empregada, remete o saber de que as ações de conforto estão direcionadas para busca do alívio e sofrimento humano diante da morte, torna-se necessário o expandir a compreensão do ser humano para além de sua dimensão biológica, uma vez que entende-se que a grande síntese da espiritualidade no fim da vida está vinculada à reconciliação

com tudo e todos.

Entretanto, se tem conhecimento de que entre as principais dificuldades que abordam a questões espirituais no final da vida está, entre outras situações, o próprio desconhecimento da equipe de saúde a respeito da sua espiritualidade e, ainda, a ignorância do paciente em relação à sua finitude, o que acaba por impactar sobremaneira estes parâmetros, uma vez que a morte é a última crise, não a ser enfrentada, mas sim, aceita como um processo natural da vida, a mesma também, é tida como uma oportunidade para o crescimento espiritual, sendo seu grande desafio, o de manter íntegra a identidade da pessoa diante da desintegração total.

Saporetti (2008, p. 528) em suas pesquisas representa esse pensamento para um desfecho com êxito no contexto reflexivo sobre o conhecimento das diferentes tradições espirituais, assim como, a clareza com relação as suas próprias questões espirituais auxiliará muito no cuidado do paciente nessa fase da vida.

Portanto, não é possível auxiliar alguém em suas questões espirituais sem antes conhecer a sua própria espiritualidade.

Diante do exposto, faz-se necessário que a equipe esteja disposta a trabalhar com as variadas crenças e a fé do paciente sem, em nenhum momento, pregar a sua verdade.

Desta forma, os cuidadores deverão ser orientados com relação ao respeito à individualidade do paciente, sendo que o cuidado espiritual cabe a todos os envolvidos, todavia, a assistência religiosa, com seus ritos e sacramentos, deve ser incentivada pela equipe e ministrada pelo sacerdote habilitado, a saber o capelão hospitalar da unidade de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo, guiado sob a luz da proposta da pesquisa, fez-se necessário para alcançar um bom resultado, a delimitação das atividades investigadoras para uma dimensão específica do cuidado paliativo na análise holística do ser humano bio-psico-social-espiritual, na promoção de um cuidado de qualidade. Até porque, a qualidade do cuidado é representada pela humanização que incita reflexões paradoxais do adjetivo humano que contrapõe o adjetivo desumano.

Quando enxergarmos o semelhante em sua totalidade, o cuidado se torna mais completo. Porém, o olhar do profissional de Cuidados Paliativos para o paciente deve ser individual e, preferencialmente, específico, pois cada ser humano constitui-se como um ser único, dotado de particularidades próprias.

Assim, o sofrer com os conflitos abarca níveis diferentes e individualizados, isso vai depender de como é encarado o problema que decorre da experiência de vida, onde, uns são mais fortes que outros. Isso significa dizer, que no sofrimento da doença, a análise da totalidade é importante, porém deve-se considerar a subjetividade do paciente, pois

se difere um do outro, isso faz com os cuidados sejam dispensados de acordo com a especificidade do enfermo para que possamos chegar ao ser total de cada um.

Os profissionais de saúde devem olhar para os seus pacientes de maneira holística e empática, utilizando-se de alteridade no processo de saber/fazer saúde paliativa para pacientes que têm de enfrentar a dura realidade do fim da vida.

A fragilidade humana, neste contexto, representa um grande desafio para os profissionais da área da saúde que lidam diretamente com pacientes oncológicos sem possibilidade terapêutica de cura. Entretanto, esses profissionais devem ser treinados de forma que possam prestar uma assistência humanizada, que permitam ao paciente demonstrar sua autonomia e dignidade para que haja uma melhor qualidade de vida.

Essa formação deve ser empregada desde a graduação, mas a educação continuada também prosseguirá no ambiente de trabalho, para que seja garantido ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica de cura, a medicina paliativa sem ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, participação ativa na escolha das melhores condições de tratamento, apoio à família e ao seu sofrimento, autonomia no cuidado e uma morte digna – ortotanásia. Pois todos temos o direito de viver melhor até o último minuto de nossas vidas.

Isto só será possível após entendermos realmente o significado da filosofia paliativa, ou com a implementação dos Cuidados Paliativos, onde a equipe de saúde deve favorecer o acolhimento contínuo, transmitindo informações objetivas e ofertando escuta ativa que possibilite o reconhecimento da demanda subjetiva e singular do usuário durante todo o processo de atenção à saúde.

Às vezes, não basta somente conhecer os procedimentos técnicos em cuidados paliativos de pacientes à beira da morte; é preciso ir além.

A alma do paciente se revela em sua essência humana como componente de sua espiritualidade que o faz diferente dos outros seres vivos do planeta. A dor e o sofrimento podem ser físicos, mas também espirituais, sendo a cura possível, o apoio subjetivo traz alívio e esperança de reabilitação. Entretanto, diante da incurabilidade não se pode insistir em tratamentos fúteis, desnecessários. Há como ser técnico e não deixar de ser humano, onde a verbalização pode ajudar. Porém, caso isso não seja possível, esteja ciente de que o silêncio fala mais que muitas palavras e, neste caso é preferível o toque das mãos, pois a medicação alivia a dor e a meditação fortalece o espírito.

Quando tudo parece perdido e as lágrimas são inevitáveis, as palavras não confortam, pois escapam de nossas mentes por falta de segurança frente à finitude humana, é preciso se calar e utilizar o toque das mãos. Esse simples gesto pode revelar amor e até curar a alma dos pacientes que apresentam um câncer agressivo e estão desesperançados, pois se as palavras não conseguem alcançar o outro, e sentimos fragilizados diante dos cuidados paliativos de pacientes no fim da vida, a mão representa uma ferramenta poderosa para quem a sabe usar. Nesse contexto, deve-se buscar informações relevantes, mesmo que

de outras áreas de atuação para ajudar no tratamento do paciente, fortalecendo assim, o vínculo entre as partes.

O olhar para o eu interior do outro, revela suas necessidades mais impactantes a serem captadas nos momentos de dor e sofrimento. Para poder entender sua dignidade plena nas dimensões bio-psico-socio-espiritual, os profissionais de saúde devem usar de alteridade. O olhar holístico fará com que eles enxerguem além do que os olhos podem ver.

A esperança trazida pela fé o alimenta no sentido de que a vida após a morte não será efêmera, e sim, eterna, sem dor e sem sofrimento, onde todas as suas lágrimas serão enxugadas e o que era, não será mais.

CONTRIBUIÇÃO DO AUTOR CORRESPONDENTE

SANTOS, E. B. – participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão/correção do conteúdo do manuscrito até a aprovação final do artigo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.M.; PIRES JR, H. **Subjetividade da subjetividade:** a propósito da relação entre Kierkegaard e Foucault. *Anais da XIII Jornada Internacional de Estudos de Kierkegaard da SOBRESKI – Sociedade Brasileira de Estudos de Kierkegaard*. Vitória da Conquista, 2013.

BARRA, D.C.C. et al. **Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, mar-abr.; 63(2):203-8, 2010.

BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível – Hospitalidade:** direito e dever de todos. Petrópolis: Vozes; 2005.

_____. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

DREHER, S.C. **Musicoterapia e oncologia.** In: *Sofrimento, resiliência e fé*. Organizado por HOCH, L.C. e ROCCA, S.M. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

DUARTE, A. **Heidegger e o outro:** a questão da alteridade em ser e tempo. Departamento de Filosofia da Universidade Federal do Paraná – UFPR. *Natureza Humana* 4(1):157-185, jan-jun. 2002.

Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. **Palliative care and spirituality:** an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(3):554-63. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>>. Acessado em jan/2017.

FARAH, O.G.D.; SÁ, A.C. (Orgs.). **Psicologia aplicada à enfermagem.** Barueri: Manole, 2008.

MACIEL, M.G.S. **Cuidados Paliativos:** definições e princípios. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

MOURA, G.M.S.S.; DALL'AGNOL, C.M.; MAGALHÃES, A.M.M. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem**: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Joint Commission Resources. Trad. Ana Thorell. Porto Alegre, 2008.

OLIVEIRA, R.M.K. **Implicações para as relações de cuidado**. In: Sofrimento, resiliência e fé. Organizado por HOCH, L.C. e ROCCA, S.M. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

SANTOS, F.S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SAPORETTI, L.A. **Espiritualidade em cuidados paliativos**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

SAUNDERS, C.M. **La filosofía del cuidado terminal**. In: Saunders CM. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Argentina: Salvat, 1980.

SIEDLER, A.J. et al. O. **Humanização em ação**: sensibilizando os profissionais para o processo de humanização. In: *Boletim da Saúde*. Porto Alegre. vol.18. n.2. Jul/dez, 2004.

SILVA, M.J. P.; ARAÚJO, M.T.; FIRMINO, F. **Cuidados Paliativos**: Enfermagem. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

CAPÍTULO 11

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ESTUDO QUALITATIVO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Danielle Cristina Bandero Antunes Vizzotto

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/000-0003-2501-9536>

Alessandra Schonberger

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0697-3375>

Aline Lima Pestana Magalhães

Universidade Federal de Santa Catarina.
Departamento de Enfermagem
Florianópolis, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8564-7468>

Neide da Silva Knihs

Universidade Federal de Santa Catarina.
Departamento de Enfermagem
Florianópolis, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-0639-2829>

Sandra Mara Marin

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3447-9473>

Olvani Matins da Silva

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4285-3883>

RESUMO: Introdução: o processo de doação de órgãos é abrangente e envolvendo diversas etapas, cada uma com suas peculiaridades legais e éticas, as quais devem ser guiadas com segurança e qualidade no atendimento à família doadora, bem como ao paciente que receberá o órgão para transplante. **Objetivos:** compreender como os profissionais de Enfermagem desenvolvem a cultura de segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. **Método:** estudo exploratório, descritivo, qualitativo, realizado em um hospital do oeste catarinense com 11 profissionais da equipe de Enfermagem, de ambos os sexos, com experiência mínima de um ano no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2016 por meio de entrevista estruturada. A análise dos dados foi sustentada pela técnica de Análise de Conteúdo. O projeto seguiu os preceitos éticos que envolve pesquisa com seres humanos e foi aprovado sob o parecer nº 1.686.546. **Resultados:** a maioria dos participantes eram do sexo feminino, idade entre 30-40 anos, com jornada de trabalho de 40 horas semanais e tempo de atuação de dez anos na instituição. Foram reveladas três categorias sustentadas por 13 subcategorias. As categorias desenvolvidas foram: concepção sobre a cultura de segurança do paciente; estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente; e fatores que dificultam a cultura da segurança do paciente. **Conclusão:** a cultura da segurança do paciente no processo de doação e transplante está postulada entre a equipe de Enfermagem no que se refere à higienização das mãos, identificação

do paciente e utilização dos protocolos para a implementação da prática clínica. No entanto, a melhoria na estrutura hospitalar e a valorização profissional são aspectos a serem aprimorados.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Transplante de órgãos; Cultura Organizacional; Equipe de Enfermagem.

SAFETY CULTURE IN ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION: QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT: Introduction: the process of organ donation is comprehensive and involves several stages, each one with its legal and ethics particularities, witch must be guide with security and quality on the assistance to the donor family, as well as to the patient who will receive the organ to transplant. **Objectives:** understanding how the Nursing professionals develop the patient security culture on the donation process and organs and tissues transplant. **Method:** exploratory study, descriptive, qualitative, performed at a hospital from west of Santa Catarina with 11 professionals of Nursing team of both sexes, with minimal experience on organs donation and tissues for transplant. The data collect occurred in December of 2016 by means of a structured interview. The data analysis was sustained by Content Analysis technique. The project followed the ethic precepts that involve the researches with humans and was approved under the nº 1.686.546 feedback. **Results:** the majority of the participants were of female sex, age between 30-40 years old, with work journey of 40 hours in the institution. The categories developed were: conception about the security culture of the patient; strategies to the security culture of the patient promotion; and factors that hinder the security culture of the patient. **Conclusion:** the security culture of the patient on the process of donation and transplant is postulated between the Nursing team regarding to hands sanitation, patient identification and using the protocols to the implementation of the clinical practice. Meanwhile, the improvement in the hospital structure and the professional valuation were aspects to be enhanced.

KEYWORDS: Patient Safety, Organ Transplantation, Organizational Culture, Nursing, Team.

1 | INTRODUÇÃO

Eventos adversos e incidentes no cenário da saúde são definidos como um imprevisto cujo potencial pode causar lesões aos pacientes, sendo classificados de acordo com a circunstância em que ocorrem, recebendo denominações de quase erro, erro sem dano ou erro que causa dano, comprometendo a integridade do paciente e podendo ser chamado de evento adverso. Os eventos adversos são os mais indesejáveis (DUARTE et al., 2015; ROQUE; TONINI; MELO, 2015).

Estudo desenvolvido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) confirmou 324 eventos adversos em 115 pacientes, com taxa de incidência de 9,3 eventos adversos por 100 pacientes-dia, e a ocorrência de evento adverso impactou o aumento do tempo de internação (19 dias) e a mortalidade (ROQUE; TONINI; MELO, 2015).

Ainda, nesse cenário, destacam-se a insegurança e o medo da equipe de saúde

em notificar esses eventos frente à preocupação da punição, tornando esse ambiente propício a permanecer no erro e minimizando a possibilidade de ser pactuada a cultura de segurança pela equipe (DUARTE et al., 2015).

Estudo transversal realizado em três unidades hospitalares no Sul do Brasil, com uma população de 71 profissionais da saúde, analisou a cultura de segurança em relação aos erros e eventos adversos na percepção de profissionais de saúde, utilizando o instrumento avaliativo *Survey on Patient Safety Culture*. O mesmo evidenciou que a maioria dos profissionais percebe a comunicação das falhas na assistência para a disseminação da cultura de segurança como desfavorável e aponta existir uma cultura punitiva presente na instituição (SOUSA et al., 2016).³

Em outro estudo que utilizou o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para mensurar a cultura de segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva encontrou como respostas dos participantes que um erro ou quase erro era relatado por 45% dos profissionais, entretanto uma parcela de profissionais relatou raramente notificar um erro se percebido antes de prejudicar o paciente. A notificação de eventos adversos é útil para gerar indicadores e planejar melhorias nos serviços de saúde, independente da área (TEODORO et al., 2020), beneficiando diretamente o paciente e indiretamente à equipe multiprofissional e à instituição.

Nesse sentido, se faz necessário e prudente pensar na cultura de segurança do paciente no contexto da doação e transplante de órgãos pela complexidade do processo e por ser uma temática pouco explorada na literatura nacional e internacional. O processo de doação é abrangente, envolvendo diversas etapas distintas, cada qual com sua peculiaridade legal e ética. Esse processo deve ser guiado no sentido de propor segurança e qualidade no atendimento à família doadora, bem como ao paciente que receberá o órgão para transplante (MAGALHÃES et al., 2017).

O processo de doação enfrenta dificuldades e fragilidades importantes, em especial, quanto ao conhecimento da equipe de saúde para conduzir cada etapa proposta pela legislação vigente no país, bem como em questões logísticas e de estrutura nos serviços de saúde (BRAISL, 2017a; BRASIL, 2017b). Essa realidade pode acarretar, em muitos momentos, a perda do potencial doador ou até mesmo a perda do paciente que recebeu o órgão (MAGALHÃES et al., 2017; COSTA et al., 2017).

Assim, destaca-se a necessidade de investigação da cultura de segurança no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, visto que os dados podem subsidiar gestores e governantes a aprimorar os serviços de doação, bem como proporcionar mais segurança ao paciente e à equipe que atua neste processo.

Diante do exposto, objetivou-se compreender como os profissionais de Enfermagem desenvolvem a cultura de segurança do paciente no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

2 | METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, qualitativo, derivado de um macroprojeto intitulado “Cultura de segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos em Santa Catarina”.

Os participantes do estudo foram profissionais da equipe de enfermagem que atuam no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e executam suas atividades na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dos 41 profissionais, 11 fizeram parte do estudo. Quanto aos critérios de inclusão: ter experiência mínima de um ano no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante; maiores de 18 anos de ambos os sexos. Critérios de exclusão: estar substituindo férias na referida unidade ou aqueles em afastamento.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de dezembro de 2016 em um hospital público no oeste catarinense que possui 319 leitos e conta com o serviço da Comissão Hospitalar de Transplante (CHT) nível III.

Para proceder à coleta de dados, efetuou-se contato previamente com a chefia do setor para explicar sobre a pesquisa. Em seguida, foi realizado convite aos demais profissionais para que participassem do estudo. Foram conduzidas entrevistas estruturadas, sendo utilizadas as seguintes questões norteadoras: a) fale-me quais estratégias você utiliza para desenvolver a cultura de segurança do paciente em seu contexto de trabalho?; b) na sua concepção, quais fatores podem contribuir para a promoção da cultura da segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos?; c) Conte-me quais fatores dificultam a promoção da cultura da segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos?; d) Quais recomendações você sugere para melhorar a cultura de segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos?

As entrevistas foram realizadas na própria instituição, em local reservado, em data e horário definidos pelos profissionais, com duração de aproximadamente 15 minutos, gravadas em meio digital, com a autorização prévia dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, as entrevistas foram transcritas na íntegra em documentos do *Microsoft Word*® 2010. Destaca-se que, quando necessário, as pesquisadoras retornaram aos participantes para esclarecer possíveis dúvidas.

A análise dos dados ocorreu por meio da Análise de Conteúdo, e foi organizada em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina via Plataforma Brasil, sendo aprovado no dia 17 de agosto de 2016 sob o parecer nº 1.686.546 e CAAE 55740816.1.0000.0118. Para preservar o anonimato, as falas dos profissionais foram identificadas com a letra “e” seguida do número de ordem da

entrevista (e1, e2, ..., e11).

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 11 profissionais da equipe de Enfermagem, sendo quatro enfermeiros e sete técnicos de Enfermagem. A maioria era do sexo feminino, com idade entre 30-40 anos, autodenominada branca, católica, em união estável. Quanto à escolaridade, 50% destes tinham o Ensino Médio completo; 40%, especialização e 10% não completaram a graduação. A jornada de trabalho estava em 40 horas semanais e a maioria tinha até dez anos de atuação na unidade.

A seguir serão apresentadas as três categorias sustentadas por 13 subcategorias.

A categoria Concepção sobre a cultura de segurança do paciente representa o entendimento que os profissionais possuem acerca da cultura de segurança do paciente, o qual se fundamenta nos protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde. Um desses protocolos vem embasado pela subcategoria **Segurança no uso da medicação**, por meio da qual se compreende a relevância e a ênfase dadas pelos profissionais quanto à segurança com o uso da medicação, com especial destaque na conferência dos certos da medicação.

A questão de medicação tem que se ter o cuidado de conferir sempre o que está sendo feito; que horas que está sendo administrado. Na medicação, sempre trabalhamos com cuidado integral ao paciente e à família (e1).

Outra concepção sobre a cultura de segurança está relacionada com a identificação do paciente, em que a equipe está centrada em conferir a identidade do paciente em cada atividade realizada.

Bom, acho que, primeiramente, a gente tem que conferir os dados dos pacientes com a documentação dele [...] perguntar o nome, data de nascimento, idade e verificar se conferem com os dados cadastrais que ele repassou quando deu entrada na instituição (e7).

Implementar o esquema de segurança com placas em todos os quartos com nome completo do paciente, idade, medicações que faz uso, se tem alergia, pulseiras identificadas com nome completo, dentre outros (e9).

A comunicação prejudicada é outro elemento da cultura de segurança destacado pelos participantes. Nesta subcategoria, apresenta-se a dificuldade da equipe de saúde no que se refere à comunicação entre a equipe, equipe e família, tanto na comunicação verbal quanto na escrita. As falas apontam para a necessidade de uma comunicação efetiva no cenário do processo de doação e transplante.

Eu acredito que [...] as letras ilegíveis de alguns profissionais comprometem o atendimento dos pacientes como deveriam ser (e8).

Mais orientação para o familiar que, muitas vezes, fica perdido, mais informação,

principalmente, no que diz respeito informação médico-familiar (e3).

Na subcategoria Higienização das mãos, os profissionais afirmam que essa prática deve ser um mecanismo empregado para a segurança do paciente, sendo a equipe responsável em desenvolver esta ação/técnica no sentido de propor qualidade na assistência desenvolvida ao paciente sob sua responsabilidade, independentemente de este ser um doador de órgãos.

Independente do paciente, ser um potencial doador ou não, é paciente. Em geral, em tudo que a gente faz, a gente precisa pensar na segurança do paciente. Desde o momento que a gente entra em nosso setor de trabalho, a lavagem de mãos é necessária (e10).

Primeiramente, a lavagem correta das mãos, assepsia, paramentação e o cuidado (e11).

Por meio da subcategoria *Risco de Quedas*, compreende-se a preocupação da equipe de saúde em prevenir tal evento adverso, tendo como cuidados centrais a utilização da escala de Morse, a contenção mecânica e o uso de camas com grades de proteção, o que contribui para a cultura de segurança do paciente no contexto do estudo.

Já foi implantada como segurança do paciente a escala de Morse em que são realizadas várias perguntas e classificados os pacientes como baixo, moderado e alto risco. A partir disso, são realizadas orientações para o paciente e seus familiares (e9).

A categoria **Estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente** representa a preocupação dos profissionais da equipe em utilizar equipamentos de segurança, ferramentas e protocolos que possam guiar a prática clínica e o seu aperfeiçoamento no sentido de promover a cultura para garantir a segurança do paciente e família que estão sob os seus cuidados durante o período da hospitalização.

Na subcategoria *Biossegurança e precaução padrão*, nota-se o foco da equipe no uso de equipamento de proteção individual, bem como a utilização de protocolos e guias para subsidiar a prática diária, em especial, quanto à correta aplicação de isolamento após o procedimento do transplante.

Em primeiro lugar, uso correto de EPIs, equipamento de proteção de uso individual, a lavagem rigorosa das mãos, antes e após qualquer procedimento, o controle de visita, restrição nas primeiras 24h após o transplante [...]. Paciente também fica em isolamento de contato e protetor durante todo o seu internamento (e9).

Por meio da subcategoria *Educação Continuada*, os profissionais mencionam esta estratégia como sendo um caminho para a promoção da cultura de segurança, instrumentalizando a equipe multidisciplinar no manejo com o paciente, bem como no manejo com a família.

Acho que é importante a capacitação de toda a equipe, que todos estejam engajados no mesmo propósito, mais conscientização do que é o protocolo da morte encefálica, para a gente e para a família [...]se todo mundo entendesse um pouco mais do processo, do

protocolo de morte encefálica, do transplante de órgãos, eu acho que facilitaria bastante (e10).

A subcategoria *Padronização dos processos de cuidados e administrativos* representa a utilização de ferramentas de gestão como estratégias efetivas para promover a cultura de segurança do paciente, segurança no processo e qualidade da assistência prestada pela equipe. Os instrumentos apontados pelos participantes foram a escala de Morse, protocolos assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Também já foi implantado como segurança do paciente a escala de Morse [...]. Agora, também, estamos implantando a SAE, que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Acredito que isso contribuirá para segurança do paciente (e10).

A gente usa bastante os POPs, os treinamentos que são feitos, que ajudam a gente se direcionar mais para prestar esse serviço com mais qualidade (e4).

No que se refere à subcategoria *Atenção integral ao paciente e à família*, compreende-se a preocupação da equipe quanto ao cuidado dos familiares no período de hospitalização. Os profissionais reforçam a importância de estabelecer um vínculo e uma aproximação, facilitando a compreensão da família sobre o processo de doação, além de proporcionar uma comunicação efetiva e segura em cada etapa que envolve o cenário da doação e transplante de órgãos e tecidos.

A segurança do paciente, nesse caso específico, eu acho que tem que estar sempre bem com a família. A família é a chave de todo o processo, para qualquer doação. Tu tens que ter um bom atendimento ao paciente no qual ele, por sua vez, pode ser um potencial doador no futuro. Tem que estar sempre trabalhando com essa situação, deixando a segurança do paciente em primeiro lugar (e1).

A categoria **Fatores que dificultam a cultura da segurança do paciente** está ancorada pelos principais desafios da equipe de Enfermagem em implantar e aderir às novas mudanças na unidade de internação no sentido de promover e disseminar a cultura de segurança. Essa categoria vem apoiada por quatro subcategorias que serão descritas abaixo.

A subcategoria *Dimensionamento do pessoal de Enfermagem* revela que a quantidade de profissionais insuficiente na unidade pode comprometer o cuidado ao paciente transplantado. Além disso, a rotatividade da equipe aparece como um fator dificultador para a cultura de segurança devido à sobrecarga de trabalho e à troca frequente de profissionais na equipe, o que dificulta as melhorias na assistência de Enfermagem e o desenvolvimento da cultura de segurança nesse contexto.

O que dificulta muito é a quantidade de paciente que a gente assume porque os pacientes que são transplantados, na primeira hora, requerem um cuidado muito alto e a gente tem um pouco de sobrecarga de trabalho (e6).

Outro fator elencado pelos participantes é a valorização profissional. Nesta

subcategoria, os participantes afirmam que a pouca valorização profissional gera a desmotivação dos profissionais diante do pouco reconhecimento da gestão do trabalho executado, provocando o sentimento de oferecer uma assistência diária baseada na obrigação e fazendo com que estes não tenham interesse para promover mudanças no ambiente de trabalho.

São várias as recomendações, inclusive, a primeira delas, é o salário que, se fosse maior, estimularia mais a gente a trabalhar, fazer um trabalho mais completo. A falta de funcionários, a carga horária de 30 horas. Que se fosse [implementada], você conseguiria dar mais atenção direcionada ao paciente, você teria mais tempo para prestar esse serviço (e4).

A subcategoria *Qualificação profissional* revela que a qualificação interfere na cultura de segurança. A ausência desta qualificação, ou a não execução do aprendizado adquirido por meio dos treinamentos, pode dificultar o trabalho em equipe.

Eu acho que, em relação à segurança, o despreparo do profissional, não que ele não tenha recebido um treinamento teórico prático, porém, muitas vezes, eles (os técnicos) não colocam em prática o que eles aprenderam. Além disso, existe falta de conhecimento (e7).

A subcategoria *Recursos materiais* mostra a dificuldade da equipe para desenvolver as atividades da prática diária, bem como disseminar a cultura de segurança, visto que há falta de materiais, equipamentos, além de deficiência na estrutura física e falta de leitos na instituição para atender ao paciente.

Um dos fatores que eu vejo que dificulta é a nossa estrutura física. Hoje, a gente não tem uma sala apropriada para estar conversando com as famílias (e1).

Muitas vezes, falta de leito na UTI, onde o paciente é levado para um quarto e ali é mantido com cuidado de UTI nas primeiras 24h, entre outras intercorrências que possam vir acontecer (e9).

DISCUSSÃO

No transcorrer da análise das informações obtidas junto aos participantes do estudo, compreende-se que eles reconhecem a importância e a necessidade do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas fases do processo de doação, bem como junto aos outros pacientes e familiares na hospitalização na unidade.

Ao longo das falas dos participantes, nota-se que esses apontam questões peculiares para o desenvolvimento da segurança no processo de doação, bem como para a disseminação da cultura de segurança nas etapas subsequentes que envolvem esse processo, ao mesmo tempo em que apontam as fragilidades no dia a dia de trabalho, as quais dificultam ou até mesmo impedem a implantação da cultura de segurança.

Dentre as diversas informações relevantes apresentadas no estudo, destaca-se a

preocupação da equipe quanto à comunicação efetiva junto à família. Em algumas falas, os profissionais destacam a necessidade da família ser inserida em todo o processo de hospitalização. Eles apontam que a comunicação é a melhor maneira de estabelecer vínculo, relação de confiança e entendimento do processo de doação junto a família. Esse é um achado de extrema relevância tendo em vista que, para muitos profissionais, a família é responsável pela doação de órgãos e tecidos (FONSECA et al., 2016; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2016).

Contudo, entende-se que é por meio de uma comunicação efetiva que o processo se torna mais seguro, a família, mais satisfeita e mais propensa à doação. Destaca-se que, até a decisão da doação, a família perpassa por distintas etapas relacionadas à comunicação, as quais envolvem: comunicação da gravidade; comunicação sobre o início do protocolo de ME; comunicação da morte e, por fim, a informação sobre a doação de órgãos (BOCCI et al., 2016; CAJADO, 2017).

Nessa perspectiva, as metas de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde apontam a comunicação não eficaz como um dos principais fatores de eventos adversos. Quando relacionada ao processo de doação, por ser este um processo com alto fluxo de informações, poderá gerar prejuízos imensuráveis à família doadora e ao receptor do órgão (FONSECA et al., 2016; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2016; LINK, 2018).

Outra informação que se ressalta do estudo direciona-se à preocupação da equipe quanto à segurança das ações de saúde desenvolvidas por eles, em especial, quanto à higienização das mãos, uso de EPIs, utilização de protocolos e guias para subsidiar as atividades da prática diária. A percepção da equipe quanto a essas informações pactua a visão desses profissionais para as mudanças no ambiente de trabalho, bem como aponta a oportunidade de inserir, nessa unidade, a cultura de segurança, visto que compreendem a necessidade de promover ações de saúde que proporcionem qualidade na assistência no processo de doação e no transplante. Um dos entrevistados destaca a responsabilidade da equipe em manter o isolamento para os pacientes em pós-transplante, viabilizando a proteção ao paciente por este encontrar-se com baixa imunidade.

Frente a esses achados, destacam-se, ainda, a importância e a responsabilidade legal do profissional da Enfermagem em assegurar assistência livre de danos por meio da higienização das mãos (BELELA-ANACLETO et L., 2017). Ainda nesta perspectiva de ações seguras, pontua-se que o desenvolvimento de cuidados, quando embasados por meio de ferramentas, protocolos e guias de cuidados, assegura e promove qualidade da assistência em saúde (PAIXÃO et al., 2018). No cenário da doação e transplante de órgãos a segurança se direciona aos aspectos relacionados a administração de medicamentos, assistência no perioperatório, comunicação, informações completas (ROZA et al., 2019).

Os profissionais salientam que a educação continuada no ambiente de trabalho é uma estratégia para o desenvolvimento da cultura de segurança no contexto da doação e transplante. Por este processo ser complexo e envolver etapas distintas e peculiares, em

especial, na identificação do potencial doador, validação do potencial doador, manutenção do potencial doador, diagnóstico da morte encefálica, comunicação da morte, informação sobre doação, notificação à Central de Transplantes, logística da retirada e implante do órgão. Todas essas etapas devem ocorrer de maneira sincronizada por profissionais habilitados, capacitados e conhecedores da legislação vigente que subsidia esse processo (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). A pouca ou a falta de habilidade da equipe nesse processo pode acarretar em graves erros (MAYNARD et al., 2015; KNIHS et al., 2015).

A compreensão da equipe quanto à necessidade de educação continuada para a promoção da cultura de segurança, bem como no processo de doação, corrobora com estudos que apontam a fragilidade dos profissionais em conduzir certas etapas do processo de doação, acarretando sérios problemas na distribuição de órgãos viáveis para o transplante (KNIHS et al., 2020).

Ainda na abordagem da viabilidade da segurança de órgãos viáveis para transplante, outro achado importante do estudo relaciona-se à preocupação do enfermeiro na utilização de instrumentos gerenciais e da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação, visando à segurança e ao aprimoramento da cultura de segurança. A SAE proporciona o desenvolvimento do cuidado de maneira integral, individualizada, organizada, segura e de qualidade. Nessa perspectiva, a SAE oportuniza maior segurança no processo de cuidar ao paciente que vivencia a doação e o transplante (PEREIRA et al., 2017).

Consoante à proporção de segurança que a SAE pode direcionar ao cuidado, pontua-se que, no processo de doação, a SAE empodera o enfermeiro no cuidado a um paciente mantido artificialmente com particularidades ímpares de cuidado, em especial, na manutenção dos órgãos. Destaca-se que o enfermeiro tem a responsabilidade e o compromisso ético em desenvolver a SAE no cuidado ao potencial doador de órgãos e tecidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019). Ainda, considerando o baixo conhecimento da equipe na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos (VESCO et al., 2016; LOMERO et al., 2015), a SAE traz a oportunidade de promover um cuidado seguro e efetivo no processo.

Contudo, para a efetivação desse processo, é imperativa uma equipe sólida e motivada, pois a rotatividade da equipe, o número insuficiente de profissionais ou a sua desvalorização, além da escassez de recursos materiais, podem fragilizar a segurança dos pacientes, da equipe e do ambiente.

Frente à apresentação e discussão dos principais achados, este estudo apresenta forte impacto de melhorias no sistema de doação e transplantes ao expor estratégias factíveis de serem implantadas nas instituições de saúde, as quais podem apoiar, respaldar e subsidiar a segurança do processo de doação, bem como contribuir com a disseminação da cultura de segurança nos ambientes de saúde diretamente envolvidos na doação de órgãos e transplantes.

CONCLUSÃO

O estudo buscou compreender como se desenvolve a cultura de segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos para profissionais de Enfermagem. Assim, destaca-se que os participantes compreendem a importância da segurança do paciente no ambiente de trabalho, visto que esses referenciam o cuidado quanto à administração de medicação, identificação do paciente e à necessidade da comunicação efetiva. Ainda, percebem a importância de atividades diárias serem desenvolvidas por meio da técnica segura, apoiada nas diretrizes da biossegurança, por protocolos, educação continuada e *guidelines*.

Desse modo, existe uma cultura da segurança do paciente no processo de doação e transplante postulada entre os profissionais no que se refere à higienização das mãos, identificação do paciente e utilização dos protocolos para a implementação da prática clínica.

No que se refere às principais oportunidades para disseminar a cultura de segurança, destacam a melhoria na estrutura hospitalar, com a disponibilização de recursos materiais, e a valorização da equipe de saúde. Quanto ao processo de doação, reconhecem, como oportunidade de disseminação da cultura de segurança, uma comunicação efetiva com a família e equipe, capacitação da equipe de saúde para atuar nesse processo e a implantação da SAE.

REFERÊNCIAS

DUARTE, S.C.M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015.

ROQUE, K.E.; TONINI, T; MELO, E.C.P. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, e00081815, Oct. 2016.

SOUSA, A.F.L. de et al. Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 864-871, Oct. 2016.

TEODORO, R.F.B.; SILVA, A.S.; CARREIRO, M.A.; BILIO, R.L.; PAULAS, D.G. Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. v.12, p.463-470.

MAGALHÃES, A.L.P.; LANZONI, G.M.M; KNIHS, N.S.; SILVA, E.L.; ERDMANN, A.L. Patient safety in the process of organ and tissue donation and transplant. **Cogitare Enferm.** v.22, n.2: e45621.

BRASIL. Decreto n. 9.175, de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento [Internet]. Brasília: Presidência da República, 2017a.

BRASIL. Resolução 2.173 de 23 de novembro de 2017. **Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica**. Diário Oficial da União [Internet]. 2017b [cited 2018 Nov 15]; 240:50-275.

COSTA, I.F et al. Weaknesses in the care for potential organ donors: the perception of nurses. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 130-137, Apr. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

FONSECA, P.I.M.N. et al. Situações difíceis e seu manejo na entrevista para doação de órgãos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe4, p. 69-76, out. 2016.

LEITE, N.F.; MARANHÃO, T.L.G; FARIAS, A.A. Captação de Múltiplos Órgãos: os Desafios do Processo para os Profissionais da Saúde e Familiares. **Rev Psic** [Internet]. v.11, n.34, p. 247-70, 2017.

BOCCI, M.G.; D'ALO, C.; BARELLI, R.; INGUSCIO, S.; PRESTIFILIPPO, A.; DI PAOLO, S. Taking care of relationships in the intensive care unit: positive impact on family consent for organ donation. **Transplant Proc.** v.48, n.10, p.3245-50, 2016.

CAJADO, MCV. The family experience in light of the possibility of organ and tissue donation for transplantation. **J Psychol Diversity Health.** v.6, n.2, p.114-20, 2017.

LINK, T. Guideline implementation: team communication: 1.8 **AORN J.** v.108, n.2, p.165-77, 2018.

BELELA-ANACLETO, A.S.C.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 2, p. 442-445, Apr. 2017 .

PAIXAO, D.P.S.S. et al . Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 1, p. 577-584, 2018.

ROZA, B.A et al. Modelos e iniciativas de biovigilância e transplante: uma revisão narrativa. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 10-16, 2019. DOI: 10.22239/2317-269x.01403.

MAYNARD, L. O. D.; LIMA, I. M. S. O.; LIMA, Y. O. R.; COSTA, E. A. Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 122-144, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v16i3p122-144.

KNIHS, N.S.; ROZA, B.A.; SCHIRMER, J.; FERRAZ, A.S. Application of Spanish quality instruments about organ donation and transplants validated in pilot hospitals in Santa Catarina. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 3, p. 323-332, Sept. 2015 .

KNIHS, N.S; CABRAL, A.S.; MAGALHÃES, A.L.P; BARRA, D.C.C, LANZONI, G.M.M.; SILVA, O.M. Assessment of safety culture in organ donation. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 73, n. 2, e20180514, 2020.

PEREIRA, G.N.; ABREU, R.N.D.C; BONFIM, I.M.; RODRIGUES, A.M.U.; MONTEIRO, L.B.; SOBRINHO, J.M. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enferm Foco** v.8, n.2, p.21-25, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 611, de 30 de julho de 2019. **Atualiza a normatização referente à atuação da Equipe de Enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, e dá outras providências.** [Internet]. Brasília: COFEN, 2019

VESCO, N.L.; NOGUEIRA, C.S; LIMA, R.F; SOUZA, V.N; BRASIL, B.M.B.B; VIANA, C.D.M.R.V. Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev enferm UFPE on line.** v.10, n.5, p.1615-24, 2016.

LOMERO MM, RASERO MJ, FUENTES L, JAUME M. Knowledge and attitude of health personnel at the garraf health consortium regarding donation and transplantation. **Transplant Proc.** v.47, n.8, p.318-21, 2015.

DIREITOS HUMANOS E HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O QUE PENSAM COORDENADORES DE INSTITUIÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 09/04/2021

Mariana Costa Roldão Garcia

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFTM
Uberaba – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-6774-2792>

Rafael Silvério Borges

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFTM
Uberaba – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0003-3805-017X>

Rosimár Alves Querino

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFTM
Uberaba – Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-7863-1211>

RESUMO: A constituição do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) relacionou-se às denúncias de violações de direitos humanos e à defesa da atenção humanizada. O Movimento denunciou os fundamentos sociais, políticos e ideológicos da institucionalização da loucura e da exclusão das pessoas com transtornos mentais do convívio social. Desde então, a luta por direitos e pelo cuidado humanizado sustenta o modelo de atenção psicossocial e a organização da rede de atenção psicossocial (RAPS). O presente estudo investigou as percepções de coordenadores das instituições especializadas em saúde mental de município do interior de

Minas Gerais sobre direitos humanos (DH) e suas relações com a atenção humanizada às pessoas com transtornos mentais. De caráter descritivo e exploratório, o estudo foi desenvolvido com metodologia qualitativa. Os coordenadores responderam ao questionário de caracterização sócio demográfica e concederam entrevistas. A análise de conteúdo temática resultou em duas categorias: DH e Humanização. De modo amplo, os participantes refletiram sobre DH como direitos de quaisquer pessoas, para além de sua condição de saúde. Ampliaram sua abordagem no campo da saúde mental enfatizando o direito à singularidade; o acesso à bens e serviços como direitos sociais e o rompimento de estigmas e preconceitos. Nesta seara, advogaram a atuação dos profissionais na defesa de direitos das pessoas com transtornos mentais. A humanização da atenção desdobra-se, segundo os coordenadores, no reconhecimento do outro como sujeitos; no empoderamento dos sujeitos; na construção de vínculos; no acolhimento e escuta sem preconceitos e na construção de uma clínica antimanicomial. As perspectivas dos coordenadores da RAPS estão em sinergia com a reforma psiquiátrica e o modelo de atenção psicossocial para os quais a atenção humanizada é indissociável dos DH. A ampliação do debate com usuários, trabalhadores e comunidade é primordial para superar estigmas, efetivar direitos e fortalecer o modelo de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Direitos Humanos; Serviços comunitários de Saúde Mental; Humanização da Assistência.

HUMAN RIGHTS AND HUMANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE: WHAT DO COORDINATORS OF INSTITUTIONS OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION NETWORK THINK?

ABSTRACT: The constitution of the Anti-Manicomial Movement reports human rights violations and defends humanized care. The Movement denounced the social, political and ideological fundamentals of the institutionalization of insanity and the exclusion of people with mental disorders from social life. Thereafter, the fight for rights and humanized care has supported the psychosocial care model and the organization of the psychosocial care network. The present study investigated perceptions of the coordinators of institutions specialized in mental health in a municipality of Minas Gerais about human rights and their relations with humanized care for people with mental disorders. Descriptive and exploratory, the study was developed with qualitative methodology. The coordinators answered the socio-demographic characterization questionnaire and granted interviews. The analysis resulted in two categories: human rights and humanization. More generally, participants reflected on human rights as the rights of anyone, to beyond their health condition. They expanded their approach in the field of mental health, emphasizing the right to singularity; access to goods and services such as social rights and breaking stigma and prejudice. In this area, they advocated the role of professionals in the defense of the rights of people with mental disorders. The humanization of care unfolds, according to the coordinators, in the recognition of the other as individuals; in the empowerment of those individuals; in building bonds; in welcoming and listening without prejudice and in building an anti-manicomial clinic. The perspectives from the coordinators of the organization of the psychosocial care network are in synergy with psychiatric reform and the psychosocial care model for which humanized care is inseparable from human rights. The expansion of this debate with users of mental health institutions, workers and the community is a primordial movement to overcome stigmas, implement the rights of people with mental disorders and strengthen the model of assistance.

KEYWORDS: Mental health; Human rights; Community mental health services; Humanization of Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

O manicômio nasce da ignorância humana e o medo de não saber como lidar com a loucura, a diferença, a alteridade, no território, em terra livre. (AMARANTE; PITTA; OLIVEIRA, 2018, p. 08)

Historicamente, a institucionalização da loucura ocorreu com base no enclausuramento, na medicalização, estigmatização, despersonalização e mortificação do eu (BASAGLIA, 2010). Os manicômios, reconhecidos como instituições da violência, operaram com explícita violação de direitos humanos, motivo pelo qual a temática erigiu-se em um dos pilares da reforma psiquiátrica (BASAGLIA, 2010).

Em âmbito nacional, desde o final dos anos 1970, as instituições da violência e a lógica manicomial foram sistematicamente denunciadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A expansão do MTSM, com a incorporação de usuários, familiares e membros da sociedade civil, ensejou a constituição do Movimento da Luta

Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018). Tratou-se, desde então, de enfrentar o paradigma hegemônico da psiquiatria e explicitar as bases sociais que o sustentavam:

O processo [de desinstitucionalização] parte da denúncia da violência manicomial para evidenciar a existência de uma série de instituições, normas e procedimentos que se referem à sanidade, ao direito, à educação, à assistência social e às práticas de cidadania capturadas e consolidadas pela existência do manicômio. Há algo mais: a permanência de estruturas segregadoras na sociedade constrói as relações entre as pessoas, dirige o modo com o qual todos nós concebemos, no dia a dia, o que nos liga uns aos outros. (VENTURINI, 2016, p. 15).

Ante tais estruturas segregadoras, o MLA explicitou que a reforma psiquiátrica deve ser compreendida como amplo processo, constituído por dimensões jurídico-políticas, epistemológicas, técnico-assistencial e sócio-cultural (AMARANTE; TORRE, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018). Neste sentido, cabe considerar a construção do modelo de atenção psicossocial como parte de um processo civilizatório, com alterações profundas no modo como a sociedade brasileira tem desenvolvido mecanismos para coabitar a diferença (DESVIAT, 2018). Prima-se pela resignificação dos “lugares da loucura” (BIRMAN, 1992) por meio do exercício de direitos, ampla contratualidade e convivência e construção de (novos) territórios existenciais (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

Reconhecendo os direitos humanos como alicerce das práticas comunitárias e antimanicomiais e a reforma psiquiátrica como complexo processo social, delineou-se o presente estudo (AMARANTE, 2008; AMARANTE; NUNES, 2018; BIRMAN, 1992). Objetivou-se compreender as percepções dos coordenadores de instituições especializadas em saúde mental de município do interior de Minas Gerais sobre direitos humanos e suas relações com a atenção humanizada às pessoas com transtornos mentais.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

No estudo, de caráter descritivo, empregou-se a metodologia qualitativa. A abordagem qualitativa permitiu explorar em profundidade as percepções dos participantes do estudo sobre o tema proposto (MINAYO, 2017).

2.1 Cenário da pesquisa

O cenário de estudo foi um município do interior de Minas Gerais com os seguintes serviços especializados: um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II (um filantrópico e outro municipal), um CAPS – Ad (Álcool e Drogas) tipo III; cinco Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (dois filantrópicos e três municipais) e um hospital psiquiátrico (HP).

A pesquisa foi apresentada aos coordenadores dos diferentes pontos da RAPS, em reunião mensal do fórum de gestores, e todos aderiram à pesquisa.

2.2 Participantes

Os critérios de inclusão no estudo foram: atuar em instituições especializadas em saúde mental; exercer função de gestor, diretor ou referência técnica; estar no exercício das funções no momento da construção de dados. Os critérios de exclusão foram: estar afastado da função de gestão em decorrência de licenças por motivos de saúde ou gozo de férias. Todos os sujeitos elegíveis aderiram à pesquisa.

No período da construção de dados, o município possuía um gestor da diretoria de atenção especializada (DAPS) e oito gestores das instituições, pois o CAPS II filantrópico possuía dois coordenadores (um clínico e um administrativo); havia um coordenador para os SRTs municipais e outro coordenador para os SRTs filantrópicos. Assim, nove profissionais participaram do estudo. A tabela 1 apresenta a caracterização desses participantes.

	Instituição	Graduação	Pós-graduação	Atuação na saúde mental (em anos)	Atuação na instituição (em anos)
P1	Hospital psiquiátrico	Serviço Social	Mestre e doutorando	14	14
P2	CAPS II	Psicologia	Mestre	25	25
P3	CAPS II	Medicina	Especialista	26	25
P4	CAPS II	Serviço Social	Especialista	21	21
P5	CAPS – ad	Psicologia	Especialista	21	16
P6	CAPSi	Psicologia	Especialista	16	16
P7	SRT	Enfermagem	Especialista	4	4
P8	SRT	Enfermagem	Não possuía	5	5
P9	DAPS	Psicologia	Especialista	7	4

Tabela 1: Participantes do estudo segundo profissão, escolaridade, tempo de atuação na área da saúde mental e na instituição na qual atuavam como coordenadores. Município do interior de Minas Gerais, Brasil, 2017.

2.3 Construção e análise de dados

Questionário para caracterização dos participantes foi elaborado pelos pesquisadores. Tendo em vista a elevada escolaridade dos profissionais, optou-se por autopreenchimento. A técnica de entrevista foi adotada por permitir a construção de dados pertinentes ao objetivo do estudo graças à interação entre pesquisadores e sujeitos do estudo (MINAYO, 2017).

A análise de conteúdo na modalidade temática, conforme descrita por Minayo (2017) guiou a análise das entrevistas. O processo analítico foi organizado em três momentos: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados e interpretação. A transcrição das entrevistas ocorreu imediatamente após sua realização. Na sequência, iniciou-se a pré-análise com a leitura flutuante das transcrições por cada um

dos pesquisadores.

Na exploração do material, buscou-se identificar as categorias empíricas e as subcategorias. A exploração do material ocorreu de modo coletivo pelos pesquisadores e resultou em duas categorias: 1) Direitos Humanos; 2) Atenção Humanizada. O processo interpretativo ancorou-se na produção acadêmica sobre a reforma psiquiátrica e o campo psicossocial.

2.4 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 46346415.2.0000.5154 e parecer 2.543.483). Atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a construção de dados foi iniciada após esclarecimentos dos objetivos do estudo e da metodologia empregada aos participantes. Cada profissional manifestou consentimento em termo específico e recebeu uma cópia do mesmo.

Cada participante foi esclarecido sobre a importância das condições de sigilo e privacidade para a realização das entrevistas e definiu espaço e horário considerados adequados. As entrevistas individuais foram áudio gravadas e transcritas na íntegra. Cópia impressa da transcrição foi disponibilizada a cada participante para que pudessem avaliar a necessidade (ou não) de supressões ou esclarecimentos. Na avaliação dos participantes, tais alterações não foram necessárias (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

A socialização dos resultados com os sujeitos consistiu em parte do processo de validação da pesquisa e, também, visou sensibilizá-los para a construção de estratégias para a educação em direitos humanos.

3 | RESULTADOS

A organização dos resultados está estruturada com base nas categorias temáticas constituídas no processo analítico.

3.1 Categoria Temática Direitos Humanos

Nesta categoria é abordado o modo como os coordenadores de instituições especializadas em saúde mental compreendem Direitos Humanos (DH). Em um primeiro momento, percebe-se uma concepção mais genérica do termo, sendo estes entendidos como direitos que devem ser usufruídos por qualquer pessoa, independente da sua condição singular:

Direitos humanos é tentar dar igualdade e oportunidade iguais para todo mundo, branco, negro, para todos os tipos de pessoas. (P8)

Contudo, ao longo das entrevistas, os participantes pontuam sobre a importância de ressignificar os direitos humanos à luz da psicose, a fim de reconhecer e fortalecer o direito de existir no diferente, como uma vida que pode se singularizar:

[Os direitos humanos] levaram à desconstrução do hospício enquanto modelo. Não ocorreu apenas a diminuição dos leitos, mas houve a desconstrução do modelo. Só que, ao desconstruir o modelo, você tem uma ressignificação dos direitos humanos, porque os direitos humanos até na reforma [psiquiátrica] [...] eram direito à liberdade, a não ser violentado, a ter direitos sociais e políticos. Com a reforma, não é possível cuidar da clínica da psicose numa perspectiva antimanicomial sem descobrir um novo direito humano que é o direito à singularidade e isso redimensiona a luta dos direitos humanos. Então, os direitos humanos à luz da psicose são, também, o direito à liberdade de orientação sexual, à liberdade de expressão artística, a possibilidade da vida não apenas como uma vida respeitada, mas como uma vida que pode se singularizar. (P3)

[...] aquele sujeito não é igual à minha normatização. É toda uma luta para fazer caber e coincidir com a cidadania. Eu gosto muito desse conceito do Birmam: cidadania tresloucada. Ele não vai se curar para ser um cidadão. Se a gente está construindo uma democracia, ele tem que caber [...]Ele é um cidadão como [qualquer] outro e para reconhecer [seus] direitos, eu não preciso que ele fale comigo não delirando [...]. (P2)

Abre-se, assim, uma reflexão sob o conceito de alteridade enquanto um importante mecanismo nesse movimento de construção de direitos:

Quando você lida com o outro como um outro, é uma longa história de alteridade. Como diz o Barembliitt, é uma alteridade que nem foi criada ainda, é a realteridade, porque cria possibilidades de um discurso delirante prevalecer sobre um discurso normal. Em determinadas circunstâncias, ele [pode] se inscrever num campo de conhecimento, a partir da fala do próprio sujeito e não do psiquiatra que vai dizer sobre ele. De cara você já trabalha com todas essas questões, todas essas nuances, com as quais a saúde mental convive no campo da lei, dos preconceitos, do auto preconceito, da não aceitação [...]. (P2)

Outra dimensão abordada pelos entrevistados diz respeito aos direitos humanos enquanto acesso à bens e serviços, o que os inscreve na seara dos direitos sociais:

O direito humano é tudo aquilo que assegura a dignidade humana e a promoção humana [...], é tudo aquilo que assegura as questões mínimas e fundamentais de sobrevivência, de dignidade e de exercício de cidadania. (P9)

Nessa subcategoria, um dos profissionais traz em sua fala uma reflexão em torno da lógica burguesa que atravessa a construção dos direitos humanos:

Dentro dessa concepção de direitos humanos pequena burguesa nossa, a pessoa com doença mental foi beneficiada porque passa a ser garantido o direito às coisas mais elementares e ter direito às coisas elementares, não quer dizer que são efetivos os direitos humanos [...]. (P1)

Associada à abordagem do acesso à bens e serviços e crítica à concepção pequeno-burguesa, os participantes referiram-se às condições precárias dos usuários e das famílias como um reflexo da violação de direitos:

Empobrecimento. [...] essa pobreza reflete na vida, na totalidade da vida do sujeito, porque o básico, comida, morar, tomar um banho, ter acesso à medicamento, é o que um paciente psiquiátrico precisa. (P1)

Em outro momento, os direitos humanos foram apresentados enquanto um movimento de rompimento de estigmas e que busca pela não exclusão do sujeito em sofrimento mental pela sociedade:

A sociedade deveria entender o que é um paciente com transtorno mental. Essa é a nossa maior dificuldade: a exclusão social. [Conseguir] a inserção desses moradores [das residências terapêuticas], até mesmo do Sanatório, na sociedade. Para o pessoal mudar o vínculo, o pensamento. (P7)

Ressalta-se, ainda, que no processo de construção do cuidado antimanicomial, esse movimento de quebra está constantemente presente:

Qualquer criação de uma [nova] mentalidade no serviço passa [pela] quebra do que foi naturalizado durante todo esse tempo [...]. Foi naturalizada a doença mental como o lugar da segregação, o lugar do não eu, [...] da perda de autonomia. Você não faz clínica nenhuma sem enfrentar isso, sem fazer a discussão da maldita periculosidade, sem fazer a discussão da responsabilidade [...]. (P2)

Nesse sentido, a importância de uma atuação que seja feita com base na defesa dos direitos humanos, dentro dos serviços comunitários, entra em pauta, com falas que destacam a necessidade de impedir que haja violação de direitos e uma reprodução de lógicas manicomiais:

Aqui a gente tenta respeitar, [...] tenta evitar que haja essa violação dos direitos humanos. Quando a gente percebe alguma coisa, toma providência. A gente não fica escondendo coisa malfeita [...]. (P5)

A gente percebe a limitação que é imposta à essas pessoas até por uma lógica de controle [...]. Eu exproprio o poder do outro e me empodero para poder controlar e não é assim que deve ser. A gente sempre chama atenção para não reproduzir a lógica manicomial em serviço substitutivo porque tudo isso é muito próximo e essa lógica de controle está muito internalizada dentro de cada um de nós. (P9)

3.2 Categoria Temática Humanização

Nessa categoria, buscou-se explorar o entendimento dos entrevistados em relação ao cuidado humanizado na saúde mental. Inicialmente, a humanização foi descrita como um movimento de acolhimento e escuta, isento de qualquer preconceito:

Porque não adianta no marco legal [...] um monte de artigos, parágrafos e incisos, sendo que o sujeito chega para ser atendido aqui [no hospital psiquiátrico] e, como ele tem 35 internações, eu pego e falo: "- Ah, como você já é conhecido, fica esperando ali que eu vou fazer sua ficha aqui.". Sem conversar com o paciente. Eu falo isso porque eu já me peguei fazendo isso. [...] "- Ah, a fulana está chegando aí [...] eu já conheço a história". De fato, a gente já conhecia a vida dela, mas e aí? E se tem algum fato novo? [...] Tá

certo uma coisa dessa? Isso é atenção integral? Isso é atenção humanizada? Não, isso é como se fosse passar numa catraca. Passa o cartão, a catraca está aberta. Quando eu fiz isso da primeira vez, eu fui embora para casa preocupado e falei “- Isso não pode acontecer mais.”. E se tem alguma coisa que é decisiva no tratamento desse sujeito é minha obrigação de sentar com ele, conversar com ele, ouvir. (P1)

No desenrolar das entrevistas, os sujeitos revelaram outros significados para humanização, como um trabalho de reconhecimento do outro como sujeito, com necessidades iguais a qualquer ser humanos:

A humanização passa pelo reconhecimento do outro como outro igual, com limitação como todo mundo tem. A limitação imposta pela demanda de saúde mental não é diferente da demanda imposta pela saúde física. Cada um tem uma limitação diferente e a gente não pode exacerbar a do sujeito da saúde mental para limitar, restringir e controlar. (P9)

É ter o olhar humano, olhar de ser humano para eles, como qualquer outra pessoa que chora, que ri, que mijá, que caga, que sofre, chora escondida que nem a gente de vez em quando, que tem momentos alegres. É entender como ser humano que tem sentimentos iguais a você e dar dignidade de tratamento, tratar de forma legal, acompanhamento igualitário como se tivesse qualquer outro tipo de problema. (P8)

Seguindo essa perspectiva, os participantes fortaleceram em suas falas, a necessidade de se olhar para o humano e não para a doença:

Chega um paciente, você já não pode pensar no primeiro sintoma que você vê. [...] Eu vou recebê-lo com esse primeiro sintoma, com isso ou com aquilo, mas do mesmo jeito que eu recebo qualquer pessoa, porque eles falam ‘-Esse menino quebra tudo, ele é o terror, ninguém mais suporta ele’. Aí ele chega aqui, e aí? Eu não vi nada dele, eu não sei nada dele, eu tenho que esperar, eu preciso vê-lo enquanto pessoa, o que é a dor dessa criança, porque é muito fácil julgar pelo sintoma [...] (P6)

O ponto nodal da [humanização] seria compreender aquele sujeito não como um sujeito portador de doença e sim como ser humano. [...] Eu tenho alguma dificuldade com os princípios da empatia [...], mas reconheço que há a necessidade sim de empatia, mas empatia não aquela de me colocar no lugar do outro, mas entender o outro como um ser humano, igual a mim, sem diferença nenhuma, com necessidades particulares, específicas [...]. (P1)

A afetividade foi apresentada como uma característica marcante dos usuários e, segundo os gestores, um dos pilares da humanização é a construção de vínculos:

Uma característica a se considerar, eu penso que a precariedade em termos de afetividade. Eu acho que é mais grave a falta de construção de afeto. (P6)

Às vezes eles chegam e te pedem um abraço [...], porque eles não têm abraço, nem entre eles e nem na própria família, isso te marca muito. [...] Aqui o X, por exemplo, ele chega: “- Você me dá um abraço?”. Na outra residência o Y é a mesma coisa: “Tô numa saudade.”. [...] Ele mesmo pede um abraço. (P7)

A partir dessa relação de confiança que é estabelecida pelo vínculo, as falas dos coordenadores levam ao entendimento da humanização também como um movimento de empoderamento dos usuários e desconstrução do lugar de vítima:

Eu trabalho com o usuário e com o familiar, a desmistificação desse lugar da vitimização. (P2)

Com certeza, a gente procura trabalhar nessa ênfase de respeito ao paciente, independente da sua doença. A gente procura mostrar ao paciente quais são os direitos dele, o acesso às políticas públicas, aos serviços, a gente procura trabalhar essa questão. (P4)

A humanização também aparece como um movimento de construção de novas formas de cuidar, um olhar e fazer clínico antimanicomiais:

Com o tempo, fomos desenvolvendo uma ideia de que uma clínica que dá conta do portador de sofrimento psíquico grave, cria um modelo de cuidado que [...] inspira um novo jeito de cuidar da dor, mesmo na neurose. (P3)

Nessa perspectiva, fala-se também da importância dessa clínica se concretizar como um serviço aberto e que busque resgatar a cidadania do sujeito:

Em primeiro lugar, eu acho que [humanização] é um tratamento não recluso, um tratamento aberto e que ofereça o máximo de atividade para que ele possa resgatar essa cidadania. Eu acho que o mais importante é um tratamento com respeito e não recluso. (P4)

E com isso, entende-se esse fazer clínico humanizado como um dispositivo científico, ético e político:

Um grande trabalho na clínica e na reabilitação [...] também tem que responder no campo de fazer um diagnóstico e usar toda a psicofarmacologia que for possível para ajudar esse sofrimento, amenizar esse sofrimento. Eu sou obrigada, eu e os colegas, cada um no seu campo, a recorrer ao que tem de mais sofisticado, mais simples, o máximo que a gente puder saber, introjetar e conviver com esses saberes e essas práticas, para fazer o nosso cuidado. Então, ele é técnico, ele é científico, ético, ele é político. (P2)

4 | DISCUSSÃO

Como exposto nos resultados, a partir da percepção dos coordenadores de instituições especializadas em saúde mental, delineou-se duas categorias temáticas. Em relação aos direitos humanos, percebeu-se uma conceituação que se desenha a partir de termos genéricos e vai se construindo em uma visão crítica, entendendo que no contexto da saúde mental a luta pelos direitos humanos se faz constante (MAIA; GRADELLA JÚNIOR, 2021).

De acordo com Mann, Bradley e Sahakian (2016), os direitos humanos estabelecem critérios universais, sendo um importante estímulo para mudanças em âmbitos como os cuidados em saúde mental. Contudo, entender as singularidades que abarcam o sujeito com

sofrimento psíquico é imprescindível para pensar como as políticas de direitos humanos devem ser construídas para atender esse público em sua totalidade.

Nesse sentido, coloca-se em pauta as falhas no acesso a bens e serviços como um reflexo das violações de direitos que perpassam a vida desses sujeitos (KELLY, 2016). Grande parte dessa população é negligenciada no que diz respeito às necessidades básicas. Por isso, é importante a abordagem integral de suas necessidades com ações intersetoriais e amplo acesso às políticas públicas.

Estudos têm indicado a importância de avaliar os impactos dos estigmas no cotidiano das pessoas com transtornos mentais, posto que podem resultar em isolamento e rejeição das relações e convívio social (SANTOS; BARROS; SANTOS, 2016). A desconstrução de estigmas e preconceitos é fundamental para a expansão da inserção comunitária e traz implicações não só para as pessoas com transtornos mentais, mas, também, para a própria comunidade, instada a coabitar a diferença, posto que

Cidadania significa ter um lugar comum na cidade, habitar o espaço comum. A cidade, ou qualquer habitat humano, é de todas as pessoas que o habitam. (DESVIAT, 2018, p. 132).

Como dito por uma das entrevistadas, não se faz uma clínica antimanicomial sem discutir amplo envolvimento dos sujeitos, ou seja, todos devem colaborar para a construção de pontes que possibilitem esse movimento, buscando principalmente, promover debates em torno do estigma e estimular iniciativas que proporcionem condições justas e favoráveis à cidadania (SANTOS; BARROS; SANTOS, 2016).

Bressan e Marcolan (2016, p. 151) trazem que:

A criação de serviços substitutivos ao manicômio não garante por si só que o modelo manicomial seja superado. Não bastam estratégias de planejamento e de imposição legal, configuradas na política de saúde mental, para que ocorram mudanças nas práticas manicomial. É necessário que seja realizado processo de desconstrução do saber social sobre a “loucura”, influenciado por sua origem histórica e associado à ideia de periculosidade, de incapacidade e de animalidade, que contribui para produzir atitude social de medo, de discriminação e de violência para com as pessoas nessa condição.

Neste sentido, advoga-se a importância de estratégias para a educação em direitos humanos de modo a fomentar o envolvimento de diferentes sujeitos na defesa de direitos e sedimentar o modelo de atenção calcado no cuidado em liberdade (ERDMAN, 2017; MAIA; GRADELLA JÚNIOR, 2021).

Essa atuação está diretamente ligada à construção de um cuidado humanizado, a segunda categoria temática explorada nos resultados. De modo geral, é possível afirmar que, ao explicitar suas compreensões sobre a humanização da atenção às pessoas com transtornos mentais, os participantes revelaram o antimanicomial em ato, assim descrito por Almeida e Merhy (2020, p. 74):

Definimos o antimanicomial em ato como ética do agir, que possa inspirar-se

nos mesmos princípios do cuidado: a escuta da diferença, o acolhimento, o vínculo, para tornar o cotidiano de trabalho em saúde mental mais possível, mais alegre. O antimanicomial em ato enquanto ética do agir ocorre não num ideal a ser alcançado, mas no possível do tempo presente, a cada encontro que nos acontece e pode nos transformar.

Como visto, os participantes enfatizaram esse movimento de acolhimento e escuta, livre de preconceitos como atenção humanizada. Essa conceituação está em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) que visa fomentar a construção de vínculos e de relações de confiança entre usuários e trabalhadores de modo a promover o cuidado humanizado (BRASIL, 2003). No campo da saúde mental, tal acolhimento e escuta toca no reconhecimento do outro como sujeito, em sua singularidade. Trajano e Silva (2012, p. 23), assinalam a raiz da humanização como: “o reconhecimento do outro como ser igual a mim em direitos e, radicalmente distinto, em sua subjetividade”.

Olhar para o sujeito e não para a doença foi fortemente destacado pelos participantes como constituinte da atenção humanizada. Nessa perspectiva, é possível retomar a proposta de Franco Basaglia, de colocar a doença entre parênteses. De acordo com Amarante (1994, p. 65),

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao “duplo” da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado.

Outro ponto sob o qual os coordenadores discorreram foi a falta de afetividade sentida pelos usuários. A partir disso, tem-se a humanização como uma ferramenta de criação de vínculo e confiança, ou seja, é um cuidado que busca estabelecer relações horizontais priorizando a autonomia e sinalizando a responsabilidade dos sujeitos envolvidos (TRAJANO; SILVA, 2012). Neste intento, é imprescindível que se fuja de um ideal paternalista e se busque desmistificar o lugar de vítima do sujeito, dimensão explorada pelos participantes e reconhecida na literatura nacional e internacional que trata do papel central do usuário e de cuidadores na efetivação do cuidado com base territorial. Recomenda-se, sobretudo, o apoio à sua organização e participação em todos os espaços e dimensões dos serviços e políticas (WALLCRAFT et al., 2011).

Cabe dizer, ainda, que reconhecer, valorizar e fomentar o protagonismo dos sujeitos que vivenciam o processo de desinstitucionalização amplia os sentidos da humanização do cuidado. Esboçam-se caminhos para a construção de novos modos de cuidar, dando corpo a uma clínica antimanicomial. (BULHÕES; VASCONCELOS; ESCÓSSIA, 2015).

Esse fazer clínico se constitui, de acordo com as falas dos coordenadores, a partir de três pilares: científico, ético e político. É uma clínica que costura o saber técnico à

movimentação dos trabalhadores nos processos de construção de novos territórios de vida e cuidado em saúde, dando voz às lutas e buscando efetivar as políticas de saúde (MELLO; PAULON, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as especificidades do cenário de estudo e da metodologia empregada não permitam a generalização dos resultados obtidos, considera-se que o estudo possa contribuir para aprofundar a compreensão do modelo de atenção psicossocial e de suas contribuições para a ampliação da cultura de direitos e da atenção humanizada às pessoas com transtornos mentais.

O modo como abordaram as relações entre humanização e direitos humanos acena para a importância da adesão dos profissionais à cultura antimanicomial na sedimentação da reforma psiquiátrica.

As perspectivas dos coordenadores da RAPS estão em sinergia com a reforma psiquiátrica e o modelo de atenção psicossocial para os quais a atenção humanizada é indissociável dos DH. Como visto, a reforma psiquiátrica não traz consigo uma mera reforma assistencial em saúde mental. Ela porta um projeto societário de transformação, calcado nos direitos humanos e na superação de históricas violações, exclusão e estigma, que clama por transformações profundas na convivência com a diferença.

Diante dos retrocessos no campo democrático e dos ataques ao modelo psicossocial vivenciados desde 2017, urge valorizar a trajetória de lutas em defesa de direitos humanos presente no cerne da reforma psiquiátrica e sua vitalidade na defesa do projeto societário posto que:

Saúde Mental é uma questão de direitos humanos e processo civilizatório. [...] quando a democracia está em jogo, não apenas a reforma psiquiátrica está em risco, é a própria sociedade que parece ameaçada. (CAVALCANTI, 2019, p. 04).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. **Psicologia Política**, v. 20, p. 65-75, 2020.

AMARANTE, P.; PITTA, A.M.F.; OLIVEIRA, W.F. Despatologizando a vida... a Liberdade é terapêutica ... a Democracia também! In: AMARANTE, P.; PITTA, A.M.F.; OLIVEIRA, W.F. (orgs.). **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018, p. 07-09.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. (org.). **Direitos humanos & saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 107-133.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde**, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-760.

AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BRESSAN, V. R.; MARCOLAN, J. F. O desvelar de violações de direitos humanos em serviços residenciais terapêuticos. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 21, n. 1, p. 149-160, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 71-89.

BULHÕES, A. B. C.; VASCONCELOS, M. F. F.; ESCÓSSIA, L. Processos de desinstitucionalização em CAPS ad como estratégia de humanização da atenção e gestão da saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 41-64, 2015.

CAVALCANTI, M. T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018.

ERDMAN, J. N. Human rights education in patient care. **Public Health Reviews**, v. 38, n. 14, 2017.

KELLY, B. D. Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? **Indian Journal of Psychiatry**, v. 58, n. 2, p. 168-174, 2016.

MAIA, A. F.; GRADELLA JÚNIOR, O. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00312144.

MANN, S. P.; BRADLEY, V. J.; SAHAKIAN, B. J. Human rights-based approaches to mental health: a review of programs. **Health Human Rights**, v. 18, n. 1, p. 263-276, 2016.

MELLO, V. R. C.; PAULON, S. M. Travessias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo Redes, formando Apoiadores. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 85-106, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

SANTOS, J. C.; BARROS, S.; SANTOS, I. M. M. Stigma the perspective of workers on community mental health services Brazil. **Global Qualitativa Nursing Research**, v.3, p.1-9, 2016.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, 2007, 19(6)1:349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>

TRAJANO, A. R. C.; SILVA, R. Humanização e Reforma Psiquiátrica: a radicalidade de ética em defesa da vida. **Polis e Psique**, 2012, p. 16-36.

VENTURINI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

WALLCRAFT, J. et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. **World Psychiatry**, 2011, 10(3): 229–236. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190484/> Acesso em: 01 fev. 2021.

YASUI, S.; LUZIO, C.A.; AMARANTE, P. From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. **J Health Psychol**, 2016, 21(3):400-08. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105316628754> Acesso em: 01 fev. 2021.

EPI-NO NA GESTAÇÃO E PARTO: QUAL SUA UTILIDADE?

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 26/04/2021

Nathalia Antal Mendes

Programa de Pós-graduação Interdisciplinar
em Ciências da Saúde - Universidade Federal
de São Paulo Campus Baixada Santista
(UNIFESP)
Santos – SP
<http://lattes.cnpq.br/8192337012493602>

Maria Cristina Mazzaia

Departamento de Enfermagem Clínica e
Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem
da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/6423662828098950>

Tânia Terezinha Scudeller

Departamento de Ciências do Movimento
Humano da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)
Santos – SP
<http://lattes.cnpq.br/8631669167306600>

Miriam Raquel Diniz Zanetti

Departamento de Ciências do Movimento
Humano da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)
Santos – SP
<http://lattes.cnpq.br/9708331128224695>

RESUMO: Atualmente, são reportados métodos que poderiam favorecer o alongamento e prevenir as lesões do assoalho pélvico no

parto vaginal, como a massagem perineal e o balão Epi-No. Esse dispositivo é bem aceito pelas pacientes, mas seus resultados para prevenção de episiotomias e lesões perineais são controversos. O objetivo desse estudo foi avaliar o propósito, método, frequência, ensino-orientação e resultados da utilização do Epi-No durante a gestação e parto. Foi elaborada uma revisão narrativa com levantamento de bibliografia disponível sobre o uso do Epi-No nas bases de dados PUBMED, LILACS, SciELO e Google Scholar em português, inglês e espanhol. Foram encontrados 2191 artigos dos quais apenas 13 atenderam aos critérios de inclusão e foram sintetizados em quadros que contemplaram os aspectos considerados pertinentes. Fatores como o tempo, período, posicionamento e processo de ensino-orientação devem ser melhor descritos e padronizados para que seja possível investigar a eficácia de seu uso nos desfechos perineais no parto vaginal.

PALAVRAS-CHAVE: Assoalho pélvico; Epi-No; Períneo Intacto; Prenatal; Treinamento para o parto.

EPI-NO IN PREGNANCY AND BIRTH: WHAT IS THE UTILITY?

ABSTRACT: Currently, some methods are reported that favor the stretching and prevent pelvic floor injuries in vaginal delivery, such as perineal massage and the Epi-No balloon. This device is well accepted by patients, but the results for prevention of perineal tears and lesions at birth are controversial. The aim of this study was to evaluate the purpose, method, frequency, teaching and guidance of the use of the Epi-No

during pregnancy and childbirth. A narrative review was prepared with a survey of available literature about the use of the Epi-No during pregnancy and childbirth in the PUBMED, LILACS, SciELO and Google Scholar in portuguese, english and spanish. Were found 2191 articles wich only 13 articles met the inclusion criteria established and were summarized in tables that cover the relevant aspects. Factors such as the time, period, positioning and the process of teaching and guidance should be better described and standardized so it would be possible to investigate the effectiveness of its use in the outcomes in the perineal vaginal delivery.

KEYWORDS: Pelvic floor; Epi-No; Intact Perineum; Prenatal; Birth Training.

1 | INTRODUÇÃO

Durante o parto vaginal o assoalho pélvico passa por adaptações importantes com finalidade de propiciar a passagem fetal pela via de parto. As lesões obstétricas perineais mais comuns ocorrem quando os tecidos moles (pele, fascia, músculos, mucosa) não alcançam uma extensibilidade que possibilita a passagem do feto sem causar danos. Essa distensibilidade é de extrema importância principalmente na segunda fase do trabalho de parto quando a pressão exercida sobre o assoalho pélvico pelo polo cefálico fetal é maior, somada ao aumento da pressão intra-abdominal para ajudar na expulsão (ALTHABE; BUEKENS; BERGEL; BELIZÁN *et al.*, 2008).

Todas as mulheres que vivenciam um parto vaginal experienciam o alongamento e distensão dos músculos do assoalho pélvico, mas somente algumas passam por injúrias e lesões. Alguns fatores relacionados ao parto vaginal podem predispor a mulher a desenvolver algumas disfunções do assoalho pélvico como a idade materna avançada, partos vaginais operatórios, episiotomia, período expulsivo do parto prolongado, peso do feto ao nascer e laceração perineal. Essas complicações aumentam a morbidade no pós-parto e reduzem a qualidade de vida das mulheres (M AMORIM; COUTINHO; MELO; KATZ, 2017).

A episiotomia utilizada de forma rotineira é contraindicada (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2009). Uma das indicações para seu uso, de acordo com a OMS é a rigidez perineal e do assoalho pélvico e a iminência de laceração severa dessa região (WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018). Alguns autores já demonstraram que o assoalho pélvico (envolvendo o períneo) pode ser alongado, fato esse que justifica o uso seletivo da episiotomia (BRITO; FERREIRA; DUARTE; NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Algumas intervenções têm sido propostas para diminuir as chances de desenvolver um trauma ou laceração perineal, como massagem perineal e compressas quentes durante a segunda fase do trabalho de parto (BECKMANN; STOCK, 2013). Além disso, algumas técnicas de fisioterapia (balão inflável/Epi-No e massagem) podem ser aplicadas durante a gestação para a preparação da musculatura do assoalho pélvico para o momento do parto (DE FREITAS; CABRAL; DE MELO COSTA PINTO; RESENDE *et al.*, 2019).

No presente estudo, selecionou-se como método a revisão narrativa da literatura, a qual possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado e sua construção foi fundamentada nos estudos que detalham esse método de pesquisa (GANONG, 1987)

Considerando a preocupação constante com os cuidados perineais das gestantes e parturientes, propôs-se esta investigação com o objetivo de avaliar o propósito, método, frequência, ensino-orientação e resultados da utilização do Epi-No durante a gestação e parto.

2 | MÉTODOS

Para a elaboração da presente revisão narrativa as seguintes etapas foram percorridas: hipótese e objetivos; critérios de inclusão e exclusão de artigos; busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa de apresentação da revisão. Para guiar a revisão narrativa, formulou-se a seguinte questão: Qual o objetivo da utilização do Epi-No durante a gestação, parto e qual a relação do método de aplicação, frequência de utilização, ensino-orientação e resultados com os cuidados perineais?

2.1 Estratégia de busca

Foi realizado um levantamento de bibliografia disponível sem restrição a respeito do ano de publicação, sobre o uso do Epi-No durante a gestação e parto relacionado aos cuidados perineais. Foram realizadas buscas manuais nas bases de dados: LILACS, PUBMED e SciELO e nas 10 primeiras páginas do Google Scholar. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses na etapa de elaboração do presente artigo.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, espanhol e inglês; que descrevessem o objetivo e método de utilização do instrumento e os resultados obtidos a partir destes. Critério de exclusão: artigos de revisão da literatura, resumos que não tivessem o artigo na íntegra, cartas ao editor e artigos de opinião. As palavras-chave utilizadas foram: assoalho pélvico, Epi-No, períneo intacto, prenatal, treinamento para o parto.

2.2 Seleção dos estudos e extração dos dados

Após levantamento bibliográfico foi realizada análise crítica da literatura. Na primeira etapa da seleção, dois autores independentes revisaram os títulos e resumos dos artigos identificados pela estratégia de busca. Na segunda fase, os mesmos autores avaliaram os artigos escolhidos na íntegra e fizeram a seleção de acordo com os critérios de elegibilidade.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de

inclusão foram construídos quadros (1-4) e a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva.

3 I RESULTADOS

Os estudos encontrados estão na figura 1. Três estudos não foram incluídos por serem em outro idioma (alemão, francês e checo) e sete revisões da literatura, sendo três sistemáticas foram excluídas de acordo com os critérios.

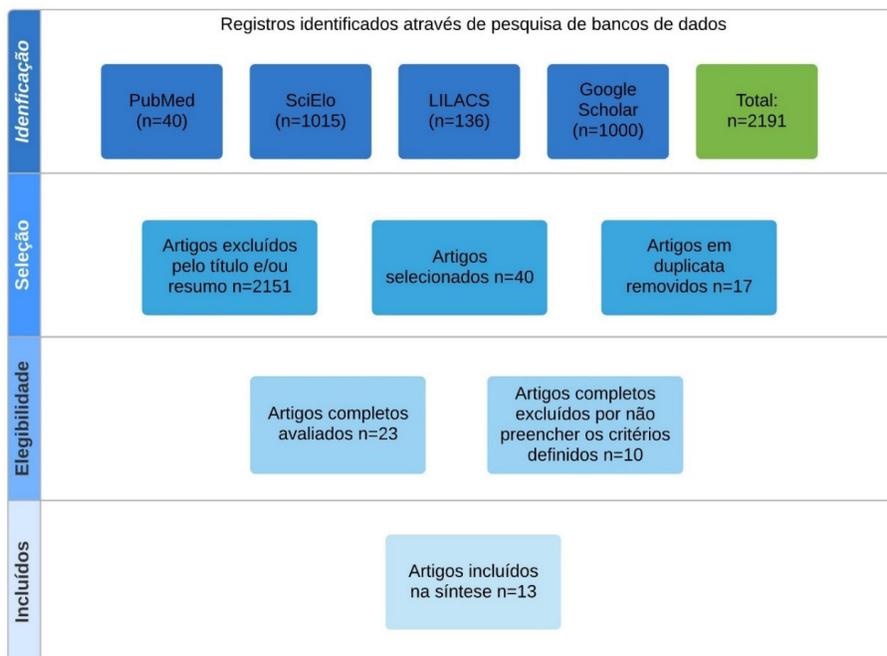


Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos.

Segundo os artigos revisados, o uso do Epi-No tem dois objetivos: o de treinamento para o parto e o de avaliação da extensibilidade da musculatura do assoalho pélvico e perineal. Quando o objetivo é o alongamento da musculatura do assoalho pélvico e preparação para o parto, classificado como treinamento, os estudos investigaram a relação entre a utilização do dispositivo e diminuição das taxas de episiotomia e lacerações perineais. Já a avaliação da distensibilidade da musculatura do assoalho pélvico, classificada como avaliação, em gestantes e parturientes está relacionada com a justificativa ou não a necessidade de episiotomia

Todos os detalhes descritos nos artigos estão representados nos quadros 1, 2, 3 e 4.

4 | DISCUSSÃO

O objetivo inicial do desenvolvimento e utilização do Epi-No, segundo o fabricante foi promover o alongamento e conseqüentemente preparar a musculatura do assoalho pélvico para que não sofra lesões no parto vaginal. Apesar de poucos artigos terem sido encontrados para a realização da atual revisão, sabe-se que a eficácia da utilização desse equipamento com esse objetivo vem sendo bastante questionada (KAMISAN ATAN; SHEK; LANGER; GUZMAN ROJAS *et al.*, 2016; SHEK; CHANTARASORN; LANGER; PHIPPS *et al.*, 2011).

Duas revisões sistemáticas sobre a utilização do dispositivo na prevenção de trauma perineal concluíram que o mesmo não diminuiu a incidência de episiotomias ou o tempo de segundo estágio do trabalho de parto, não aumentou a chance de períneo íntegro no parto vaginal e não teve influência sobre a diminuição de lesões de musculatura de assoalho pélvico (BRITO; FERREIRA; DUARTE; NOGUEIRA *et al.*, 2015; SCHREINER; CRIVELATTI; DE OLIVEIRA; NYGAARD *et al.*, 2018). No entanto, alguns aspectos devem ser levados em consideração, como por exemplo, a idade gestacional do início do treinamento, o tempo e a frequência de utilização do dispositivo, a forma de ensino-orientação apresentada às pacientes e o modo de aplicação do dispositivo durante o treinamento.

Para alcançar os resultados em longo prazo utilizando o alongamento como recurso para prevenir a laceração perineal é necessário que a frequência de tratamento seja adequada. Há controvérsia na literatura a respeito da frequência e duração do método de alongamento estático e não há registro sobre essa modalidade nos músculos do assoalho pélvico. Porém, em musculatura de posteriores de coxas (isquiotibiais) são considerados períodos entre 4 a 12 semanas com frequência de cinco a sete dias por semana para haver um remodelamento e ganho de flexibilidade (SAINZ DE BARANDA; AYALA, 2010).

Nome do Artigo	Ano	Autores	Objetivo	Frequência de utilização	Forma de orientação	Forma de aplicação	Resultados
First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significantly increased chance of an intact perineum. Estudo piloto.	2004	Kovacs GT, Heath P, Heather C.	Avaliar se o Epi-No melhorou os resultados relacionados ao parto.	Primíparas (n = 48), IG: 37 sg; 15 min, 1x/dia durante 14 dias.	Orientações dadas pelo examinador.	- Introduzir o dispositivo na vagina e insuflar até o balão tornar-se firme ou sentir o alongamento. - Realizar a expulsão do dispositivo.	Aumento perineo íntegro (p < 0,0001) e menos taxa de laceração perineal (p < 0,05).
Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. Estudo prospectivo.	2004	Kok J, Tan KH, Koh S, Cheng PS, Lim WY, Yew ML, Yeo GS.	Estudar o uso do Epi-No em primíparas com relação a taxa de episiotomia e laceração perineal.	Primíparas (n = 31), IG: 37 sg; 15 min, 1x/dia durante 14 dias.	Orientações através de folheto informativo.	- Introduzir o dispositivo na vagina até que 2 cm ficassem para fora. - Insuflar em etapas respeitando o limiar de dor e iniciar o movimento de expulsão.	Tempo médio de utilização do dispositivo: 2,1 semanas; frequência média de utilização: 5,3 vezes/semana. Episiotomia – mulheres que utilizaram o Epi-No: 50% e que não utilizaram: 93,3% (p<0,0001).
Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma Ensaio clínico randomizado e multicêntrico.	2009	Ruckhäberle E, Jundt K, Bäuerle M, Brisch KH, Ulm K, Dannecker C, Schneider KT.	Verificar a relação entre a utilização do Epi-No e as taxas de episiotomia e perineo íntegro.	Primíparas (n = 276), IG: 37 sg; 15 min/dia.	Orientação pelo examinador e seguimento através de um questionário.	- Introduzir o dispositivo na vagina deixando 2 cm do aparelho para fora. - Insuflar o balão, contrair e relaxar assoalho pélvico e expulsar o balão simulando o parto.	Média de dias de utilização do dispositivo: 15 dias com 5 minutos de duração por dia. Circunferência média do balão: 24,3 cm. Aumento taxa de perineo íntegro (p = 0,05).
Does the Epi-No® birth trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. Ensaio clínico randomizado prospectivo.	2011	Shek KL, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H, Dietz HP.	Avaliar se o uso do Epi-No pode reduzir o trauma do músculo levantador do ânus.	Primíparas (n = 200), IG: 37 sg; 20 min, 2x/dia.	As mulheres foram instruídas utilizarem o aparelho de acordo com o manual.	- Balão inserido em dois terços da vagina, insuflado até o nível de conforto individual. - Expulsar o balão ainda insuflado para medir o diâmetro alcançado.	Utilizar menos de 20 vezes o dispositivo; risco de trauma na região perineal 26%; utilizar mais de 20 vezes, risco de 17%. Não houve diferença significativa quanto às lacerações perineais.

Idade Gestacional (IG); Semanas de gestação(sg).

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão narrativa.

Nome do Artigo	Ano	Autores	Objetivo	Frequência de utilização	Forma de orientação	Forma de aplicação	Resultados
Distensibility and strength of the pelvic floor muscles of women in the third trimester of pregnancy. Estudo observacional transversal.	2014	Petricelli CD, Resende AP, Elito Júnior J, Araújo Júnior E, Alexandre SM, Zanetti MR, Nakamura UM.	Avaliar a relação entre força e distensibilidade do assoalho pélvico e as diferenças entre nulíparas e multiparas.	Primíparas e multiparas (n = 60), IG: 35 a 40 sg.	Aplicação realizada pelo examinador.	- Introdução do dispositivo na vagina até que 2 cm ficassem para fora do introito vaginal. - Insuflação gradual até o limite tolerado pela paciente. - Circunferência do balão verificada.	Multiparas apresentaram maior distensibilidade perineal do que primíparas (p < 0,013).
Tolerância da parturiente à extensibilidade perineal avaliada pelo Epi-No: estudo observacional. Estudo transversal observacional.	2014	Nakamura MU, Sass N, Elito Júnior J, Petricelli CD, Alexandre SM, Araújo Júnior E, Zanetti MR.	Determinar como a parturiente tolera a avaliação de extensibilidade perineal com o Epi-No.	Primíparas e multiparas (n = 227) com até 9 cm de dilatação na estação máxima de 0 (plano DeLee).	Aplicação realizada pelo examinador.	- Introdução do dispositivo na vagina até que 2 cm ficassem visível externamente - Insuflação até o limite tolerável - Solicitada a não contração de glúteos, perineo e adutores - Verificação circunferência	Circunferência do balão em primíparas: 19,3±2,8 cm e multiparas 20,7±0,5 cm (p < 0,001). Quanto maior a extensibilidade perineal, menor o desconforto relatado (p < 0,001).
Perineal Distensibility Using Epi-no in Twin Pregnancies: comparative study with singleton pregnancies. Estudo prospectivo caso-controle.	2014	Kubotani JS, Moron AF, Araújo Júnior E, Zanetti MR, Soares VC, Elito Júnior J.	Comparar a distensibilidade da musculatura do assoalho pélvico entre mulheres com gestações gemelares e únicas.	Primíparas (n = 43), IG: 20 e 38 sg.	Aplicação realizada pelo examinador.	- Introdução do dispositivo na vagina até que 2 cm ficassem para fora - Insuflação gradual até a percepção limite - Instrução de não contrair perineo, glúteo, adutores ou manobra de Valsalva	Não houve diferença (p= 0,50) entre gestações únicas e gemelares: 16.51 ± 2.05 cm e as com fetos únicos 16.13 ± 1.67 cm.

Idade Gestacional (IG); Semanas de gestação(sg).

Quadro 2 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão narrativa.

Nome do Artigo	Ano	Autores	Objetivo	Frequência de utilização	Forma de orientação	Forma de aplicação	Resultados
Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-No balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. Estudo prospectivo observacional coorte única.	2016	Zanetti MR, Petricelli CD, Alexandre SM, Paschoal A, Araújo Júnior E, Nakamura UM.	Determinar um valor de corte, em centímetros, para a medida da distensibilidade dos músculos do assoalho pélvico utilizando o Epi-No.	Primíparas e multiparas (n = 227) com até 9 cm de dilatação na estação máxima de 0 (plano DeLee).	Aplicação realizada pelo examinador.	- Introdução do dispositivo na vagina até que 2 cm ficassem visíveis externamente - Insuflação gradual até o limite tolerável - Orientação para não contrair glúteos, perineo ou adutores - Verificação circunferência	Circunferência média do dispositivo: 19,9 ± 2,7 cm. 50,9% episiotomia, 21,8% laceração perineal e 27,3% perineo íntegro. A partir de 20,8 cm da circunferência do dispositivo predispõe integridade perineal.
Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. Estudo prospectivo randomizado controlado.	2016	Kamisan Atan I, Shek KL, Langer S, Guzman R, Rojas R, Caudwell-Hall J, Daly JO, Dietz HP.	Avaliar os efeitos do Epi-No no trauma do assoalho pélvico intraparto.	Primíparas (n = 660), IG: 37 sg. 20 min, 2x/dia.	Orientações dadas pelo examinador.	- Introdução do balão em dois terços da vagina - Insuflação até provocar sensação de alongamento - Expulsão ativa	Média de 14 sessões de utilização e circunferência de aproximadamente 22,9 cm. Laceração perineal 50,1% e lesões perineais e anais 6,2%. Não houve diferença significativa entre os grupos.
Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility, and muscle strength: a pilot study. Estudo piloto.	2018	de Freitas SS, Cabral AL, de Melo Costa Pinto R, Resende APM, Pereira Baldon VS.	Avaliar o efeito do alongamento do instrumento Epi-No versus massagem perineal nos músculos do assoalho pélvico.	Primíparas (n = 27), IG:34 sg. duas sessões/semana durante 4 semanas por 15 min.	Aplicação realizada pelo examinador.	- Balão inserido no canal vaginal até que 2 cm ficassem de fora da vulva. - Insuflação gradual - Orientação não contração de assoalho pélvico e expulsão na expiração.	Aumento na extensibilidade dos músculos do assoalho pélvico em comparação as avaliações iniciais com 4 ou 8 semanas de intervenção (19,9 ± 1,6 para 22,9 ± 1,6 cm; p < 0,001). 40% mulheres que utilizaram Epi-No apresentaram perineo íntegro no parto.

Idade Gestacional (IG); Semanas de gestação(sg).

Quadro 3 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão narrativa.

Nome do Artigo	Ano	Autores	Objetivo	Frequência de utilização	Forma de orientação	Forma de aplicação	Resultados
Quantitative assessment of pelvic floor muscle extensibility in pregnant women with a perineal elasticity meter. Estudo observacional transversal.	2019	Paschoal A, Zanetti MRD, Petricelli CD, Alexandre SM, Araújo Júnior E, Nakamura MU.	Comparar as medidas de extensibilidade dos músculos do assoalho pélvico em gestantes obtida através do dispositivo Epi-No e medidor de elasticidade perineal (PEM).	Gestantes (n = 62), IG: 35 a 40 sg. Utilizada escala EVA para verificar desconforto (0 ausência, 10 máximo).	Aplicação realizada pelo examinador.	- Dispositivo introduzido até o terço distal da vagina - Insuflação até a paciente reportar 8 na escala EVA - Estimulo de relaxamento e após 10s conferência EVA. Se o desconforto < 8 o balão era insuflado novamente. - Retirada lenta do balão e medida com fita métrica.	Relação de concordância leve a moderada entre os dois dispositivos. Classificação: - C1 perineo com maior restrição de extensibilidade < 17,49 cm. - C2 perineo com moderada extensibilidade 17,5 a 20,8 cm. - C3 perineo com boa extensibilidade > 20,9 cm.
Device to predict pelvic floor integrity during vaginal delivery: an intra- and interrater reliability study of the Epi-No distensibility measurement. Estudo prospectivo observacional cego.	2019	Paschoal A, Uchiyama Nakamura M, Araújo Júnior E, Petricelli CD, Alexandre SM, Zanetti MRD.	Determinar a confiabilidade do teste-reteste intra e inter avaliadores na avaliação da extensibilidade do assoalho pélvico utilizando Epi-No.	Gestantes de feto único (n = 28), IG: > 35 sg. Duração 10 min.	Aplicação realizada pelo examinador 4x: - 2x no mesmo dia; - 2x 7-14 dias depois.	- Balão inserido no canal vaginal até que 2 cm ficasse externo. - Insuflação gradual pela paciente até o limite. - Estimulo a respiração e relaxamento - Expulsão pela participante e aferição com fita métrica.	Valor mínimo de circunferência no Epi-No: 15 cm, máximo: 26,5 cm e médio de 20,4 (± 2,4) cm. Avaliação intra avaliadores: boa no examinador 1 e moderada no examinador 2 Avaliação inter avaliadores: boa nos dois dias de medição.
Transperineal three-dimensional ultrasound for analyzing the effects of perineal stretching with EPI-NO in women with multiple pregnancies: a pilot study. Estudo transversal caso-controle prospectivo.	2020	Kubotani JS, Zanetti MRD, Araújo Júnior E, Passos JP, Elito Júnior J.	Comparar as alterações no assoalho pélvico de gestantes gemelares que praticaram alongamento com Epi-No através de US tridimensional (3DUS).	Primíparas (n = 18), IG: 27 a 34 sg. Sessões fisioterapia semanais duração 30-40 min.	Aplicação realizada pelo examinador.	- Insuflação gradual até limite. - Manutenção do dispositivo por 10 min, expulsão em 2 fases respiratórias. - Nova insuflação após 5 min. Aferição com fita métrica e avaliação com US.	Grupo controle não apresentou diferença entre as aferições feitas pelo US. Grupo Epi-No apresentou diferença no diâmetro ântero posterior (p=0.02) e circunferência hiatal (p=0.03) no repouso segundo US.

Idade Gestacional (IG); Semanas de gestação(sg).

Quadro 4 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão narrativa.

Levando esses fatores em consideração, os estudos sobre preparo perineal (treinamento) com o Epi-No não realizaram de fato o alongamento, pois o dispositivo foi utilizado em média por duas semanas, ou seja, metade do período mínimo considerado ideal (KAMISAN ATAN; SHEK; LANGER; GUZMAN ROJAS *et al.*, 2016) (KAMISAN ATAN;

SHEK; LANGER; GUZMAN ROJAS *et al.*, 2016; KOK; TAN; KOH; CHENG *et al.*, 2004; KOVACS; HEATH; HEATHER, 2004; RUCKHÄBERLE; JUNDT; BÄUERLE; BRISCH *et al.*, 2009; SHEK; CHANTARASORN; LANGER; PHIPPS *et al.*, 2011).

A frequência de utilização do dispositivo, que variou entre os estudos, também altera diretamente os desfechos perineais no parto. Para ser obtido um melhor resultado com relação ao alongamento promovido pelo aparelho, os estudos de Shek *et al.* (2011) e Kubotani *et al.* (2020) sugerem que quanto maior o número de vezes que as mulheres utilizam, menor o risco de desenvolver trauma na região perineal (KUBOTANI; ZANETTI; ARAUJO JÚNIOR; PASSOS *et al.*, 2020; SHEK; CHANTARASORN; LANGER; PHIPPS *et al.*, 2011). Verificaram ainda que quando a utilização tem frequência superior a 20 vezes, o risco de lesão reduz para 17% versus 38% desse risco em mulheres que não utilizam o dispositivo (SHEK; CHANTARASORN; LANGER; PHIPPS *et al.*, 2011).

A forma de ensino-orientação para a utilização do balão também foi avaliada nessa revisão. Pinheiro *et al.* (2012) cita que as mulheres apresentam dificuldade no conhecimento e acesso à sua região genital e de assoalho pélvico (PINHEIRO; FRANCO; FEITOSA; YUASO *et al.*, 2012). Durante a gestação, existem diversas alterações físicas e biomecânicas corporais, que dificultam ainda mais o auto acesso à sua região genital de forma correta. A técnica de ensino e orientação deve ser muito mais aprofundada e direcionada de forma individualizada, daí a importância de um profissional especialista na área (GOLD; MCCLUNG, 2006).

O posicionamento do balão na vagina, bem como o posicionamento da gestante não foram padronizados nos estudos sobre treinamento. Esses fatores podem ser subjetivos, individualizados e alterarem os desfechos perineais no parto. Nos artigos que realizaram avaliação da distensibilidade, os fatores limitantes para a avaliação do dispositivo são eliminados, pois o posicionamento da gestante e do balão eram feitos de forma padronizada e havia orientação sobre o relaxamento e não contração de músculos acessórios, além da medida final ser realizada por um profissional treinado (KUBOTANI; MORON; ARAUJO JÚNIOR; ZANETTI *et al.*, 2014; NAKAMURA; SASS; ELITO JÚNIOR; PETRICELLI *et al.*, 2014; PASCHOAL; UCHIYAMA NAKAMARA; ARAUJO JÚNIOR; PETRICELLI *et al.*, 2019; PASCHOAL; ZANETTI; PETRICELLI; ALEXANDRE *et al.*, 2020; PETRICELLI; RESENDE; ELITO JÚNIOR; ARAUJO JÚNIOR *et al.*, 2014; ZANETTI; PETRICELLI; ALEXANDRE; PASCHOAL *et al.*, 2016).

O profissional fisioterapeuta possui adequada formação para avaliação e treinamento do assoalho pélvico. Trata-se de um profissional de primeiro contato, com formação em anatomia, fisiologia, biomecânica e cinesiologia, que são temas fundamentais para o bom entendimento da função e tratamento conservador dessa musculatura.

Destaca-se a importância da utilização do Epi-No não somente como método de alongamento e preparação para o parto, mas também como método de avaliação. Essa avaliação determinada pela circunferência máxima alcançada pelo balão inflado prediz a

possibilidade daquela musculatura permanecer íntegra após o período expulsivo.

Assim, foi constatado por Zanetti et al. (2016) que durante a avaliação com o Epi-No, as mulheres que alcançam circunferência de 20,8 cm apresentam a musculatura do assoalho pélvico e perineal alongadas/distendidas suficientemente para reduzirem em cinco vezes o risco de sofrerem lesões no parto vaginal (ZANETTI; PETRICELLI; ALEXANDRE; PASCHOAL *et al.*, 2016).

Dos treze artigos dessa revisão, sete apresentaram os valores médios de circunferência do balão. Após o treinamento com o dispositivo, houve circunferência de 22,9 cm e 24,3 cm, sendo esses resultados relatados pelas gestantes (sem padronização da medida), o que poderia favorecer algum viés (KAMISAN ATAN; SHEK; LANGER; GUZMAN ROJAS *et al.*, 2016; RUCKHÄBERLE; JUNDT; BÄUERLE; BRISCH *et al.*, 2009).

A circunferência encontrada nos artigos que utilizaram o dispositivo como método de avaliação da musculatura, os resultados foram inferiores ao valor de 20,8 cm. As primíparas apresentaram menor distensibilidade da musculatura do assoalho pélvico, expressas pelas circunferências menores que as múltiparas ($p= 0,013$ e $p< 0,001$) (NAKAMURA; SASS; ELITO JÚNIOR; PETRICELLI *et al.*, 2014; PETRICELLI; RESENDE; ELITO JÚNIOR; ARAUJO JÚNIOR *et al.*, 2014). Além disso, não houve diferença na distensibilidade dessa musculatura entre gestações múltiplas e de feto único ($p= 0,50$) (KUBOTANI; MORON; ARAUJO JÚNIOR; ZANETTI *et al.*, 2014)

Conforme apresentado nesta revisão, os métodos empregados principalmente para a utilização do Epi-No com objetivo de treinamento durante a gestação são heterogêneos. Esse fato favoreceu a apresentação de diferentes resultados (favoráveis e desfavoráveis) com relação aos desfechos perineais no parto vaginal.

5 | CONCLUSÃO

Sugere-se que mais estudos de treinamento perineal com o Epi-No sejam realizados durante a gestação. Fatores como o tempo e forma de utilização, período gestacional e posicionamento do dispositivo devem ser melhor descritos e padronizados. Além disso, o processo de ensino-orientação, bem como o acompanhamento profissional e utilização correta do dispositivo devem ser considerados.

Assim, será possível investigar a sensibilidade e a eficácia de seu uso nos desfechos perineais no parto vaginal. Por enquanto não há evidências suficientes para indicar ou contra-indicar o treinamento durante a gestação, podendo assim, deixar a critério das pacientes escolherem se gostariam ou não de realizar alongamento perineal como forma de preparo para o parto vaginal.

REFERÊNCIAS

ALTHABE, F.; BUEKENS, P.; BERGEL, E.; BELIZÁN, J. M. *et al.* A behavioral intervention to improve obstetrical care. **N Engl J Med**, 358, n. 18, p. 1929-1940, May 2008.

ASHTON-MILLER, J. A.; DELANCEY, J. O. On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. **Annu Rev Biomed Eng**, 11, p. 163-176, 2009.

BECKMANN, M. M.; STOCK, O. M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 4, p. CD005123, Apr 2013.

BRITO, L. G.; FERREIRA, C. H.; DUARTE, G.; NOGUEIRA, A. A. *et al.* Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. **Int Urogynecol J**, 26, n. 10, p. 1429-1436, Oct 2015.

DE FREITAS, S. S.; CABRAL, A. L.; DE MELO COSTA PINTO, R.; RESENDE, A. P. M. *et al.* Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. **Int Urogynecol J**, 30, n. 6, p. 951-957, 06 2019.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, 10, n. 1, p. 1-11, Feb 1987.

GOLD, D. T.; MCCLUNG, B. Approaches to patient education: emphasizing the long-term value of compliance and persistence. **Am J Med**, 119, n. 4 Suppl 1, p. S32-37, Apr 2006.

KAMISAN ATAN, I.; SHEK, K. L.; LANGER, S.; GUZMAN ROJAS, R. *et al.* Does the Epi-No((R)) birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. **Bjog**, 123, n. 6, p. 995-1003, May 2016.

KOK, J.; TAN, K. H.; KOH, S.; CHENG, P. S. *et al.* Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. **Singapore Med J**, 45, n. 7, p. 318-323, Jul 2004.

KOVACS, G. T.; HEATH, P.; HEATHER, C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: a highly significantly increased chance of an intact perineum. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, 44, n. 4, p. 347-348, Aug 2004.

KUBOTANI, J. S.; MORON, A. F.; ARAUJO JÚNIOR, E.; ZANETTI, M. R. *et al.* Perineal Distensibility Using Epi-no in Twin Pregnancies: Comparative Study with Singleton Pregnancies. **ISRN Obstet Gynecol**, 2014, p. 124206, 2014.

KUBOTANI, J. S.; ZANETTI, M. R. D.; ARAUJO JÚNIOR, E.; PASSOS, J. P. *et al.* Transperineal three-dimensional ultrasound for analyzing the effects of perineal stretching with EPI-NO. **J Matern Fetal Neonatal Med**, p. 1-8, Feb 2020.

M AMORIM, M.; COUTINHO, I. C.; MELO, I.; KATZ, L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reprod Health**, 14, n. 1, p. 55, 04 2017.

NAKAMURA, M. U.; SASS, N.; ELITO JÚNIOR, J.; PETRICELLI, C. D. *et al.* Parturient perineal distensibility tolerance assessed by EPI-NO: an observational study. **Einstein (Sao Paulo)**, 12, n. 1, p. 22-26, 2014 Jan-Mar 2014.

PASCHOAL, A.; UCHIYAMA NAKAMARA, M.; ARAUJO JÚNIOR, E.; PETRICELLI, C. D. *et al.* Device to predict pelvic floor integrity during vaginal delivery: an intra- and interrater reliability study of the Epi-no distensibility measurement. **J Matern Fetal Neonatal Med**, p. 1-7, Nov 2019.

PASCHOAL, A.; ZANETTI, M. R. D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M. *et al.* Quantitative assessment of pelvic floor muscle extensibility in pregnant women with a perineal elasticity meter. **J Matern Fetal Neonatal Med**, 33, n. 21, p. 3591-3595, Nov 2020.

PETRICELLI, C. D.; RESENDE, A. P.; ELITO JÚNIOR, J.; ARAUJO JÚNIOR, E. *et al.* Distensibility and strength of the pelvic floor muscles of women in the third trimester of pregnancy. **Biomed Res Int**, 2014, p. 437867, 2014.

PINHEIRO, B. D. F.; FRANCO, G. R.; FEITOSA, S. M.; YUASO, D. R. *et al.* Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. 2012.

RUCKHÄBERLE, E.; JUNDT, K.; BÄUERLE, M.; BRISCH, K. H. *et al.* Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, 49, n. 5, p. 478-483, Oct 2009.

SAINZ DE BARANDA, P.; AYALA, F. Chronic flexibility improvement after 12 week of stretching program utilizing the ACSM recommendations: hamstring flexibility. **Int J Sports Med**, 31, n. 6, p. 389-396, Jun 2010.

SCHREINER, L.; CRIVELATTI, I.; DE OLIVEIRA, J. M.; NYGAARD, C. C. *et al.* Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. **Int J Gynaecol Obstet**, 143, n. 1, p. 10-18, Oct 2018.

SHEK, K. L.; CHANTARASORN, V.; LANGER, S.; PHIPPS, H. *et al.* Does the Epi-No Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. **Int Urogynecol J**, 22, n. 12, p. 1521-1528, Dec 2011.

WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. *In*, 2018.

ZANETTI, M. R.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; PASCHOAL, A. *et al.* Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. **Sao Paulo Med J**, 134, n. 2, p. 97-102, Apr 2016.

CAPÍTULO 14

ESTUDO QUALITATIVO DAS CONDIÇÕES DE VIDA DE TRABALHADORES DE CEMITÉRIO DE BOTUCATU, CIDADE DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Susana Rocha Rodrigues da Costa

Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo (Unesp) Campus Botucatu, São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8764293771043506>

RESUMO: O presente estudo apresenta os dados de pesquisa qualitativa realizada em 1992 junto aos trabalhadores de cemitério (coveiros) que atuam no cemitério de Botucatu – SP, Brasil. O interesse de estudar essa temática dentro da disciplina Saúde do Trabalhador se deu devido à particularidade dessa atividade, que exige o contato diário, constante e próximo do trabalhador com a morte. A pesquisa visa identificar os impactos do trabalho sobre as condições de vida e a saúde psíquica dos coveiros do município, bem como evidenciar as situações de risco para o uso de álcool, desenvolvimento de psicopatologias e precarização vivenciadas em seu cotidiano.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Coveiro; Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa

A QUALITATIVE STUDY OF QUALITY OF LIFE BY GRAVEDIGGER WORKERS IN THE CEMETERY OF BOTUCATU, A MEDIUM SIZED CITY IN THE STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL

ABSTRACT: This study presents data from a qualitative research carried out in 1992 with

cemetery workers (gravediggers), who work at the cemetery in Botucatu – SP, Brazil. The interest in studying this theme within the Occupational Health discipline was due to the particularity of this activity, which requires the worker's daily and constant contact with the death. The research aims to identify the impacts of work on the living conditions and mental health of gravediggers in the municipality, as well as highlighting risk situations for the use of alcohol, development of psychopathologies and precariousness experienced in their daily lives.

KEYWORDS: Work; Gravedigger; Mental Health; Qualitative Research

1 | INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a qualidade de vida dos trabalhadores de cemitério, ou coveiros, surgiu a partir dos debates na disciplina “Saúde do Trabalhador” do curso do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - SP (UNESP), em 1992. O presente estudo qualitativo permitiu investigar aspectos ocupacionais e psicossociais e avaliar fatores de impacto do trabalho na qualidade de vida de quatro coveiros do cemitério de Botucatu.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), os coveiros atuam como auxiliares dos serviços funerários, “constroem, preparam, limpam, abrem e fecham sepulturas e zelam pela segurança do cemitério. Realizam sepultamento, exumam e cremam cadáveres,

trasladam corpos e despojos”. Dentro dos serviços que lhes são atribuídos está, também, a “conservação dos cemitérios, máquinas e ferramentas de trabalho”. Apesar de ser considerado um dos campos de trabalho mais antigos que existe, poucas modificações aconteceram no decorrer do tempo para a melhoria de sua atuação profissional. Não é oferecido qualquer curso que capacite esses trabalhadores no momento em que adentram ao universo desse trabalho, e não há seguimento psicológico destes trabalhadores durante seu período de exercício nessa atividade profissional. Além disso, há situações que, pela ausência de material de trabalho, eles são obrigados a improvisar suas ferramentas para poderem exercer suas funções, sendo também comum o relato de assumirem o trabalho em horário fora da rotina habitual.

Apesar dos coveiros fazerem parte de uma categoria de trabalhadores essenciais para a sociedade, são invisíveis dentro dos muros dos cemitérios e vivenciam a precarização das condições de trabalho e da própria vida (Galeazzi, 2006) devido, basicamente, a dois fatores: a condição do mercado de trabalho e as condições psíquicas geradas pelo estresse e desgaste deste trabalho, refletindo no desenvolvimento de psicopatologias, maior consumo de substâncias psicoativas (como o álcool) e baixa qualidade de vida.

Para possibilitar este Estudo Qualitativo utilizamos o referencial quadro teórico construído pela Psicodinâmica do Trabalho (PDT), proposta por Dejours (1992). A PDT permite a análise dos fenômenos psíquicos e intersubjetivos em investigações no âmbito microsocial, e se baseia na avaliação dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho. Na PDT o foco central está nos conflitos que surgem do encontro entre o sujeito, com sua história singular preexistente, e o trabalho, com características que não dependem da vontade do trabalhador. Implica dizer que a psicopatologia do trabalho parte de uma subjetividade já constituída que será exposta, posteriormente, à realidade do trabalho. Portanto, segundo Dejours e Adbouchelli (1994) o sujeito não é o mesmo que era antes do conflito, e a realidade do trabalho é transformada por essa subjetividade.

Segundo Dejours (1990) a pesquisa é o momento de escuta do trabalhador que, através da fala, reconhece o seu trabalho e os seus significados. A mudança na maneira de pesquisar possibilita novas formas de conhecimento e, portanto, temos a PDT enquanto proposição teórica metodológica que favorece a construção do saber e o olhar crítico da organização do trabalho pelo próprio trabalhador, podendo criar espaço para ser agente transformador do seu meio. A PDT aproxima o trabalho prescrito do real e permite a reavaliação da realidade social na gênese da psicopatologia, analisando o espaço intra e extra psíquico, considerando o sofrimento mental na sua dupla potencialidade, de conduzir à doença ou à criatividade e a superação do sofrimento (Martins, 2009). Portanto, o trabalho não seria simplesmente a causa, mas poderia favorecer o surgimento de uma descompensação ou o desencadeamento de um transtorno mental. Vários trabalhos sobre saúde mental e o trabalhador na perspectiva teórica da abordagem da PDT estão sendo

desenvolvidos no Brasil (Nogueira, 2011; Moraes, 2011; Oliveira, 1998, Moraes, 2012) procurando relacionar a teoria à prática e aproximando o pesquisador à realidade onde pertence.

2 | METODOLOGIA

Este Estudo Qualitativo foi realizado por meio de trabalho de pesquisa de campo, com entrevistas semiestruturadas de quatro trabalhadores de cemitérios ou coveiros da cidade de Botucatu, de porte médio, no Estado de São Paulo, Brasil. As entrevistas foram realizadas após consentimento da direção do cemitério, em dois encontros com horário marcado pela entrevistadora com o entrevistado, no próprio cemitério. As entrevistas de abordagem qualitativa foram baseadas em Roteiro de Entrevistas semiestruturado, porém foi proposta uma escuta para que pudessem falar de si mesmos, da organização do trabalho e da dinâmica das relações familiares e as relações com o seu trabalho. O Roteiro abordava os tópicos: de identificação e dados antecedentes pessoais; dados familiares pregressos e atuais; trajetória ocupacional e suas relações com as funções ocupadas, e sua atividade atual; impressões do sujeito sobre suas sensações, prazer-desprazer, vínculo com o grupo de trabalho, rotina, hábitos e costumes na vida e no trabalho; expectativas, frustrações, projetos e desejos para o futuro.

O Roteiro de entrevista foi baseado no quadro teórico da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), que analisa a constituição do sofrimento mental a partir da percepção dos próprios trabalhadores sem se deter nas patologias a que o sofrimento poderia dar lugar. A PDT identifica mecanismos psicológicos de defesa socialmente articulados em reação aos constrangimentos ou pressões do trabalho que podem funcionar como “armadilha” quando se transformam em ideologias defensivas, mascarando o sofrimento, atendendo a interesses de uma organização do trabalho que leva à alienação e ao sofrimento psíquico (Mendes, 2007).

3 | RESULTADOS

Os resultados foram divididos em três categorias, a saber: 3.1. Identificação dos sujeitos e trajetória profissional; 3.2. Sentimentos em relação ao exercício do trabalho de coveiro; e 3.3. Dinâmica das relações familiares.

3.1. Identificação dos sujeitos, estado civil, composição familiar, escolaridade e trajetória profissional: os coveiros, todos do sexo masculino, foram identificados como A, B, C e D, tinham faixa etária entre 34 e 61 anos, todos com ensino médio incompleto, apenas um deles casado, que morava com a esposa e os filhos, dois separados, com filhos, morando só (ou com o irmão), e um viúvo, que vivia só. Na função de coveiro há aproximadamente 10 anos, tinham atuado anteriormente em pelo menos duas dessas atividades: na lavoura, como carteiro, como auxiliar de torre de televisão ou na limpeza,

como lixeiro ou varredor de rua, por período de tempo menor que dez anos.

3.2. Sentimentos em relação ao trabalho, relações sociais, lazer: todos expressavam descontentamento em relação ao trabalho, com vergonha da função, dizendo “não gostar de receber ordens” ou referirem que aquele “seria meu último serviço”; todos freqüentavam o bar, e tinham amigos no bar, sendo que um deles tinha problemas de agressividade decorrente do uso de bebida alcoólica; dois deles relataram gostar de horta e música (ouvia rádio ou tocava violão) e mantinham relações sociais durante a atividade de lazer, e outros dois não tinham lazer, não tinham muitos amigos, não relatavam projetos de vida ou desejos.

3.3. Dinâmica das relações familiares, aspectos da estrutura interna, intercorrências: somente um deles estava casado e mantinha boa relação familiar; dois deles tinham conflitos importantes com a família, e um deles com história de múltiplos relacionamentos com mulheres e oito filhos, porém morava com um irmão; quanto à estrutura interna, a maioria relatava sintomas de baixa autoestima, ansiedade, depressão, com perda de prazer em realizar atividades sociais e esportivas, insônia, inapetência, falta de motivação para novas atividades, sensação de lentidão de pensamento ou incapacidade de realizar críticas ou escolhas em assuntos da vida pessoal, sensação de impotência ou medo frente à morte, desesperança, apatia e discurso frequente da falta de sentido no trabalho e na vida. Em todos foi observado o uso de bebida alcoólica precocemente e, em dois deles, uso abusivo e dependência de álcool, sendo que somente um deles procurou o tratamento.

4 | DISCUSSÃO

A discussão dos dados foi realizada no âmbito acadêmico, destacando os seguintes aspectos:

4.1. O sexo masculino predomina o quadro da profissão de coveiros, provavelmente pela exigência de força física, por tradição e costume social no sentido de exercerem profissões “impuras” e em contato com a morte; as mulheres culturalmente estão envolvidas com a maternidade, a concepção, a vida e os cuidados da casa, dos filhos e da saúde, mesmo com a sua inserção progressiva no mercado de trabalho (Navarro, 2007). Quanto à escolaridade, todos com ensino médio incompleto, sendo observado que a baixa escolaridade foi um dos fatores prováveis que não lhes permitiu almejar outras profissões. Relataram estar na função de coveiro em média há dez anos, sendo que atuaram em outras funções e não optaram concretamente pelo trabalho de coveiro, mas ocupavam tal função por encaminhamento da própria estrutura organizacional.

4.2. Todos os entrevistados consideram essa atividade profissional “ruim”, e de baixa remuneração, acentuando o estado de desvalorização de seus projetos de vida. Descrevem a rotina do trabalho desgastante, chegam às sete horas da manhã, ou são obrigados a atenderem aos chamados fora de seu horário habitual de trabalho para casos excepcionais

(quando os cadáveres estão em decomposição, impedindo-os de serem velados). Os coveiros são funcionários contratados pela prefeitura do município e submetidos a uma chefia alocada fora da área do cemitério, na própria prefeitura. A chefia fica à distância e não tem, como eles, contato com a morte de forma constante. Se, por um lado, faz parte da função dos coveiros certa autonomia de divisão de tarefas e cobertura dos horários de trabalho para cumpri-las, por outro, acabam assumindo grande responsabilidade de solucionar problemas mesmo não contando com auxílio direto e imediato da chefia, principalmente em horários extras. Um deles fracassou no trabalho como lixeiro por estar frequentemente alcoolizado, sendo transferido para a função de coveiro e, reconhecendo que ia embriagado ao trabalho, comentou com vergonha e culpa durante a entrevista: “Nem pro lixo eu sirvo” [sic]. São evidentes e estão presentes nos relatos dos coveiros: a questão da invisibilidade da profissão, do isolamento social, da vergonha que se embute ao desprezarem o que realizam no trabalho, da percepção social de que o coveiro é um trabalho para os que foram “excluídos socialmente”, ou até considerados “escórias sociais”. Além dessa condição relatada, Sznelwar (2011) e Dejourns (2004) descrevem sobre a maneira sofisticada com a qual as organizações estão minando as relações de colaboração entre seus funcionários, cuja tendência é de trabalharem sozinhos, isolados, fragilizados pela condição da atividade exercida, comprometendo a cooperação e empobrecendo a subjetividade e a criatividade, em busca do “vencer a qualquer preço”, potencializando o sofrimento patológico, já que todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos estão bloqueadas.

Apesar das dificuldades descritas, para esses homens, o trabalho é sua fonte de sustento e sobrevivência, é a sua atividade cotidiana e sua relação social. Os que apresentam certo otimismo e esperança nos discursos são pessoas que descrevem maior atividade social, de lazer e artística, o que mostra certa transformação do sofrimento em algo criativo, de alguma forma protegendo-os e aumentando a resistência à grave desestabilização psíquica. Constatamos que mesmo que alguns fatores de proteção e habilidades sociais possam estar auxiliando no enfrentamento dos riscos no trabalho dos coveiros, esses são insuficientes, e todos os entrevistados apresentam participações prejudicadas na esfera sociofamiliar, empobrecimento dos projetos de vida e desenvolvimento de psicopatologias e dependência de substâncias psicoativas como o álcool, indicando a necessidade de ações e o delineamento de planejamentos futuros para a melhoria de qualidade de vida desta população.

4.3. Todos os entrevistados apresentam prejuízos sociofamiliares, desenvolvendo sintomas ansiosos e depressivos, e um deles descreve sintomas de impulsividade e agressividade, inferindo quadro de psicopatologia. Assim como Oliveira (2010) relata sintomas depressivos e ansiosos relacionados ao trabalho dos bombeiros, os achados de sintomas ansiosos e depressivos entre os coveiros necessitam de melhor investigação e aprofundamento, até para traçar políticas e planos de ação de prevenção e cuidados

da saúde mental dos trabalhadores, já que pelas entrevistas constatamos sintomas importantes de ansiedade e depressão em todos os coveiros sendo que apenas um deles buscou auxílio de equipe especializada, porque considerou esse fator “um problema na sua vida”.

Todos apresentam histórias de uso precoce de bebida alcoólica, que se acentua com a atividade do trabalho, associado à angústia e à dor diante da presença da morte no trabalho e das insatisfações pessoais e familiares. O uso de substância psicoativa, como o álcool, é um denominador comum para amenizar o cotidiano do trabalho e a impotência que sentem ao lidar com conteúdos de morte tão concretos diariamente, confirmando o que é descrito pelo Ministério da Saúde (2001). Esses dados são observados também por Barros (2009), referindo que a dinâmica do trabalho é fator psicossocial de risco para alcoolismo crônico, principalmente em ocupações socialmente desprestigiadas, atingindo não somente o ambiente do usuário, mas o familiar, o social e o laboral. Assim como Lima (2009), os achados sugerem que o alcoolismo deve ser visto como um sofrimento mútuo e pode ser considerado como impedimento da melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

Os relatos de todos os participantes demonstram muito sofrimento, medo, aversão ao cadáver, submissão às condições precárias de trabalho, insatisfação salarial e desmotivação, refletindo negativamente nas esferas de sua vida pessoal, social e familiar.

5 | CONCLUSÕES

Como foi possível observar por meio deste Estudo Qualitativo, os trabalhadores de cemitério vivenciam situação de desvalorização e precarização do trabalho. São desmotivados nas atividades que realizam e pouco participativos no questionamento dos seus direitos. O impacto que o trabalho tem na qualidade de vida desses sujeitos assume relevância, pois se trata de um contexto que envolve uma categoria de trabalhadores invisíveis aos olhos da sociedade e que vivenciam uma profunda desvalorização pessoal, pouco reconhecimento profissional e ausência de acompanhamento psicológico para a execução de tarefas potencialmente nocivas para a sua saúde mental. Segundo Seligmann-Silva (2011), é através do estabelecimento de uma coerência entre teoria e problema de investigação que é possível se construir um conhecimento articulado com a experiência significativa de cada sujeito, transparecendo o compromisso e o respeito ao trabalhador. Através da psicodinâmica do trabalho (PDT) proposta por Dejours (2001) é possível construir uma nova maneira de enxergar as relações de trabalho, não se restringindo em causa e efeito, mas ampliando a possibilidade de escuta dos trabalhadores, que se apropriam das ações que desenvolvem. Este trabalho pretende contribuir para a possibilidade de aprofundar as próximas discussões sobre o assunto e reconhece que, apesar de introdutório, pode ser de grande utilidade para a reflexão, a compreensão e o empenho para a prevenção de adoecimentos mentais articulados a certas situações do

trabalho que podem ser modificadas. Além disso, pode contribuir para a formulação de políticas e planos de ações de melhorias nas condições de trabalho e cuidados com a saúde mental dos cozeiros.

REFERÊNCIAS

BARROS, D.R.; CARVALHO, E.A.B.D.; ALMEIDA, M.R.D. **Alcoolismo no Contexto organizacional: uma revisão bibliográfica**. *Psicologia & foco*. v.2 n.1, Jan/jun 2009.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em 01 jun.2021

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itineraire théorique en psychopathologie du travail**. Prévenir, Marselha, 20, p.127-49, 1990.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo, SP: Cortez, 1992. [Links]

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., & JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo, SP: Atlas, 1994. [Links]

DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. *Revista Produção* v.14, n.3, p.27-34, set/dez 2004.

DEJOURS, C. **Organização do trabalho e saúde mental: Quais são as responsabilidades do manager?** In: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

GALEAZZI, I. **Precarização do trabalho**. In: Cattani, A.D.; Holzmann, L. *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

LIMA, D. S. D. **Alcoolismo no trabalho: uma percepção sobre a condição do servidor alcoolista**. Monografia apresentada no Curso de Gestão Universitária do Programa de Pós-Graduação. Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE). Universidade de Brasília, 2009.

MARTINS, S.R. **Clínica do Trabalho. Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

MENDES, A. M. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho**. In A. M. Mendes (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas* (pp. 23-48). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2007. [Links]

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. (2ª. ed). São Paulo: Hucitec, 1993.

MORAES, R. D., & VASCONCELOS, A. C. L. (Orgs.). **Subjetividade e trabalho com automação: estudo no pólo industrial de Manaus**. Manaus: EDUA, 2011.

MORAES, R.D., VASCONCELOS, A.C.L., CUNHA, S.C.P. **Prazer no Trabalho: O lugar da autonomia**. Revista Psicologia v.12, n° 2, p. 217-228, Amazonas: EDUA, mai/ago 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a07.pdf>. Acesso em 01.jun.2021.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. **Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo**. Psicologia & Saúde, v. 19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 01.jun.2021.

NOGUEIRA, Laura Soares Martins. **O Sofrimento negado: trabalho, saúde/doenças, prazer e sofrimento dos trabalhadores do alumínio do Pará - Brasil**. Orientadora: Rosa Elizabeth Acevedo Marin. 2011. 291 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental) - Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/11122>. Acesso em 01.jun.2021.

OLIVEIRA, Paula Almeida de. **Habilidades Sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em Bombeiros: um estudo correlacional**. 2010. 90f. Tese Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6013/3384.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 01.jun.2021.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em hospital público no Pará**. Dissertação de Mestrado em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998, 153f. Disponível em: [pesquisa.bvsalud.org › portal › resource › lil-225420](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/lil-225420). Acesso em 01.jun.2021.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental:o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SZNELWAR, I.; UCHIDA, S & LANCMAN, S. **A subjetividade no trabalho em questão**. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, v.23, n°1, p. 11-30, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/12650/14427>. Acesso em 01.jun.2021.

FATORES DE RISCO PARA ULCERAÇÃO E AMPUTAÇÃO DE EXTREMIDADES INFERIORES EM PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS*

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Thaysa Alves Tavares

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0397214561460217>

Luana Jeniffer Souza Farias da Costa

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/8036136083896078>

Maria Lucélia da Hora Sales

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/9480625935283424>

Marilúcia Mota de Moraes

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/1975582229385608>

Lilian Christianne Rodrigues Barbosa Ribeiro

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/0700675454509114>

Paula Alencar Gonçalves

Universidade Federal de Alagoas
Maceió – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/5400867180636648>

RESUMO: **Objetivo:** analisar os fatores de risco para ulceração e amputação de extremidades inferiores em portadores de diabetes *mellitus*. **Método:** estudo transversal, quantitativo, com 92 indivíduos diabéticos, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família em Maceió/Alagoas. A coleta dos dados aconteceu no período de maio a outubro de 2013, através de entrevistas e avaliação clínica dos pés. Investigou-se as seguintes variáveis: características sociodemográficas e fatores de risco complementares para o pé diabético. Para identificar associação entre as variáveis utilizou-se os testes Qui-quadrado com correção (Yates), Teste G e Exato de Fisher, sendo considerado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** a amostra contemplou 92 portadores de diabetes mellitus, sendo 71,7% do sexo feminino; a faixa etária predominante foi de 60-79 anos com percentual de 48,0%. Observou-se uma prevalência de 95,6% com risco para ulceração e 4,4% com risco para amputação. Com relação ao risco de ulceração 64,1% foram classificados em risco 0. **Conclusão:** Encontrou-se uma maior prevalência de pacientes em menor risco para ulceração e amputação. Dentre os fatores de risco, destaca-se o uso inadequado dos calçados como o fator de risco mais comum e o uso do tabaco como fator de risco com associação estatística significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus; Pé diabético; Fatores de risco.

RISK FACTORS FOR LOWER-EXTREMITY ULCERATION AND AMPUTATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: Objective: to analyze the risk factors for ulceration and amputation of the lower extremities in patients with diabetes mellitus. **Method:** transversal study, quantitative, with 92 diabetic subjects, registered in a Family Health Unit in Maceió/Alagoas. Data collection happened between May and October 2013, through interviews and clinical evaluation of the feet. The following variables were investigated: sociodemographic characteristics and additional risk factors for diabetic foot. To identify associations between variables, the Chi-square test was used with correction (Yates), G Test and Fisher's Exact, being considered the significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** the sample included 92 patients with diabetes mellitus, and 71.7% of female sex; the predominant age group was 60-79 years with a percentage of 48.0%. It was observed a prevalence of 95.6% at risk for ulceration and 4.4% at risk for amputation. Regarding the risk of ulceration 64.1% were classified at risk 0. **Conclusion:** it was found a higher prevalence of patients at lower risk for ulceration and amputation. Among the risk factors, highlights the inappropriate use of shoes as the most common risk factor and tobacco use as a risk factor with significant statistical association. **KEYWORDS:** Diabetes mellitus; Diabetic foot; Risk factors.

1 | INTRODUÇÃO

Com o efetivo envelhecimento da população, as doenças crônicas não transmissíveis tiveram um progressivo aumento na sua incidência. Sendo assim, o diabetes mellitus (DM) tornou-se uma das principais patologias que vêm se destacando pela sua magnitude e gravidade (SANTOS *et al.*, 2015), constituindo um grave problema de saúde pública no mundo (MAGALHÃES *et al.*, 2015). Atualmente, estima-se que a população mundial portadora de diabetes seja de 382 milhões, podendo alcançar 592 milhões em 2035 (FLOR; CAMPOS, 2017).

DM é uma doença de etiologia heterogênea, caracterizada por hiperglicemia, decorrente da falta de ação de insulina por deficiência de produção desse hormônio, resistência à sua ação, ou de ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Compõe um grupo de doenças associadas a complicações, disfunções e insuficiência de diferentes órgãos, podendo atingir principalmente o sistema renal, cardiovascular, neurológico e oftalmológico (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009). Essa doença precisa ser avaliada de maneira mais abrangente, devendo-se ampliar a análise à pesquisa, suas complicações e possíveis variáveis de incapacidade, incluindo o pé diabético (SANTOS *et al.*, 2015).

O termo “pé diabético” é utilizado quando o paciente portador de DM apresenta alterações nos pés e membros inferiores, podendo ser alterações neurológicas, infecciosas, ortopédicas e vasculares (CAIFA *et al.*, 2011), resultando em amputação do membro afetado. Dentre as complicações do DM, o pé diabético é uma complicação crônica considerada a mais grave e de maior impacto socioeconômico, muitos casos traz hospitalização

prolongada, custo direto com amputação e cicatrização de úlceras (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A vulnerabilidade ao pé diabético ocorre principalmente por causa da neuropatia periférica, podendo ser dividida em neuropatia sensitiva, causando perda gradual da sensibilidade tátil e dolorosa no pé, neuropatia motora, que gera deformidades ósseas devido à hipotrofia da musculatura interóssea, provocando uma pressão plantar anormal e neuropatia autonômica em que ocorre lesão dos nervos simpáticos, diminuindo o tônus vascular, prejudicando a circulação local e nutrição dos tecidos (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Além da neuropatia, outro fator desencadeado pelo diabetes é a doença arterial, que se manifesta pela aterosclerose ou isquemia arterial, reduzindo o fluxo sanguíneo necessário para perfusão tecidual adequada. Esse fator, associado a algum trauma, resulta em úlcera, a qual terá seu processo cicatricial prejudicado, podendo levar à gangrena na presença de infecção (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009).

Os fatores associados ao risco para o pé diabético incluem: mau controle glicêmico, uso do tabaco, comorbidades, tempo de diagnóstico do diabetes maior que 10 anos, uso de calçados inadequados, corte das unhas inadequado, bem como úlceras e amputações prévias, que classificam o paciente em um risco mais elevado (CAIFA *et al.*, 2011).

Para avaliação do paciente diabético, é necessário a realização de anamnese e do exame clínico dos pés, podendo visualizar a presença de infecções, calos, rachaduras, deformidades ósseas, unhas, amputações, úlceras e diminuição/ausência dos pulsos nos pés (ARMSTRONG *et al.*, 2010) em seguida, a avaliação da sensibilidade cutâneo-plantar, realizada através do monofilamento de Semmes-Weinstein (10g) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Outro fator a ser analisado é a avaliação dos sinais de doença arterial periférica, feito pela palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, sendo classificados em “presentes” ou “ausentes”, sugerindo comprometimento vascular quando não palpáveis (ARMSTRONG *et al.*, 2010).

A melhor maneira custo-benefício de se prevenir as complicações do pé nos portadores de diabetes, como a ulceração e amputação, consiste na identificação dos fatores de risco interrompendo sua progressão (CAIFA *et al.*, 2011). A atuação dos profissionais da saúde deve otimizar ações preventivas, como a realização de exames regulares para estratificação do risco, promoção a saúde e hábitos de vida mais saudáveis, com ênfase no autocuidado consciente, identificação da população em risco e intervenções propedêuticas precoce, afim de diminuir a prevalência de amputações (SANTOS *et al.*, 2015).

O presente estudo justifica-se na importância do conhecimento por parte dos profissionais e portadores do DM dos fatores predisponentes para ulceração e amputação de extremidades inferiores, pois acredita-se que a identificação desses fatores norteará as intervenções da equipe de saúde, apontando o desenvolvimento de ações preventivas em nível de atenção básica. Portanto, o objetivo do estudo foi analisar os fatores de risco para ulceração e amputação de extremidades inferiores em portadores de DM.

21 MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido com pacientes diabéticos cadastrados na área 26 de uma Unidade de Saúde da Família, no município de Maceió, Alagoas, Brasil, realizado no período de maio a outubro de 2013.

A população diabética cadastrada na área era composta por 118 indivíduos, dos quais 92 participaram do estudo e 26 foram excluídos, de acordo com os critérios de exclusão.

Os critérios de inclusão contemplaram: portadores de DM, com idade ≥ 18 anos, com sua capacidade de raciocínio e comunicação preservada, sendo excluídos aqueles que não compareceram às consultas do HIPERDIA nos dias de coleta ou estavam ausentes de sua residência por três visitas em dias e horários alternados, assim como pacientes que mudaram de endereço e/ou faleceram (informação obtida nos registros em prontuários e/ou por familiares).

Os indivíduos eram convidados a participar do estudo de forma particular, esclarecendo-os quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e, após a aceitação, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O procedimento de coleta dos dados ocorreu na unidade de saúde nos dias de consulta do HIPERDIA, semanalmente, sendo o restante captado nas visitas domiciliares em dias e turnos alternados. As entrevistas ocorreram em locais reservados e confortáveis aos participantes, minimizando os riscos de constrangimento.

As entrevistas e o exame clínico foram realizados por dois pesquisadores devidamente treinados, por meio de um instrumento validado (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009) e adaptado pelos autores do presente estudo. Inicialmente, foi coletado dados sociodemográficos, dados clínicos, estilo de vida e prática de autocuidado com os pés; logo após, realizou-se o exame clínico dos pés, a fim de verificar fatores desencadeantes de úlceras e amputações, avaliação de neuropatia utilizando o monofilamento Semmes-Weinstein (10g) e avaliação de sinais de doença arterial periférica.

Nos aspectos sociodemográficos, agruparam-se as categorias do estado civil dos pacientes em “com parceiro” para aqueles que referiram ser casados ou estar em uma união estável, e “sem parceiro” para aqueles que relataram ser solteiros, viúvos ou divorciados.

No exame inspeccional dos pés, observou-se a presença de micoses em unhas ou interdigitais e os calçados utilizados no momento da entrevista, sendo estes categorizados em adequados ou inadequados; os calçados considerados adequados eram os que proporcionavam conforto interno, possuíam tamanho ideal e fechamento ajustável (velcro ou cadarço), cobriam os dedos e calcâneo, sendo confeccionados com couro macio ou lona (SILVA *et al.*, 2017).

Para avaliação da neuropatia, aplicou-se o monofilamento de Semmes-Weinstein (10g) em seis áreas plantares: primeiro, terceiro e quinto dedos, metatarsos em um ângulo

de 90°, com força suficiente para encurv-lo, e duração de 1 segundo entre as aplicações. O indivíduo, sem visualizar, era questionado quanto  percepção ao toque, sendo duas respostas negativas compatíveis com perda da sensibilidade. Após aplicação em 10 pessoas, colocou-se o monofilamento em descanso por um período de 24 horas, para que não houvesse descalibração, minimizando, assim, erros no diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Observou-se a presença e/ou cicatrizes de úlceras (confirmando-se com relato do paciente), amputações prévias e deformidades ósseas - hálux valgo, dedos em garra, dedos em martelo, hipotrofia muscular, proeminências ósseas, e outras que gerem pressão anormal nos ps (CAIFA *et al.*, 2011).

Na análise de sinais de doença arterial periférica, realizou-se palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, sendo classificadas como palpáveis ou não palpáveis; a não palpação dos dois pulsos no mesmo membro indicou sinais de comprometimento vascular.

Após a análise dos fatores de risco, os ps dos pacientes foram categorizados em graus de risco para ulceração e amputação (CAIFA *et al.*, 2011). As variáveis utilizadas para estratificação do risco estão descritas no Quadro 1.

Grau de risco	Sensibilidade	Deformidades/ hiperqueratose	úlceras
0	Presente	Ausente	Ausente
1	Ausente	Ausente	Ausente
2	Ausente	Presente	Ausente
3	Ausente	Presente ou Ausente	Cicatrizada
3A	lcera superficial com ou sem infecção superficial		
3B	lcera profunda, sem infecção e sem atingir osso		
3C	Infecção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite, osteomielite)		
3D	Necrose ou gangrena localizada		
3E	Necrose ou gangrena extensa		

Quadro 1 - Classificação dos ps de portadores de diabetes *mellitus* em grau de risco para ulceração e amputação.

Fonte: Adaptada da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular 2001 e da Classificação de Wagner (CAIFA *et al.*, 2011).

Os riscos foram subdivididos de 0 a 3 como riscos de ulceração, e de 3A a 3E como risco para amputação. No risco de ulceração, classificaram-se como menor risco os valores de 0 e 1, e maior risco os valores de 2 e 3. O risco de amputação subdivide-se em menor risco (3A e 3B) e maior risco (3C, 3D e 3E) (CAIFA *et al.*, 2011).

As informações coletadas ficaram arquivadas no programa Microsoft Excel 2013, sendo posteriormente analisadas pelo programa BioEstat, versão 5.0. Para identificar a associação entre as variáveis, utilizaram-se os testes: Qui-quadrado com correção (Yates),

Teste G e Exato de Fisher, com análise bivariada entre as variáveis independentes e a variável dependente (menor e maior risco para ulceração e para amputação), sendo considerado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, sob protocolo n°. 2034. Todas as informações mantiveram-se confidenciais, sem identificação dos pacientes, ficando sob responsabilidades dos pesquisadores.

3 | RESULTADOS

Os percentuais das características sociodemográficas da população estão distribuídos de acordo com as variáveis apresentadas na Tabela 1.

Características sociodemográficas	Total (92)	
	n	%
Sexo		
Feminino	66	71,7
Masculino	26	28,3
Estado civil		
Com parceiro	37	40,2
Sem parceiro	55	59,8
Faixa etária (anos)		
18-39	6	6,5
40-59	38	41,3
60-79	44	48,0
80 ou mais	4	4,3
Cor da pele autorreferida		
Branca	13	14,1
Negra	32	34,8
Parda	47	51,1
Escolaridade		
< 4 anos	66	71,7
4 a 7 anos	15	16,3
8 ou mais	11	12,0
Renda		
< 1 salário mínimo	9	9,8
> 1 salário mínimo	20	21,7
1 salário mínimo	63	68,5

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de diabetes mellitus segundo características sociodemográficas. Maceió, Alagoas, 2013.

A Tabela 2 mostra a distribuição da população estudada, segundo a classificação de risco para ulceração e amputação (CAIFA *et al.*, 2011).

Graus de risco	Total (92)	
	n	%
Ulceração		
Grau 0	59	64,1
Grau 1	14	15,2
Grau 2	3	3,3
Grau 3	12	13,0
Amputação		
Grau 3A	4	4,4
Grau 3B	0	0
Grau 3C	0	0
Grau 3D	0	0
Grau 3E	0	0

Tabela 2 - Percentagem dos portadores de diabetes mellitus, classificados em graus de risco para ulceração e amputação. Maceió, Alagoas, 2013.

Realizou-se uma análise bivariada da associação entre a frequência de maior e menor risco para ulceração em pés de portadores de DM com características sociodemográficas, dados clínicos, estilo de vida, práticas de autocuidado, alterações dermatológicas e vasculares, conforme na Tabela 3.

Vale ressaltar que não foram encontrados pacientes com maior risco para amputação, dessa forma, não foi possível realizar uma análise bivariada para risco de amputação, sendo feita apenas para ulceração.

Características	Classificação de risco para ulceração				Total (88)		Valor p
	Maior risco (15)		Menor risco (73)		n	%	
	n	%	n	%			
Tempo de Diagnóstico do DM							
Até 10 anos	8	53,33	53	72,6	61	69,32	0,2170 [#]
Maior que 10 anos	7	46,67	20	27,4	27	30,68	
Comorbidades							
HAS							
Sim	12	80,00	59	80,82	71	80,68	0,9923 [#]
Não	3	20,00	14	19,18	17	19,32	
IAM							
Sim	0	0,00	5	6,85	5	5,68	0,5883 [#]
Não	15	100,00	68	93,15	83	94,34	
AVE							
Sim	2	13,33	5	6,85	7	7,95	0,5965 [#]
Não	13	86,67	68	93,15	81	92,05	

Consumo do álcool							
Sim	3	20,0	10	13,7	13	14,8	0,6878 [#]
Não	12	80,0	63	86,3	75	85,2	
Consumo de tabaco							
Sim	2	13,33	10	13,70	12	13,64	0,0106 [^]
Não	12	80,00	32	43,84	44	50,00	
Ex-fumante	1	6,67	31	42,47	32	36,36	
Calçado utilizado no momento							
Adequado	2	13,3	9	12,3	11	12,5	0,9814 [#]
Inadequado	13	86,7	64	87,7	77	87,5	
Caminha descalço							
Sim	4	26,7	32	43,8	36	40,9	0,3454 ^o
Não	11	73,3	41	56,2	52	59,1	
Presença de micose em unhas/dedos							
Sim	6	40,0	12	16,4	18	20,4	0,0721 [#]
Não	9	60,0	61	83,6	70	79,6	
Alteração do pulso							
Sim	5	33,3	12	16,4	17	19,3	0,1556 [#]
Não	10	66,7	61	83,6	71	80,7	

[#] Teste Exato de Fisher; [^] Teste G; ^o Teste Qui-quadrado. DM: Diabetes *mellitus*; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; IAM: Infarto agudo do miocárdio; AVE: Acidente vascular encefálico.

Tabela 3 - Distribuição de portadores de diabetes *mellitus* segundo as principais variáveis dos dados clínicos, estilo de vida, prática de autocuidado com os pés, alterações dermatológicas e vasculares e a classificação de risco para ulceração, Maceió/AL, 2013.

Encontrou-se apenas associação significativa em relação ao uso do tabaco e ao risco de úlceras ($p=0,010$). A análise bivariada com os dados socioeconômicos não trouxe associação significativa.

4 | DISCUSSÃO

No que diz respeito às características sociodemográficas, pôde-se perceber uma maior predominância de portadores de DM do sexo feminino, fato encontrado também por outros estudos (FLOR; CAMPOS, 2017; SILVA *et al.*, 2017; OROSCO *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2019). Esse episódio pode estar relacionado ao fato de as mulheres terem uma maior expectativa de vida em relação aos homens, conseguindo alcançar a vida adulta e envelhecimento (IBGE, 2013; COTTA *et al.*, 2009).

Nos aspectos econômicos, notou-se uma maior proporção da população que se mantém com apenas um salário mínimo. É imprescindível ressaltar que a escolaridade e a renda estão relacionadas com o acesso ao serviço de saúde, sendo consideradas como variáveis relevantes para aumentar o grau de potencialidade das práticas preventivas de

complicações (ARAÚJO *et al.*, 2010; FLOR; CAMPOS, 2017).

Para estratificação em graus de risco de ulceração e amputação, a alta prevalência de pacientes com baixo ou nenhum risco para ulceração foi um fator positivo identificado no presente estudo, e uma pesquisa (AUDI *et al.*, 2011) com objetivo comum trouxe uma prevalência de 56,0% de diabéticos com risco 0 para ulceração e 16,0% de indivíduos classificados em grau 3. Em Ribeirão Preto, estudo semelhante (ARAÚJO *et al.*, 2010) também evidenciou alta prevalência de diabéticos em risco 0 para úlceras com 79,8% e 14,0% apresentando risco 3.

Vale elucidar, que apesar de os pacientes investigados neste estudo serem classificados em graus de risco baixo para ulceração e amputação, apresentaram práticas inadequadas de autocuidado com os pés e estilo de vida, contribuindo para o surgimento de maiores complicações crônicas.

O tempo de diagnóstico da doença é um fator importante para o aumento do risco de complicações nos pés, sendo o tempo > 10 anos um fator de risco complementar para o surgimento do pé diabético (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009; SILVA *et al.*, 2017).

A HAS tem alta prevalência nos portadores de DM, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares e microvascular, propiciando o surgimento de retinopatia e nefropatia (MORESCHI *et al.*, 2015). No presente estudo 81,5% dos diabéticos tinham como comorbidade a HAS, apresentando-se em risco para o surgimento de complicações, achados semelhantes foram encontrados em outros estudos (KARINO; PACE, 2012; FLOR; CAMPOS, 2017; OROSCO *et al.*, 2019).

Um importante fator de risco para o pé diabético é o tabaco, pois sua presença aumenta a ocorrência de alterações macrovasculares. Destaca-se neste estudo a associação significativa do uso do tabaco com o risco para ulceração, embora, 50,0% da população em risco para úlcera referiu não fumar e 36,4% referiram ser ex-fumantes em um período maior que seis meses. Destarte, a associação pode ter ocorrido indicando que o hábito de não fumar é um fator preventivo ao aparecimento de úlceras.

A presença de micose nos espaços interdigitais e ungueais serve como porta de entrada para infecções, sendo um dos principais fatores desencadeantes de amputação em membros inferiores (SANTOS *et al.*, 2015). Pesquisas evidenciam prevalência significativa de micoses interdigitais (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009; SILVA *et al.*, 2017). Esse tipo de alteração dermatológica necessita de atuação pela equipe de saúde com medidas preventivas, tratamento e acompanhamento de lesões, visando sua melhoria e reintegração do tecido epitelial (PACE *et al.*, 2002).

Na investigação da alteração dos pulsos identificou-se pacientes com sugestão de comprometimento vascular. As alterações vasculares são consideradas como um dos principais determinantes de aparecimento de úlceras e dificuldades no processo de cicatrização, e o referenciamento precoce desses pacientes para um de nível de maior complexidade de assistência pode prevenir a amputação (CAIFA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2017).

No presente estudo, foi observada uma frequência alta de indivíduos utilizando calçados inadequados durante entrevista, sendo outro fator de risco importante relacionado ao surgimento de úlceras nas extremidades aumentando o risco externo de lesões nos pés (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

Os achados pelos autores, associados aos encontrados em outros estudos aqui descritos, demonstraram a necessidade das equipes de saúde, em propor intervenções mais eficazes às necessidades e vulnerabilidades dos indivíduos diabéticos. Ressalta-se a importância da continuidade da avaliação de fatores de risco para a ulceração e amputação e da melhoria na qualidade da assistência prestada para a população diabética, com a ampliação de intervenções e programas que foquem principalmente o incentivo de práticas de promoção da saúde e estilos de vida mais saudáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2017; OROSCO *et al.*, 2019).

Este estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas, como o universo estudado, em que se permitiu considerar resultados relacionados a um único grupo de pacientes diabéticos. Porém, ressalta-se que os resultados corroboraram com os de estudos semelhantes, intensificando os dados obtidos. Outro fator limitante, foi a perda de indivíduos na amostra pelo não comparecimento nas consultas, dificultando o encontro dos mesmos ao domicílio.

5 I CONCLUSÃO

Encontrou-se maior prevalência de pacientes em menor risco para ulceração e amputação de extremidades inferiores, detectando o uso do tabaco como um fator de risco estatisticamente significativo e o uso de calçados inadequados como fator de risco complementar mais prevalente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M. et al. **Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais.** Esc Anna Nery Rev Enferm., v. 14, n. 2, p. 361-7, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000200021> Acesso em: 4 abr. 2021.

ARMSTRONG, D. G. et al. **Comprehensive Foot Examination and Risk Assessment.** Diabetes Care., v. 31, n. 8, p. 1679-1685, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2494620/>. Acesso em: 4 abr. 2021.

AUDI, E. G. et al. **Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuição da enfermagem.** Cogitare Enferm., v. 16, n. 2, p. 240-246, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/19975>. Acesso em: 4 abr. 2021.

BORTOLETTO, M. S. S.; Haddad M. C. L.; Karino M. E. **Pé diabético, uma avaliação sistematizada.** Arq Ciênc Saúde Unipar, v. 13, n. 1, p. 37-43, 2009. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2795>. Acesso em: 4 abr. 2021.

CAIFA, J. S. et al. **Atenção integral ao portador de pé diabético.** J Vasc Bras, v. 10, n. 4, Supl 2, p. 1-32, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000600001>. Acesso em: 4 abr. 2021.

COTTA, R. M. M. et al. **Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>. Acesso em: 4 abr. 2021.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional.** Rev. bras. epidemiol. [online]., 2017, v. 20, n.1, p. 16-29, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>. Acesso em: 4 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

KARINO, M. E.; PACE, A. E. **Risco para complicações em pés de trabalhadores portadores de diabetes mellitus.** Ciênc Cuid Saúde, v. 11, Supl, p. 183-190, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i5.17074>. Acesso em: 4 abr. 2021.

MAGALHÃES, A. T. et al. **Avaliação do risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 em população universitária.** Rev Bras Promoç Saúde, v. 28, n. 1, p. 5-15, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428002>. Acesso em: 4 abr. 2021.

MORESCHI, C. et al. **Prevalência e perfil das pessoas com diabetes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Rev Bras Promoç Saúde, v. 28, v. 2, p. 184-190, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3598>. Acesso em: 4 abr. 2021.

OLIVEIRA, O. S. et al. **Fatores de risco para complicações decorrentes do Diabetes Mellitus.** Rev Enferm UFPE, v. 7, n. 8, p. 5265-5273, 2013. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201318. Acesso em: 4 abr. 2021.

OLIVEIRA, A. F. et al. **Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 19, n. 6, p. 1663-1971, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.09912013>. Acesso em: 4 abr. 2021.

OROSCO, S. S. et al. **Caracterização dos pacientes com pé diabético submetidos à amputação de membros inferiores em um hospital público.** Braz. J. Surg. Clin. Res., v. 27, n. 2, p. 25-31, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_104614.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

PACE, A. E. et al. **Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus.** Rev Bras Enferm., v. 55, n. 5, p. 514-521, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20020067>. Acesso em: 4 abr. 2021.

SANTOS, I. C. R. V. et al. **Factors associated with diabetic foot amputations.** J Vasc Bras, v. 14, n.1, p. 37-45, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.20140049>. Acesso em: 4 abr. 2021.

SILVA, J. M. T. S. et al. **Fatores associados à ulceração nos pés de pessoas com diabetes mellitus residentes em área rural**. Rev. Gaúcha Enferm., v. 38, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68767>. Acesso em: 5 abr. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.

SOUSA, N. A. de et al. **Fatores de risco e complicações em diabéticos/hipertensos cadastrados no HIPERDIA**. SANARE, v. 18, n. 1, p. 31-39, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1303> Acesso em: 5 abr. 2021.

CAPÍTULO 16

O IDOSO E SEUS DIREITOS EM SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E HIPOSSUFICIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2021

Caroline Silva de Araujo Lima

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga-
FADIP
Ponte Nova- MG

Flávia Lemes Moreira

Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM
Diamantina- MG

Raphael de Oliveira Rocha

Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM
Diamantina- MG

Ludmilla Roberta de Lima

Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM
Diamantina- MG

Diego Cartaxo Jácome

Faculdade Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Antônio Ramos Nogueira

Faculdade Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo- PB

Iago Pordeus Casimiro

Unifacisa
Campina Grande- PB

Nicolay Layla Barbosa da Silva

Faculdade Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Davi Emerson França Oliveira

Faculdade Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Carolina Rosa Godinho

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

Giovanni Ferreira Pereira Silva

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

Nathalia Quiel Barros Martins

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

Anna Laura Savini Bernardes de Almeida Resende

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio
Carlos- IMEPAC
Araguari- MG

RESUMO: O trabalho tem como objetivo analisar o direito à saúde do idoso em consonância com as garantias previstas na Constituição Federal, à vista do fenômeno crescente da judicialização da saúde. O presente artigo teve como método a pesquisa descritiva, com análise bibliográfica e documental, valendo-se de plataformas eletrônicas para filtrar a busca de artigos acadêmicos originais, como Scielo, PubMed e Google Acadêmico. Quanto as notas conclusivas, foi evidenciado que o Judiciário é um poder primordial para efetivação dos direitos fundamentais, em especial o direito à saúde do idoso, sendo essa decorrente de situações de hipossuficiência e vulnerabilidade social, agravando ainda mais as dificuldades a

precariedade dos serviços de saúde pública e a inexistência de políticas públicas efetivas aptas a garantirem o acesso integral e universal do idoso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Saúde do idoso; Judicialização da saúde.

ABSTRACT: This paper aims to analyze the right to health of the elderly in consonance with the guarantees provided in the Federal Constitution, in view of the growing phenomenon of judicialization of health. The method used in this article was descriptive research, with bibliographic and documental analysis, using electronic platforms to filter the search for original academic articles, such as Scielo, PubMed and Google Scholar. As for the concluding remarks, it was evidenced that the Judiciary is a primordial power for the enforcement of fundamental rights, especially the right to health of the elderly, which is a result of situations of social vulnerability, aggravating the difficulties even more the precariousness of public health services and the absence of effective public policies able to ensure full and universal access of the elderly to health services.

KEYWORDS: Elderly; Health of the Elderly; Judicialization of Health.

1 | INTRODUÇÃO

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal como um direito fundamental, assegurando assim a todo e qualquer cidadão o seu acesso integral e universal, tendo como base o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida.

No entanto, a efetivação desse direito, em especial, o acesso aos serviços de saúde pelos idosos, não é fornecido, ou quando é disponibilizado, acontece de forma morosa, a ponto de impactar e colocar em risco a vida de pacientes vulneráveis que carecem de cuidados especiais.

Logo, a judicialização da saúde tem sido uma prática reiterada para garantir a efetividade do texto constitucional, como uma última forma de garantir a execução prática de questões de saúde e planejamento, transferindo muitas vezes o poder do executivo para o Judiciário, para que esse imponha os limites e as medidas da Administração no cumprimento de seu dever, acarretando impactos nas esferas políticas e sociais

O presente artigo analisa ainda, o contexto das legislações específicas sobre o idoso, com enfoque no direito constitucional à vida e à saúde, levando em consideração o tratamento dos idosos como hipossuficientes, num contexto em que os serviços em saúde no Brasil não são eficientes, devendo se valer da via judicial para pleitear serviços de saúde ao idoso, quando na verdade deveriam ser assegurados voluntariamente, em todos os níveis de atenção e complexidade, em consonância com os princípios do SUS.

2 | DIREITO À SAÚDE DO IDOSO

Em linhas iniciais, a Constituição Federal elencou no seu rol de direitos fundamentais

esculpidos no artigo 6^o a inclusão dos direitos sociais do cidadão, garantindo a esses, respeito e aplicabilidade prática no campo social, a fim de consagrar os tratados ratificados pela Carta Magna.

Sendo assim, dentre os direitos sociais mencionados, se encontra o direito à saúde, que segundo o artigo 196 da Carta Magna é assegurado a saúde como direito de todos e do Estado:

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

A Constituição cidadã, possui como fundamento principal, a dignidade da pessoa humana, efetivando diversas conquistas advindas da luta de movimentos sociais e participação popular no pós período ditatorial, expressando a vontade do povo e a união indissolúvel dos Estados, Municípios e Distrito Federal, formando esses entes a República Federativa do Brasil.

Não obstante, apesar da garantia constitucional dos direitos mencionados e da luta pela sua aplicação, são encontradas no campo prático, enormes dificuldades acerca da efetivação desses direitos sociais, tendo em vista estarem a margem de uma boa gestão política e econômica, vinculadas diretamente a planejamento e orçamento suficiente para eficiência da aplicação efetiva do disposto em lei.

Nessa montada, o direito a saúde é o espelho de toda uma conjuntura social, cultural, política e econômica, de modo que, não é a mesma para toda e qualquer pessoa, dependendo de vários fatores como o território, a época, a classe social, dependendo em sua grande maioria, de quesitos individuais.

Ressalta-se que, numa linha abrangente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), conceituou saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Nesse sentido, tal definição mostrou-se incompleta e ultrapassada, sob a visão de que o conceito de saúde deveria se afastar desse lado individualista e ser mostrado num âmbito geral, coletivo, exposto aos meios sociais e à realidade fática enfrentada por todas as classes, reconhecendo de fato, o direito à saúde como um direito fundamental à essência e vida do ser humano.

3 | O ESTATUTO DO IDOSO E A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O Estatuto do Idoso, previsto pela Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003, destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta)

1 Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

anos, permitindo o gozo de direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal, inerentes à dignidade da pessoa humana, sendo obrigação dos Entes Federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), assegurar aos idosos, também considerados hipossuficientes, a efetivação com absoluta prioridade do acesso a serviços essenciais, como saúde, moradia, alimentação, cultura, trabalho, cidadania, dignidade, respeito, garantindo assim a efetiva aplicação da texto normativo.

Nessa baila, destaca Paulo Roberto Ramos Alves² em sua obra “Do Consticionalismo sanitário ao Estatuto do Idoso, importante passagem a respeito dada relação saúde-idoso:

O Estatuto do Idoso, no tocante à saúde, abre portas e dá novo ânimo às pessoas com idade superior a sessenta anos na incessante busca pela efetivação das promessas constitucionais sanitárias, fortalecendo, dessa forma, a garantia fundamental presente no art. 196 da Carta. O estatuto reforça a obrigatoriedade constitucional do Estado (bem como atribui tal responsabilidade à família, à comunidade e à sociedade) na efetivação do direito à saúde, trazendo em seu bojo previsões direcionadas, de modo que tal direito, no caso dos idosos, seja efetivado de forma plena e irrestrita

Ora, o Estatuto do idoso prioriza as pessoas com idade superior a sessenta anos, reforçando a obrigatoriedade de ser assegurado a essa parcela da população seus direitos fundamentais, consagrados pela Carta Magna, de modo que, os idosos possuem direito a proteção integral³, assegurada por lei, colocando como dever do Estado a promoção de oportunidades e facilidades, visando preservar o intelecto mental, saúde física, espiritual, social e todas as condições necessárias para a completa qualidade de vida.

Nessa senda, diante do estabelecido na Constituição Federal e regulamentado por lei visando garantir o acesso aos serviços de saúde, é que os Entes da Federação devem implementar políticas públicas aptas a efetivar o comando legal, prestando serviços públicos de qualidade, de modo contínuo e articulado, garantindo assim, o acesso integral, igualitário e universal à saúde, em todos os níveis de atenção e complexidade.

Não obstante, existem diversas falhas ao aplicar as normas na prática, devido a diversos fatores, como falta de orçamento, ausência de planejamento e infraestrutura, profissionais não qualificados e gestores despreparados, impactando diretamente na saúde e no risco de vida dos pacientes idosos que dependem dos serviços públicos de saúde.

Tendo em vista essas barreiras, a população tem recorrido ao Poder Judiciário para se valer de seus direitos, movimentando a máquina judiciária para coagir a Administração a obedecer aos ditames constitucionais impostos pela Constituição Federal.

2 ALVES, Paulo Roberto Ramos ett. all. Do constitucionalismo sanitário ao Estatuto do Idoso: o direito à saúde como aquisição evolutiva e suas formas de efetivação. RBCEH, v.5, n. 2, p. 141-149, jul./dez. 2008 Passo Fundo RS, p. 142

3 Segundo Andréia Gomes Andrade Lima Vieira, o princípio da proteção integral assevera que: “O idoso, pessoa humana que é, goza de todos os direitos fundamentais inerentes a essa qualidade, direitos estes que estão estampados em todo o nosso sistema jurídico (CF/88 e demais leis), e agora também nesse seu Estatuto, que lhe assegura “proteção integral”. Assim, visa assegurar-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade, dignidade e felicidade. Denota-se aqui o princípio magno que rege todos os dispositivos do Estatuto do Idoso: o princípio da *proteção integral*.”

À proposita esta prática tem se tornado cada vez mais recorrente, aumentando o número de processos em todas as instâncias com os mais diversos pleitos, desde o fornecimento de medicamentos, tratamentos, insumos, a exigências como a contratação de médicos específicos, internações em clínicas e fornecimento de passagens, a fim de garantir o direito a saúde pela via judicial, congestionando ainda mais o Judiciário.

Logo, esse grande volume de ações com o mesmo objeto, vem ganhando notoriedade e tratamento diferenciado, sendo chamado tal fenômeno de “Judicialização da saúde, com aproximadamente 240.980 processos judiciais, segundo levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Justiça.⁴

Importante destacar que o Tribunal de Contas da União (TCU) deu publicidade por meio de seu sítio eletrônico, do estudo realizado que abrangeu todos os Entes da Federal, responsáveis solidariamente por promover o acesso à saúde, detectando assim, gastos com processos judiciais com o montante aproximado de R\$ 1 (um) bilhão de reais, conforme demonstrado no Acórdão 1787/2017, transcrito a seguir:

Auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada (FOC). judicialização da saúde. Identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do ministério da saúde para mitigar seus efeitos nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência saúde. Constatação de ações individuais, de caráter curativo, com alta probabilidade de êxito. Gastos crescentes, que saltaram de R\$ 70 milhões em 2008 para R\$ 1 bilhão em 2015. Deficiências de controle. Pagamentos por fármacos sem registro na ANVISA ou já disponibilizados pelo SUS. Falta de adoção de recomendações do CNJ. Ausência de procedimentos de ressarcimento Inter federativo. Determinações e recomendações. Ciência e arquivamento. (BRASIL, 2017b, p. 1).

Sendo assim, com espreque nessa excessiva judicialização o Tribunal de Contas da União recomendou ao Ministério da Saúde, a articulação com os demais órgãos envolvidos a fim de avaliar a conveniência e oportunidade de adotar procedimentos para melhorar a eficiência, eficácia e economicidade da Administração em relação gastos com a judicialização dos serviços de saúde.

3.1 A proteção ao idoso

O avançar da idade faz parte do curso natural e universal da vida e conseqüentemente, vem o envelhecimento, que é um desafio delicado, exigindo o dever de cuidado de todos para enfrentamento dessa etapa próxima ao final da vida, sendo comum a redução das atividades funcionais e aparecimento de doenças e limitações, acarretando na criação de políticas públicas específicas para atendimento das necessidades do idoso e das que viram com a realidade particular de cada pessoa.

Corroborando com o aumento das demandas exigidas pelo envelhecimento da

4 CAVALCANTI, Hylda. **Brasil tem mais de 240 mil processos na área de saúde**. Portal CNJ. <http://www.cnj.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14096:brasil-tem-mais-de-240-mil-processos=-na-area-de-saude&catid=223:cnj&Itemid=583> Acesso em 10.4.2021.

população, é o seguinte entendimento:

No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, apesar de na maioria das vezes serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados essenciais para a estrutura das sociedades. (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, p. 507-519).

Logo, aquelas pessoas acima de 60 anos, enfrentam problemas específicos aos procurar o acesso aos serviços de saúde, apesar de existir políticas públicas para essa finalidade, obrigando os cidadãos recorrerem ao Poder Judiciário para garantia de sua necessidade, como tratamento, fornecimento de medicamentos, insumos, tendo em vista a situação de vulnerabilidade que se encontra. A via judicial é uma forma de obrigar os Entes Federados a solucionarem a deficiência existente e atender as demandas necessárias, garantindo a aplicação prática do texto constitucional.

No entanto, apenas a atuação do Judiciário não é suficiente, nem vantajosa para o atendimento de uma premissa fundamental que é o acesso à saúde. O idoso necessita de proteção efetiva e eficiente, com maior amparo das políticas públicas e legislações especiais, uma vez que o cuidado requerido é delicado, devido as limitações impostas aos idosos pela vulnerabilidade proveniente do avançar da idade.

De mais a mais, o cumprimento das necessidades em saúde do idoso, envolvendo os variados níveis de atenção e complexidade, aliado as tecnologias e ao acompanhamento preventivo, auxiliam no aumento da expectativa e qualidade de vida.

Por fim, é evidente que a Lei 10.741/03 foi um marco na proteção dos idosos, garantindo a essa parcela da população, que cresce a cada dia, direitos essenciais em saúde, fortalecendo a importância da facilitação e preferencia do idoso em relação as demais pessoas. Essa lei prevê desde a proteção a saúde física e mental do idoso⁵, até mesmo o dever⁶ da família em cuidar do idoso, além de acompanhá-lo e dar suporte, com absoluta prioridade a efetivação de seus direitos constitucionais.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, revela-se evidenciado que os idosos possuem legislação específica a respeito de seus direitos garantidos constitucionalmente que, devido a falhas no sistema de saúde, se faz necessário requerer a demanda existente pela via judicial, pleiteando que os órgãos públicos sejam forçados a conceder o acesso integral, universal e igualitário aos serviços de saúde, tendo em vista o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana assegurarem a aplicação e eficácia imediata dessas normas.

5 Art. 2º: O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, “assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, não paginado)

6 Art. 3º: É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária

A OMS conceitua saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. No entanto, nem sempre essa definição está em consonância com a vida das pessoas, principalmente pela avançar da idade, em se tratando de pessoas idosas, não sendo, portanto, a realidade de fato da maior parte da população.

Desse modo, percebe-se uma evolução em saúde no Brasil, principalmente no que tange o acesso aos serviços de saúde e a judicialização promovida pelo requerimento ao judiciário para que proceda com a imposição da Administração em promover as garantias constitucionais em saúde.

Logo, conforme o aludido, apesar de efetiva a judicialização, essa é morosa, não sendo o mecanismo ideal para a promoção desses direitos, em razão da existência de legislação específica e políticas públicas com o objetivo de aplicar de forma efetiva o direito dos idosos.

Sabe-se que os idosos requerem todo um cuidado especial, de modo que, o Estatuto do Idoso, trouxe consigo um marco na proteção das pessoas acima de 60 (sessenta) anos, assegurando direitos relacionados à saúde e evidenciando a hipossuficiência dos idosos, tanto física quanto mental.

Por fim, em razão da hipossuficiência dos idosos e diante da numerosidade de processos no Judiciário devido a inércia do SUS, é que ainda carece o Brasil de avanços sobre esse tema, devendo estimular o debate acadêmico e parlamentar, a fim de que o acesso à saúde pelo idoso, seja realizado de forma integral e universal a todos os que necessitarem, em respeito ao disposto no texto constitucional.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo Roberto Ramos et al. Do constitucionalismo sanitário ao Estatuto do Idoso: o direito à saúde como aquisição evolutiva e suas formas de efetivação. RBCEH, v.5, n. 2, p. 141-149, jul./dez. 2008 Passo Fundo RS, p. 142

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em: 05 abr 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1787/2017. Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas, 16 de agosto de 2017c. Disponível em: http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/auditoria_operacional/aops/Anexo_2.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. TC 016.264/2017-7. Relatório. Relator:

Ministro August0 Nardes, 2017b. <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/551783727/relatorio-de-auditoria-ra-ra-1626420177/inteiro-teor-551783773>. Acesso em: 06 abr. 2021

COSTA, Maria Luiza Santos; FRIEDE, Reis; MIRANDA, Maria Geralda de. O idoso e a problemática da Judicialização da Saúde no Brasil. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 46, p. 154-174, jul./out. 2019.

FEIO, Ana e Oliveira, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 10 Abril 2021], pp. 703-715. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>>. ISSN 1984-0470.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte, MENDES, Antonio da Cruz Gouveia, SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, maio./jun. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>. Acesso em: 08 abr.2021.

VIEIRA, Andréia Gomes Andrade Lima. A importância do Estatuto do Idoso na efetivação do princípio da igualdade material. http://www.institutoprocesso.com.br/2010/revista-cientifica/edicao_1/7_edicao_1.pdf Acesso em: 02 abr.2021

CAPÍTULO 17

O PAPEL DO COLÁGENO NO ENVELHECIMENTO CUTÂNEO

Data de aceite: 01/07/2021

Ana Maria Gonçalves Teixeira

Graduandas do curso de Estética e Cosmetologia, Uniandrade Curitiba, Brasil

Thaly Anna Rein Alapont

Docente do curso de Estética e Cosmetologia, Uniandrade Curitiba, Brasil

João Francisco Bento

Docente do curso de Estética e Cosmetologia, Uniandrade Curitiba, Brasil

RESUMO: A população brasileira está envelhecendo ao longo das décadas e, por consequência, a busca por uma pele jovem tem aumentado. Várias alterações ocorrem na pele durante o envelhecimento, especialmente, o comprometimento do colágeno, o pode contribuir com os quadros de ptose e enrugamento na velhice. O colágeno é a proteína mais abundante na pele e, durante o envelhecimento, a produção do colágeno sofre alterações, pois há diminuição na síntese desta proteína pelos fibroblastos, além da mudanças na estrutura proteica. A diminuição nos níveis de colágeno na pele leva à diminuição da espessura da derme. Os recursos atualmente disponíveis para tratamentos estéticos possibilitam contar com as mais modernas técnicas de tratamento que proporcionam resultados eficientes no estímulo à síntese de colágeno. Na estética, é utilizado

para a estimulação das fibras colágenas técnicas tais como a radiofrequência, a eletroterapia e a fototerapia com laser de CO₂ fracionado ou luz pulsada.

PALAVRAS-CHAVE: Fotoenvelhecimento, colágeno, envelhecimento, estética, pele.

ABSTRACT: The Brazilian population is getting older through the decades and, consequently, the search for a youthful skin is increasing. Several skin changes occur during ageing, specially, commitment of collagen, which may contribute to ptosis and wrinkle on elderly. Collagen is the most abundant protein at skin and, during ageing process, collagen production pass through changes, besides protein structure alterations. The lower collagen levels at skin leads to a diminished skin thickness. The resources currently available for aesthetic treatments make it possible to count on the most modern treatments techniques, providing the most efficient and satisfactory results on stimulating collagen synthesis. In aesthetics, it is used for the stimulation of the collagen fibers technics such as radiofrequency, electrotherapy and phototherapy with CO₂ laser or pulsed light.

KEYWORDS: Photoaging, collagen, aging, aesthetics, skin.

INTRODUÇÃO

Graças aos avanços na medicina e no índice de desenvolvimento humano, houve um aumento na população com mais de 65 anos no Brasil, a qual representava apenas 4,8% da

população em 1990 e passou para 7,9% em 2010. Dessa forma, podemos dizer que a população brasileira está envelhecendo [1].

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, sendo a pele um marcador ideal da idade cronológica. Atrofia, enrugamento, ptose e lassidão são os sinais mais aparentes do envelhecimento cutâneo [2, 3].

Por estar exposta, a pele está sujeita a danos ambientais, especialmente os causados pela radiação ultravioleta. Dessa forma, classifica-se o envelhecimento cutâneo em intrínseco e extrínseco. O envelhecimento cronológico ou intrínseco é determinado geneticamente, já o extrínseco, também chamado de fotoenvelhecimento, ocorre devido a ação da radiação ultra violeta. O tabagismo também pode acelerar o envelhecimento extrínseco [2, 4].

A pele é o maior órgão humano com cerca de 2 m² de área e tem como função proteção, pigmentação, termoregulação, defesa e absorção. É formada pela epiderme (camada mais superficial, avascularizada e rica em queratina), derme (constituída por tecido conjuntivo denso onde se encontram os anexos cutâneos, vasos sanguíneos, glândulas, folículos pilosos e receptores sensoriais) e hipoderme (rica em tecido adiposo) [5, 6].

O tecido conjuntivo que constitui a derme possui 70% de água e os 30% restantes correspondem as fibras de colágeno, elastina e glicosaminoglicanos. O colágeno são as fibras responsáveis pela firmeza, sustentação e elasticidade da pele, além disso, auxiliam a manter a pele com uma aparência jovem ajudando na cicatrização e na regeneração dos tecidos cutâneos [7].

As alterações no tecido conjuntivo, que atua como alicerce estrutural para a epiderme, permeiam as mudanças na aparência externa da pele, especialmente, as modificações do alicerce de colágeno ao longo da vida estabelecem uma base para compreender as mudanças morfológicas e bioquímicas da pele com a idade [3].

Este trabalho visa mostrar as alterações das fibras de colágeno no processo de envelhecimento cutâneo, além de citar procedimenos estéticos que estimulam a produção de fibras colágenas na pele.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para o desenvolvimento da seguinte pesquisa, foram utilizados as seguintes ferramentas de pesquisa para procura da bibliografia: Google Acadêmico, Scielo, Science Direct e PubMed. Os descritores utilizados foram: colágeno, fibras colágenas, estética, envelhecimento, fotoenvelhecimento, pele.

RESULTADOS

A pele jovem, em torno dos 20 anos, geralmente apresenta-se uniforme quanto à textura, cor, firmeza, e isenção de rugas. Com o envelhecimento, a pele tende a se tornar seca, flácida e fina, com a perda das cristas epidérmicas e decréscimo do tamanho dos queratinócitos. Além disso, há uma diminuição da proliferação celular e o processo de cicatrização se torna mais lento [8].

A camada da derme é a que confere resistência e elasticidade a pele. Durante o envelhecimento, a espessura da derme apresenta uma redução acentuada quando se compara uma pele senil e uma pele jovem. Este afinamento é acompanhado por uma diminuição na quantidade de fibroblasto e mastócitos, além de uma diminuição na vascularidade deste tecido. A proporção de glicosaminoglicanos na derme diminui com a idade, assim como a quantidade de ácido hialurônico produzido pelos fibroblastos [9].

Com o envelhecimento, principalmente a partir dos 40 anos de idade, há uma diminuição nos níveis de estrogênio e das fibras de colágeno, tornando a pele mais fina e sensível. A quantidade total de colágeno na derme diminui ao longo dos anos, além disso, a sua espessura também diminui a partir dos 45 anos de idade. A área ocupada pelo colágeno na derme também diminui, conforme figura 1 abaixo [6,10].

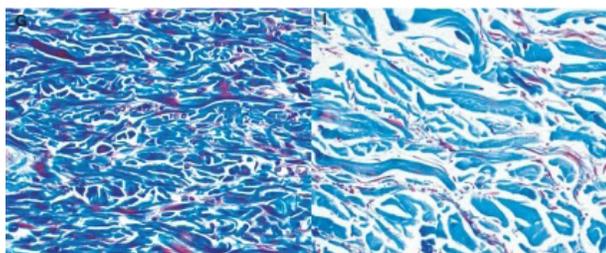


Figura 1 – Corte histológico de derme mostrando a redução das fibras de colágeno (em azul) em pele jovem (direita) e senil (esquerda) [10].

Já foram descritos mais de 20 tipos distintos de colágeno baseado na sua estrutura e organização estrutural. Os diversos tipos podem ser agrupados em diferentes grupos, sendo que a família mais abundante, correspondente a 90% dos tipos de colágeno, são os classificados como formadores de fibrilas. Nesta família destacam-se os colágenos tipos I, II e III. O colágeno tipo I é o mais abundante nos tendões, pele, córnea e no osso, onde representa mais de 90% da massa orgânica óssea. Já o colágeno tipo II é abundante nas cartilagens hialinas, enquanto o colágeno tipo III é largamente distribuído nos tecidos ricos em colágeno I, exceção feita ao osso [11].

A pele humana contém 9 diferentes tipos de colágeno, sendo que aproximadamente 85% correspondem ao tipo I e 10% ao tipo III. Ao longo dos anos observa-se que os feixes de colágeno se tornam mais desorganizados e menos compactados. Abaixo dos 40 anos,

as fibras de colágeno tipo I encontram-se agrupadas ordenadamente e a partir desta idade ocorre uma fragmentação e desorganização das fibras de colágeno do tipo I que se torna mais pronunciada conforme avanço do tempo. Além disso, a partir dos 60 anos, ocorre uma acentuada redução das fibras de colágeno tipo I e um leve aumento na quantidade de colágeno tipo III na pele. [8, 10].

A diminuição de colágeno tipo I na pele leva à diminuição da espessura da derme, tornando-a mais transparente e vulnerável a agressões. O comprometimento do colágeno pode contribuir com os quadros de ptose e enrugamento característicos da velhice. Esta diminuição na quantidade de colágeno no tecido epitelial pode ser resultante de uma diminuição da atividade metabólica dos fibroblastos, que são as células responsáveis pela sua síntese [6, 3].

A área da estética disponibiliza recursos que buscam o rejuvenescimento corporal e facial e trabalha com equipamentos de alta tecnologia que tem por finalidade melhorar o aspecto de envelhecimento da pele, estimulando a formação do colágeno, irrigando e melhorando a aparência do tecido cutâneo e combatendo a flacidez. Entre estes recursos estão a eletroterapia, a fototerapia com laser CO₂ fracionado ou luz pulsada e a radiofrequência [12].

A radiofrequência é utilizada no tratamento da flacidez da pele do rosto, do pescoço e das mãos e utiliza radiação no espectro eletromagnético que gera calor. Esse tipo de calor alcança os tecidos mais profundos gerando energia e forte calor sobre as camadas mais profundas da pele, ocasionando a contração das fibras colágenas existentes e estimulando a formação de novas fibras, tornando-as mais eficientes na sustentação da pele e amenizando as rugas da face [12].

O fotorrejuvenescimento com a luz laser ou foto pulsada causa dano térmico reversível do colágeno pela penetração da luz na derme e aquecimento direto destas estruturas, sem danos a epiderme. A reação da derma a esta agressão se dá através do aumento da produção de colágeno e remodelação das fibras após o processo inflamatório [3].

CONCLUSÃO

Envelhecer é um processo natural e inevitável. Com o passar dos anos, a síntese de colágeno diminui gradativamente, além de sofrer mudanças em sua estrutura, o que pode contribuir para o aparecimento de ptoses e rugas. A busca pelo rejuvenescimento facial tem aumentado e cada vez mais precocemente. Para isso, os profissionais de estética contam com técnicas como a radiofrequência, eletro e fototerapia que proporcionam resultados positivos na estimulação da síntese de colágeno, diminuindo, assim, os sinais do envelhecimento na pele.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. João Francisco Bento, nosso agradecimento por nos ter auxiliado na escolha do tema, além de contribuições e correções feitas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico – 2010. Rio de Janeiro, 2010.
- [2] Ortolan MCAB, Biondo-Simões MLP, Baroni ERV, Auersvald A, Auersvald LA, Netto MRM, Biondo-Simões R. Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. 2013, *Rev Bras Cir Plást*, 28(1): 41-48.
- [3] Oriá RB, Ferreira FVA, Santana EN, Fernandes MR, Brito GAC. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. 2003, *An Bras Dermatol*, 78(4): 425-434.
- [4] Patriota RCR, Rodrigues CJ, Cucé LC. Luz intensa pulsada no fotoenvelhecimento: avaliação clínica, histopatológica e imuno-histoquímica. 2011, *An Bras Dermatol*, 86(6): 1129-1133.
- [5] Do Couto JPA, Nicolau RA. Estudo do envelhecimento da derme e epiderme – revisão bibliográfica. In: XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 2007, São José dos Campos, São Paulo, p. 2035-2038.
- [6] Batistela MA, Chorilli M, Leonardi GR. Abordagens no estudo do envelhecimento cutâneo em diferentes etnias. 2007, *Rev Bras Farm*, 88(2): 59-32.
- [7] Ruivo AP. Envelhecimento Cutâneo: fatores influentes, ingredientes ativos e estratégias de veiculação [dissertação]. Porto (Portugal): Universidade Fernando Pessoa, 2014.
- [8] Baroni ERV, Biondo-Simões MLP, Auersvald A, Auersvald LA, Netto MRM, Ortolan MCAB, Kohler JN. Influence of aging on the quality of the skin of white women. The role of collagen. 2012, *Acta Cirur Bras*, 27(10): 736-740.
- [9] Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI. Characteristics of the aging skin. 2013, *Adv Wound Care*, 2(1): 5-10.
- [10] Marcos-Garcés V, Aguilar PM, Serrano CB, Bustos VG, Seguí JB, Izquierdo AF, Ruiz-Saurí A. Age-related dermal collagen changes during development, maturation and ageing – a morphometric and comparative study. 2014, *J Anat*, 225: 98-108.
- [11] Gelse K, Poschl E, Aigner T. Collagens – structure, function and biosynthesis. 2003, *Adv Drug Deliv Rev*, 55: 1531-1546.
- [12] Carvalho GF, Silva RMV, Filho JJTM, Meyer PF, Ronzio OA, Medeiros JO, Nóbrega MM. Avaliação dos efeitos da radiofrequência no tecido conjuntivo. 2013, *RBM*, 68:10-25.

CAPÍTULO 18

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 25/05/2021

Larissa Bruna Bhering Silva

Enfermeira. Residente em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família pela Universidade Federal de São João del-Rei <http://lattes.cnpq.br/7571606341772532>

Beatriz Santana Caçador

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa
Viçosa – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5190949107074064>

Gisele Roberta Nascimento

Enfermeira. Especialista em Neonatologia pelo Hospital Sofia Feldman
Viçosa – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8904617878136866>

Ana Paula Mendes dos Santos

Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem da AMA/UBS integrada Jardim Tietê
São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2157580025466650>

Ramon Augusto de Souza Ferreira

Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Viçosa
<http://lattes.cnpq.br/3716730313905277>

Camila Ribeiro Souza

Enfermeira Colaboradora do Projeto de Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde da Universidade Federal de Viçosa
Barbacena
<http://lattes.cnpq.br/1623451801055836>

RESUMO: Objetivo: compreender a percepção do agente comunitário de saúde sobre seu trabalho. **Materiais e métodos:** Pesquisa qualitativa cujos participantes foram 14 agentes comunitários de saúde de um município do interior de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista orientada por roteiro semiestruturado e a análise dos dados realizada por meio da Análise de Conteúdo. Os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos foram respeitados. **Resultados e Discussão:** Os dados revelam que os agentes comunitários compreendem as atribuições que lhe são previstas pela política de saúde. Entretanto, não conseguem traduzir as atribuições preconizadas no seu cotidiano de trabalho devido a constrangimentos organizacionais. Além disso, a construção simbólica ainda presente na sociedade de que as práticas técnicas possuem maior valor delineiam uma demanda por procedimentos como forma de cuidado. Esta realidade faz com que os agentes de saúde anseiem por ampliar o escopo de sua ação incorporando técnicas em seu fazer. **Conclusão:** Os ACS's deste estudo compreendem as atribuições que lhes são previstas pela política de saúde, mas não encontram condições para efetivá-las no cotidiano dos serviços. As fragilidades estruturais do sistema de saúde

acabam por provocar desvios no trabalho do ACS, fragilizando a consolidação da saúde da família no município.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

THE WORK OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT: BETWEEN THE PRESCRIBED AND THE REAL

ABSTRACT: Objective: to understand the perception of the community health agent about their work. **Materials and methods:** Qualitative research whose participants were 14 community health agents from a municipality in the interior of Minas Gerais. The data collection was carried out through an interview guided by a semi-structured script and the analysis of the data carried out through Content Analysis. The ethical aspects of research with human beings were respected. **Results and Discussion:** The data reveal that the community agents understand the attributions that are foreseen by the health policy. However, they are unable to translate the attributions recommended in their daily work due to organizational constraints. In addition, the symbolic construction still present in society that technical practices have greater value outlines a demand for procedures as a form of care. This reality makes health agents yearn to expand the scope of their action by incorporating techniques in their practice. **Conclusion:** The CHA's in this study understand the attributions provided for in the health policy, but they cannot find the conditions to carry them out in the daily life of the services. The structural weaknesses of the health system end up causing deviations in the work of the CHA, weakening the consolidation of family health in the municipality. **KEYWORDS:** Work; Community Health Agents; Family Health Strategy; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assume a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases para a criação da política social de saúde no Brasil, denominada Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é fruto do movimento da Reforma Sanitária, organizado, protagonizado e impulsionado pela sociedade civil cuja luta teve como eixo central a garantia da saúde como direito de todos (PAIM, 2013).

Com a finalidade de tornar concreta a transformação assistencial e organizacional proposta pelo SUS, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal dispositivo de reorganização das práticas de saúde no Brasil. Assim, a ESF é a política assumida pelo Estado como reestruturante da atenção primária à saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

A ESF baseia-se no trabalho em equipe multiprofissional a qual assume responsabilidade sanitária por um território delimitado por base populacional. Tendo a família e a comunidade como centro, a ESF sustenta-se na construção de vínculos com a população para produção do cuidado. Busca reorganizar a prática assistencial mediante reconhecimento do ambiente físico e das relações sociais no processo saúde-doença-cuidado (CAÇADOR et al., 2015).

A ESF assume como perspectiva, a reconfiguração da atenção à saúde no país por meio da transformação do processo de trabalho. Em meio ao desafio de se transformar o agir em saúde a partir de uma reconfiguração das práticas profissionais e do processo de trabalho em saúde, destaca-se o trabalho do ACS. Por meio do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) são estabelecidos os vínculos da equipe com a comunidade (VIDAL et al., 2014).

Escolher como categoria de análise o trabalho do ACS se deve à posição singular e também contraditória que este ator ocupa no processo de trabalho em saúde. Assim, o paradoxo que permeia o agir profissional do ACS consiste em ser membro da comunidade onde atua, sofrendo das carências e vulnerabilidades que afetam a comunidade, ao mesmo tempo, que é membro da classe trabalhadora sofrendo todas as precariedades estruturais que permeiam o serviço público de saúde no país (BARBOSA et al., 2012).

No que diz respeito ao trabalho do ACS, suas atividades foram regulamentadas pela Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 estabelecendo seu papel nos serviços de saúde o qual tem como ser essência estabelecer a conexão entre a comunidade e o sistema de saúde (BRASIL, 2006).

O escopo do trabalho do ACS ainda se apresenta como questão emblemática cujo debate apresenta múltiplas perspectivas. Existe a compreensão de que o ACS não deveria possuir um perfil profissional definido a priori. Os defensores desta perspectiva acreditam que o trabalho do ACS deve ser delineado pela realidade do local em que ele se insere. Por outro lado, existe a vertente que defende a necessidade de que sejam estabelecidas definições técnicas claras, padronizadas e estruturantes de um certo perfil profissional para que sejam alcançadas, dessa forma, metas assistenciais coerentes com uma proposta nacional e universalista de sistema de saúde (SANTOS, 2004).

Em face as diferentes perspectivas acerca do trabalho do ACS, surge a inquietação: Qual a percepção dos ACS sobre seu trabalho? Destaca-se, dessa forma, a importância de se compreender a perspectiva dos próprios ACS's acerca da trama subjetiva que é tecida no cotidiano dos serviços de saúde no que tange seu trabalho, sua formação para desempenhá-lo e os significados a ele atribuídos.

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo compreender a percepção do ACS sobre seu trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, que busca apreender os significados que as pessoas atribuem às suas realidades sociais as quais traduzem sentimentos, valores e crenças inscritas em suas dinâmicas existenciais (MINAYO, 2010).

O estudo teve como cenário 14 unidades da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais, que tem uma população estimada em 2015

de 77.318, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2015).

A ESF do município deste estudo foi implantada em 1997, atendendo à população da zona urbana e rural⁹. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o município conta com 14 unidades básicas de saúde e 17 equipes da ESF haja vista que três unidades possuem duas equipes. Em relação aos ACS, o município possui 88 ACS's cadastrados.

Participaram da pesquisa 14 ACS's que atuam na ESF no município. O critério de inclusão foi um ACS por unidade, de preferência o mais antigo e que tivesse interesse em participar da pesquisa. Como critério de exclusão aqueles que estavam de licença ou férias no período da coleta.

Para coleta de dados, foi realizada entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado. As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico e realizadas durante o mês de julho de 2015. O local e horário da entrevista foi definido pelos participantes da pesquisa de acordo com sua disponibilidade. De acordo com Minayo (2010) a entrevista é uma forma de conhecer o sujeito-objeto do estudo por meio de suas falas e subjetividades. É um importante instrumento da pesquisa qualitativa por meio do qual é possível compreender os significados que as pessoas constroem no seu processo de viver, revelando, assim, a realidade a partir da visão dos sujeitos.

Os dados foram transcritos na íntegra e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposto por Bardin. As fases de análise da pesquisa foram a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados etapa em que foi realizada a inferência e a interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa e aprovado sob o parecer CAAE: 44143615.2.0000.5153, assim como foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal do município do estudo em consonância com a Resolução de Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE), esclarecendo os objetivos do estudo. As entrevistas foram numeradas de acordo com a realização das mesmas, sendo os sujeitos identificados por numeração de modo a garantir o sigilo de suas identidades, por exemplo, foram utilizadas as denominações "ACS1, ACS2, ACS3" e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos da pesquisa foram 13 mulheres e 1 homem evidenciando uma importante questão de gênero na composição da categoria profissional do ACS. Considerar a dimensão de gênero inscrita na configuração do perfil profissional do ACS significa, segundo Barbosa et al.(2012) considerar os conflitos, tensões e contradições de um trabalho tipicamente feminino e que, por esta razão, guarda uma injusta divisão social/

sexual do trabalho no contexto capitalista.

Desde o início da profissão do ACS evidencia-se o predomínio das mulheres uma vez quando surgiu o programa no Ceará empregaram-se as mulheres como uma maneira de melhorar as condições sociais e inseri-las no contexto de produção (SILVA; DAMASO, 2002). Barbosa et al. (2012) reiteram que o trabalho do ACS se constitui como uma modalidade de prática diretamente relacionada ao trabalho doméstico feminino do cuidado.

Assumindo uma prática cuja natureza se encontra vinculada a valores femininos de cuidado com o outro em um contexto fortemente marcado pela hegemonia da lógica patriarcal, culmina com uma injusta divisão social e sexual do trabalho. Isto porque, os valores patriarcais hegemônicos consideram como de menor valia o trabalho doméstico feminino entendido como vocação e socialmente desvalorizado. As consequências deste contexto são uma sobrecarga de trabalho produtivo, remuneração salarial muitas vezes injusta e precarização do processo de produção (BARBOSA et al., 2012).

Ademais, ainda sobre o perfil dos sujeitos pesquisados, 8 são casados, 3 solteiros e 3 divorciados, sendo que 11 têm filhos. Os dados retratam a dupla ou tripla jornada de trabalho desses ACS's que precisam conjugar o trabalho assalariado com o cuidado com os filhos e outros membros da família.

A faixa etária dos sujeitos foi de 27 a 56 anos e média de 36 anos, sendo pertinente ao preconizado Ministério da Saúde para ser ACS é preciso ter 18 anos e não sendo estabelecido limite máximo de idade (BRASIL, 2001).

Em relação ao tempo de serviço a média de atuação na ESF foi 7 anos, com variação de 2 e 13 anos. Além disso, a maioria trabalha na mesma ESF delineando um possível pertencimento ao seu processo de trabalho e à sua prática profissional.

Com relação à escolaridade, 8 dos sujeitos desta pesquisa possuem ensino médio completo, 2 com ensino superior incompleto, 1 com ensino superior completo, 1 com ensino fundamental/curso técnico e 2 com ensino médio/curso técnico. O Ministério da Saúde não exige maior grau de escolaridade, levando-se em consideração que eles são indivíduos da comunidade (BRASIL, 2006).

Diante da análise temática emergiram uma categoria de análise: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre o prescrito e o real.

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ENTRE O PRESCRITO E O REAL

O Ministério da Saúde preconiza as atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família cabendo ao ACS realizar a adscrição e cadastramento das famílias de sua microárea, mantendo os dados atualizados. Compete ainda ao ACS realizar visitas domiciliares, sendo o mínimo uma vez por mês a cada família, estabelecendo vínculos com as mesmas. Porém, sob a lógica da equidade, aquelas famílias que possuem maior

vulnerabilidade devem ser acompanhadas com mais frequência. O ACS também precisa desenvolver práticas de promoção da saúde e prevenção de danos e agravos às doenças. Ademais, devem desenvolver a integração entre a equipe de saúde e a comunidade e ainda realizar educação em saúde (BRASIL, 2012).

Partindo desse pressuposto, as falas dos participantes da pesquisa revelam coerência entre a percepção sobre seu trabalho e as atribuições previstas pela política de saúde brasileira:

“O papel do agente é fazer busca ativa é fazer acompanhamento com crianças, gestante, idosos, hipertensos, diabéticos. É trabalhar na prevenção mesmo, né. Fazer o acompanhamento deles em tudo. Acho que é isso.” (ACS 7)

“O que é ser um agente comunitário de saúde? Não é levar receita, não é falar com o paciente o que ele tem que fazer, é dá atenção, é compreender, é saber as necessidades que eles precisam [...] A gente levar informações, buscar informações, é acolher o paciente em si, né? [...] Saber levar as informações e saber fazer essa busca ativa que a gente precisa da comunidade e dos usuários.” (ACS 2)

“Pra mim o papel do agente comunitário de saúde é estar, né, acompanhando as suas famílias da sua microárea, tá orientando, tá ajudando as pessoas, entendeu? Tudo o que a gente puder tá fazendo, né, que muita coisa não depende da gente. Mas, pra mim é isso, é você tá acompanhando e orientando as famílias, tá ajudando, tá explicando né? E tá ali sempre visitando e acompanhando elas.” (ACS1)

Os ACS's deste estudo reconhecem como pertencentes ao seu trabalho o acompanhamento das famílias, a realização de busca ativa, a orientação e prevenção de agravos. Realidade similar à encontrada nesta pesquisa foi descrita no estudo de Silva et al. (2012) no município de Três Lagoas, no Mato Grosso do Sul. Entretanto, as autoras referem à realização de práticas que extrapolam o escopo das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde tais como assumir funções administrativas, agendamento e entrega de consulta médica e até dispensação de medicamentos (BRASIL, 2012). Esse contexto descaracteriza o fazer do ACS e reforçam possíveis distorções sobre a natureza de seu trabalho perante a comunidade, à gestão e aos colegas da equipe.

No presente estudo, foram identificadas também distorções na realização do trabalho do ACS. Entretanto, os participantes deste estudo apresentam crítica a este contexto, assim como ser percebido nas falas abaixo:

“Ah, eu acho que o nosso papel é tá na rua fazendo visitas e não dentro da unidade fazendo papel burocrático igual na maioria das vezes à gente faz, ficar dentro da recepção, coisa que não é da nossa função, daí temos que fazer, como a digitação do E-SUS. A gente deixa de tá fazendo visita para tá na unidade fazendo trabalho.” (ACS7)

“O meu papel é fazer visita. É conhecer, conhecer a microarea, criar vínculo. Entendeu? Criar vínculo com a comunidade, e na verdade meu papel seria mais fazer o trabalho, mais externo do que fazer as visitas. Conhecer as

peessoas, criar vínculo. Mas, só que conforme eu já disse anteriormente com a falta de profissionais, você faz os papéis de, às vezes, ser assistente administrativo, de tá ali no acolhimento, no atendimento lá, às vezes, preencher ficha. Entendeu? Fazer de tudo um pouco. Tá nesse pé, não tá praticamente só sendo agente. Tá sendo agente e outras coisas mais dentro da equipe, por falta de profissionais.” (ACS5)

“É, dificuldade é que a gente é sobrecarregado muito de serviço, né! Não fazemos só a nossa função, fazemos função de outros, mas falar assim, por exemplo, com o assistente: vai na área de fulano e entrega tal papel. Ele não vai fazer a nossa função, né! A gente que tem que fazer, então a gente faz de todos, mas a nossa, a nossa função ninguém faz [...] quando falta auxiliar de serviço a gente tem que tá faxinando o posto, não que a gente não goste de fazer o serviço. Mas, a gente não pode deixar o posto sujo, tanto que tem que largar a nossa função e fazer pra função do auxiliar de serviço. Então assim, são muitas dificuldades.” (ACS10)

Pode-se inferir, dessa forma, que os arranjos organizacionais influenciam a construção do trabalho do ACS ao deliberarem funções que não estão previstas na política de saúde. Percebe-se que o ACS tem acumulado funções em decorrência de fragilidades estruturais como falta de profissionais na equipe e a rotatividade dos mesmos, tendo em vista a contratação como o principal meio de acesso a esses cargos (NESCON, 2011). Esta realidade influencia o desempenho de seu trabalho uma vez que prejudica a realização das atribuições que lhe são preconizadas pelo Ministério da Saúde. Há que se destacar que esses desvios de função podem ser incorporados pelos ACS's como pertencente à sua prática profissional, assim como pode ser percebido na fala do ACS6:

“Eu achei que o papel do ACS era só entregar consulta, marcar consulta. E depois eu vi que não era, que a gente vai se envolvendo, a gente acaba virando amigo dos pacientes assim. Eu fico mais tempo com eles do que na minha casa [...]” (ACS6)

A questão da marcação e entrega de consulta como parte do trabalho do ACS também aparece nos estudos de Sakata e Mishima (2012) e Silva et al.(2012) os quais apresentam como práticas dos ACS's ações que operacionalizam o trabalho como, por exemplo, entrega de encaminhamentos ou consultas e envio de recados do serviço de saúde para as pessoas. Este desenho organizacional tem como finalidade agilizar o trabalho da equipe e o funcionamento do serviço. Mas, estas práticas não estão prescritas como atribuição dos ACS's e provocam distorções importantes que podem prejudicar, inclusive, o alcance dos objetivos da ESF.

O relato do ACS6 acima traz para reflexão ainda a criação de vínculo entre o ACS e a comunidade. Esta relação de afeto mobiliza o ACS a inserir em seu cotidiano práticas que extrapolam o escopo de sua competência profissional, tal qual pode ser evidenciado na fala abaixo:

“A gente faz mais além do nosso papel. Porque, na verdade, específico assim, o que o agente tem que fazer é complicado. Porque a gente faz muito além

disso, entendeu? Porque a gente vai nas casas, a gente visita as pessoas. E o nosso papel é trazer a pessoa pra uma consulta, pra ela ter uma, uma saúde melhor. Só que independente disso ou não a gente faz muito além disso, porque você vai conversar com o paciente, você vai dá um de psicólogo, você dá um de médico [...] você dá uma de enfermeira, você vai lá arruma remédio, você tem que pôr remédio na boca da pessoa, você tem que ajudar a pessoa sentar, tem que ajudar a pessoa a levantar, às vezes, a pessoa não tem condições de tomar um café direito. Aí você chega e senta e, vai lá, né, e vai ajudar a tomar um café. Aí você vai conversando, ali a pessoa vai se abrindo com você. É como se fosse um membro da família mesmo, entendeu?” (ACS3)

O vínculo está diretamente relacionado com produção do cuidado e para criação de vínculo é necessário oferecer escuta e acolhimento. Assim, o vínculo pressupõe maior abertura para os usuários se expressarem, criando um envolvimento efetivo do profissional com o usuário. Quando existe o vínculo, as práticas dos trabalhadores mudam o lugar do sujeito no contexto da saúde, tirando-o do lugar de objeto de intervenção e colocando como centro do sistema (AYRES, 2009).

Existe, porém, uma linha tênue que separa a dimensão profissional da dimensão das relações afetivas que já existem pelo fato de o ACS residir na comunidade. Relações essas que são fortalecidas pelo trabalho do ACS e pelo vínculo. Essa mistura faz com que o ACS assuma práticas que fogem a sua competência profissional, mas que de alguma forma, respondam as necessidades dos sujeitos. Além disso, mobiliza os ACS's a desejarem novos conhecimentos para sustentar ainda mais a resposta que desejam dar aos usuários, tal como pode ser evidenciado na fala abaixo:

“Por exemplo: Tem umas coisas, não podemos olhar nem uma pressão. Acho que isso não é demais não. Tô na casa de uma pessoa, não posso olhar a pressão dela. Por quê? Não deveria ter algum treinamento, uma coisa mais empenhada pra isso. Tem aqueles negócios que consegue ver se a pessoa ta com dengue? Um trem fácil de fazer. Ninguém ensina.” (ACS8)

O trabalho do ACS transita entre dois polos de tensão: a existência de um agir comunicativo pautado nas tecnologias leves com presença de escuta qualificada e construção de vínculos. E por outro lado, um agir tecnológico que diz respeito à lógica de produção de procedimentos como forma de produzir cuidado (FERREIRA et al. (2009).

A construção simbólica presente no modelo hegemônico de que as ações de cuidado são expressas exclusivamente por um saber técnico move os ACS's a buscarem esse saber para sentirem-se mais resolutivos. Assim, elemento importante que emergiu da fala dos ACS com relação à sua prática profissional é o uso de tecnologias leves de cuidado no seu cotidiano de trabalho:

“Ai, eu desempenho meu papel assim, porque eu gosto do meu serviço, né. Gosto de fazer, conhecer o paciente, de fazer o que ele precisa, dá uma orientação, né. Conversar mais, ter carinho com eles, dá atenção, tudo é melhor que tomar um medicamento. Então meu papel é bem desempenhado nessa função de levar carinho, compreensão, simplicidade, principalmente, e

fazer uma boa acolhida com eles.” (ACS2)

“Pra mim significa fazer parte da vida das pessoas, estou sempre convivendo com elas, vai passando nas casas a gente vai acompanhando, nasce uma pessoa nova na família, morre um, acontece alguma coisa nova a gente tá ali, é gostoso a gente se sente importante.” (ACS 6)

“Ser agente comunitário significa você tá ali com a família, é como se você fosse uma pessoa da família. Você entra na família então a pessoa confia em você. Então assim, as pessoas abrem o coração pra você e fala da vida delas, às vezes, fala coisa que nem cabe a você. Então as pessoas abrem o coração, então pra mim agente de saúde o que representa pra mim assim, é muito mais, é muito mais que nem eles falam assim: “É a pessoa que vai na sua casa te orientar” é muito mais que isso.” (ACS1)

“Ser amigo, ser como se diz psicólogo, ser mãe, ser... entender as pessoas. Você tá ali pra dar seu ombro, e acaba assim. Você não só, você não só passa, mas você também leva informações, orienta. Trabalha com a prevenção e a promoção da saúde. Mas você aprende também muita coisa com muitas pessoas. É uma troca de saberes.” (ACS5)

Segundo Franco e Merhy (2003) a mudança do modelo assistencial prescinde de uma necessária transformação da composição do núcleo tecnológico do processo de trabalho. Os autores denominam trabalho morto aquele cuja ênfase encontra-se em equipamentos e instrumentais, procedimentos e tecnologias duras. Este tipo de trabalho precisa dar lugar ao Trabalho Vivo em Ato, o qual se caracteriza pela produção de cuidado norteado pelas tecnologias leves e pelas relações. Essa mudança pressupõe uma transformação nos modos de ser dos profissionais que precisam ter além de domínio técnico, possuir ainda competências e habilidades no campo das relações para que consigam estabelecer diálogos efetivos.

As falas dos ACS's revelam o reconhecimento das tecnologias leves como pertencente à sua prática profissional e a criação de vínculo se concretiza na realidade estudada. Há que se ressaltar, entretanto, que embora o discurso dos ACS's se revele bem próximo ao preconizado pelo MS¹⁵ no que tange suas atribuições profissionais, não foram mencionadas práticas de educação em saúde. Assim, é possível perceber que os participantes deste estudo não reconhecem esta prática como pertencente ao seu fazer profissional.

No que diz respeito ao distanciamento entre as atribuições preconizadas e a prática realizada pelo ACS, foi possível perceber que o desenho organizacional fortalece esse distanciamento ao deliberar como função do ACS práticas que não são de sua competência profissional e cujo objetivo é suprir lacunas do sistema.

Ademais, apesar de todas as dificuldades, os ACS's deste estudo revelam conhecimento de suas atribuições e reconhecimento da necessidade de incorporar novos modos de fazer saúde orientados pelas tecnologias leves de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender a percepção dos ACS's sobre seu trabalho, evidenciando as contradições e os desafios desse fazer em um município do interior de Minas Gerais.

Podemos inferir que, no município deste estudo, o trabalho do ACS embora seja delineado pelo Ministério da Saúde, sofre influências do contexto local de modo a influenciar a concretização deste trabalho, distanciando-o de seus atributos instituídos legalmente.

Os ACS's deste estudo compreendem as atribuições que lhes são previstas pela política de saúde, mas não encontram condições para efetivá-las no cotidiano dos serviços. As fragilidades estruturais do sistema de saúde acabam por provocar desvios no trabalho do ACS.

O estudo reforça que o desafio de transformar o modelo de atenção à saúde perpassa a reconfiguração das práticas dos profissionais de saúde. Sendo o ACS, o trabalhador que no âmbito do sistema de saúde se encontra mais próximo da comunidade, acredita-se que qualificar sua prática e viabilizar condições de seu exercício profissional constitui estratégia importante para o fortalecimento da ESF e a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

BARBOSA, R.H.S; MENEZES, C.A.F; DAVID, H.M.SL, BORNSTEIN, V.J. **Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. Interface (Botucatu)** [internet]. 2012, vol.16, n.42, pp. 751-765. ISSN 1414-3283.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011

BRASIL, Lei n 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n.51, de 14 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Brasília, 2001

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CACADOR, Beatriz Santana et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Remex : Rev. Min. Enferm.* [online]. 2015, vol.19, n.3 [citado 2021-05-25], pp.612-619.

FERREIRA, V.S.C, ANDRADE, C.S; FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009.

FILGUEIRAS. A.S; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis** [internet]. 2011, vol.21, n.3, pp. 899-916.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. IN: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

IBGE (BR) **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** [internet]. 2015. Acesso em: 13/10/15. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

NESCON. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. **Relatório Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.

SAKATA, K.N; MISHIMA, S.M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(3):665-72

SANTOS, M.R. Agente comunitário de saúde: perfil social x perfil profissional. **Revista APS**, v.7, n.2, p.125, jul./dez. 2004

SILVA, J.A.D; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: fev., 2002.

SILVA, E.R.P; CAZOLA, L.H.O; CHEADE, M.F; PÍCOLI, R.P. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**. 2012 Out/Dez; 17(4):635-41.

VIDAL, S.V; MOTTA, L.C.S; GOMES, A.P; BATISTA, R.S. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias **Rev. bioét.** (Impr.). 2014; 22 (2): 347-57.

CAPÍTULO 19

OS DIREITOS DE QUEM TÊM DIREITOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA A INSERÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE ADOLESCENTES DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 02/06/2021

Alisson Firmino Felix

Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
Residência em Saúde Coletiva, com Ênfase em
Gestão de Redes de Saúde – ESPPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0003-0622-5668>
<http://lattes.cnpq.br/0635629372830383>

Iara Falleiros Braga

Universidade Federal da Paraíba –
Departamento de Terapia Ocupacional
João Pessoa - PB
<https://orcid.org/0000-0002-7720-2941>
<http://lattes.cnpq.br/5760655112077930>

Clara Schumann da Silva

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE/
Cav. Residência em Saúde Coletiva, com
Ênfase em Gestão de Redes de Saúde –
ESPPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-8224-8277>
<http://lattes.cnpq.br/3649319173571625>

Gabryella Alves da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca –
DeVry/UNIFAVIP. Residência em Saúde
Coletiva, com Ênfase em Gestão de Redes de
Saúde – ESPPE
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-6427-2916>
<http://lattes.cnpq.br/3332125302925251>

Aline Beatriz dos Santos Silva

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva-PPGSC
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-9559-8524>
<http://lattes.cnpq.br/1945226408679773>

RESUMO: Discutir a participação e inserção social se faz pertinente, a partir da compreensão de que o ser humano é pertencente à sociedade, contexto este o qual realiza suas atividades e exerce sua cidadania. Esse indivíduo pode estar vulnerável a rupturas sociais providas, diversas vezes, da violação dos seus direitos, sejam elas por condições familiares, econômicas, de trabalho e nas relações sociais. O adolescente que se encontra em situação extrema de vulnerabilidade, é assegurado pelas Políticas Públicas e principalmente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a gozar de todos os seus direitos como ser em desenvolvimento. Uma das medidas determinadas pelo ECA para efetivá-los é o Acolhimento Institucional, que é um espaço no qual o adolescente é encaminhado por consequência de violações ocorridas no contexto familiar. Dessa forma, este estudo objetivou entender como a participação e inserção social tem se efetivado no cotidiano dos adolescentes, e quais as estratégias os profissionais do serviço utilizam para garantir este direito. Os instrumentos para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e seus resultados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. Participaram deste estudo,

sete (07) profissionais de um serviço de acolhimento institucional do município de João Pessoa/PB. Mediante as análises, podemos considerar que ainda é um desafio para os profissionais a efetivação da participação e inserção social dos adolescentes institucionalizados, tendo a escola e o esporte, como principais campos de participação dos adolescentes. O esporte é considerado atividade de maior interesse.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social, Direitos dos Adolescentes, Acolhimento Institucional.

ABSTRACT: Discussing the participation and social insertion becomes pertinent, based on the understanding that human beings belong to society, a context in which they carry out their activities and exercise their citizenship. This individual may be vulnerable to social disruptions arising, several times, from the violation of their rights, whether due to family, economic, work conditions and social relations. The adolescent who is in an extreme situation of vulnerability, is ensured by Public Policies and mainly by the Statute of the Child and Adolescent (ECA), to enjoy all their rights as a being in development. One of the measures determined by the ECA to make them effective is the Institutional Reception, which is a space in which the adolescent is referred as a result of violations that occurred in the family context. Thus, this study aimed to understand how participation and social insertion has been carried out in the daily lives of adolescents, and what strategies the service professionals use to guarantee this right. The instruments for data collection were the semi-structured interview and its results were analyzed through thematic content analysis. Seven (07) professionals from an institutional reception service in the city of João Pessoa / PB participated in this study. Through the analyzes, we can consider that it is still a challenge for professionals to make the participation and social insertion of institutionalized adolescents a reality, with school and sport as the main fields of participation for adolescents. Sport is considered an activity of greatest interest.

KEYWORDS: Social participation, Adolescents' Rights, Institutional Shelters.

INTRODUÇÃO

A luta por direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil constituem um longo período histórico. Instituições assistenciais, leis protetivas, garantia da educação foram algumas conquistas direcionadas a esse público. No entanto, dentro do contexto das políticas sociais a vulnerabilidade e riscos sociais ainda persistem: pobreza e marginalização, categorias que não se enquadram pela ética capitalista do trabalho, na “fabricação” de “homens de bem”. No decorrer histórico, restou à piedade, solidariedade de alguns, hipocrisia, a indiferença e/ou a crueldade de outros (FERREIRA *et al.*, 2019).

As situações de vulnerabilidade social podem afetar diretamente os núcleos familiares. Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegure a cidadania aos adolescentes, por sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, sem prejuízos a sua proteção integral, as mais diversas situações sociais podem ocasionar a violação dos direitos humanos e rompimentos afetivos destes. Algumas medidas possibilitam preservar os direitos destes indivíduos e facilitar o processo de reintegração no seu contexto familiar.

Diante da ameaça e violação, por ação do Estado, falta, omissão ou abuso dos pais ou em razão de sua conduta, o Art. 101 do ECA, dispõe o acolhimento institucional como medida provisória e excepcional, como forma de transição para a reintegração familiar, e quando esta não é possível, para a colocação em uma família substituta (BRASIL, 1990).

A retirada do adolescente de seu núcleo familiar, não implica na perda de seus direitos, ao contrário, as medidas devem assegurar a estes, todas as possibilidades cabíveis para uma melhor qualidade de vida. O ECA exige uma capacitação dos profissionais do acolhimento, para substituição da prática de caridade, visando uma simples condição de sobrevivência por ações protetoras, tornando o espaço, ambiente de promoção e (re) construção dos laços afetivos e de elaboração das situações de sofrimento psicológico que vislumbrem uma vida digna e saudável. O acolhimento institucional baseado nos direitos destes indivíduos descritos no ECA, torna-se um espaço de criação de estratégias que asseguram a inserção e participação social dessa população (FONSECA, 2017).

Discutir inserção e participação social de indivíduos vulneráveis socialmente é relevante para a construção de uma sociedade menos segregada. A inserção social é a inclusão dos indivíduos no seu meio social. Já a participação é uma conquista, no sentido legítimo do termo: infundável, em constante “vir a ser”, sempre se fazendo. Vale esclarecer que a participação não pode ser compreendida como dádiva, concessão ou algo preexistente, pois não é o produto da conquista, fenômeno residual e não cai do “céu” por descuido (DEMO, 1996). Analisar o verbo participar é compreendê-lo a partir de três perspectivas significativas: fazer parte de, ter parte de, e tomar parte de, sendo possível “fazer parte de” e “ter parte de” sem “tomar parte de” (SILVA; OLIVER, 2019).

O termo “participação social” é evitado por muitos estudiosos da fase da adolescência, por estar carregado de significados que retratam um tipo de participação militante e engajada ao contexto político, sendo substituído pela utilização dos termos ação coletiva, atuação social, protagonismo social, entre outros, os quais retratam o engajamento e participação ativa desses adolescentes na sociedade (SILVA; OLIVER, 2019).

Em vista das mais diversas rupturas sociais de um adolescente em medida de acolhimento institucional, o artigo é fruto de uma pesquisa, a qual teve o objetivo de conhecer os desafios e estratégias identificados pelos profissionais de uma unidade de Acolhimento Institucional para efetivação da inserção e participação social nos diversos ambientes.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como exploratório, descritivo, utilizando-se de uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de Acolhimento Institucional diretamente ligada à Proteção Social Especial de Alta Complexidade da Diretoria da Assistência Social – DAS, da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES),

localizada na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba.

O estudo foi realizado com os profissionais da Casa de Acolhida Morada do Betinho, levando em consideração a importância que cada indivíduo tem para a efetivação do cuidado e assistência às crianças e aos adolescentes que se encontram sob medida de acolhimento institucional.

Foram entrevistados sete profissionais distribuídos nos seguintes cargos: coordenador, assistente social, psicólogo e educadores sociais. O recorte da população de estudo foi feito a partir dos critérios de inclusão e exclusão desse estudo, que buscavam: profissionais com no mínimo seis (06) meses atuando na instituição de acolhimento, para contribuir com o estudo a partir de suas experiências diárias frente aos espaços e junto aos adolescentes institucionalizados; fazer parte da equipe técnica ou ser educador social, por serem os profissionais que estão diretamente ligados aos contextos que os adolescentes estão inseridos; não exercer a função de educador social no período noturno, pois estes, a partir da observação da rotina, têm a função de administrar as atividades internas da instituição (jantar, dormir e café da manhã) e outras tarefas realizadas no espaço durante a noite, que não foram objeto deste estudo, que visava analisar as atividades realizadas fora da instituição.

Para a obtenção dos dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada. A entrevista foi composta por perguntas abertas, sendo acrescidas de novos questionamentos durante a aplicação, mediante dificuldade do entrevistado em não conseguir compreender a questão, o que possibilitava o informante discorrer sobre o tema proposto (BONI; QUARESMA, 2005).

Os dados deste estudo foram analisados por meio da Análise de Conteúdos Temática os quais inicialmente foram transcritos para a realização de uma leitura compreensiva do material, buscando ter uma visão conjunta e observando as particularidades dos mesmos. Foram elaborados os pressupostos norteadores para a análise e interpretação do material e a escolha de formas para classificá-los e determinar os conceitos teóricos que orientaram a análise (GOMES, 2008).

Em uma segunda etapa, foram distribuídos trechos, frases ou fragmentos das entrevistas analisadas, fazendo a partir destes uma leitura acompanhada de um diálogo com os mesmos, para poder identificar os núcleos de sentido e elaborar um resumo das temáticas que surgiram nas entrevistas, articulando-os com os conceitos teóricos. Por fim, foi elaborada uma síntese interpretativa, buscando dialogar os temas com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (GOMES, 2008).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências Médicas, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), CAAE: 79961017.4.0000.8069, fundamentado conforme as diretrizes da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceituar os termos participação e inserção social é um processo complexo e exige uma apropriação contextual, considerando os entraves que impedem a sua concretização. A partir da construção social, cada indivíduo traz consigo uma ideologia e conceitos sobre os determinados temas. É importante evidenciar a particularidade desses conceitos, porque são configurados também dentro de uma prática profissional, na ocasião, não é só falar sobre participação social, mas adentrar no universo dessa participação com adolescentes em situação de acolhimento institucional (SILVA; OLIVER, 2019).

Importante enfatizar que os profissionais passam por várias vivências e constroem, durante esse período, pensamentos e visões. Atuam com indivíduos que enfrentam situações de extrema vulnerabilidade social e trazem consigo o objetivo de garantir minimamente os direitos violados. Por isso, torna-se fundamental e necessário realizar um esforço pessoal que seja capaz de apreender a essência da situação de cada caso e da convivência social dentro e fora do ambiente institucional, para poder penetrar, analisar, entender e interpretar a realidade da sua riqueza (WENDT *et al.*, 2017).

É possível perceber que as definições sobre participação e inserção social dos funcionários do serviço estão voltadas à inserção do indivíduo na sociedade e sua participação de forma efetiva das decisões sociais. Definindo os termos:

“Indivíduo ou pessoa que é inserida na sociedade e que participa”. (**Educador Social 02**)

“Trabalhar junto da sociedade”. (**Educador Social 03**)

Embora as definições apresentem respostas diretas, pode-se observar que o entendimento de participação dos entrevistados se enquadra aparentemente na que não influencia os processos decisivos, mas está voltada ao estar no ambiente e cumprir com o proposto. É possível enquadrá-las dentro de duas perspectivas: da participação real, a qual o indivíduo tem influência efetiva nas decisões do contexto o qual está inserido e que leva a mudanças nas estruturas hierárquicas; e a participação simbólica, que envolve as ações que exercem poucas ou nenhuma influências dos indivíduos nas decisões, gerando uma ilusão de um poder inexistente (SIRVENT, 2004).

Existe outro fator importante é a perspectiva diferencial na definição dos termos trazida pelos profissionais da equipe técnica. Este fator, não exclui a importância dos demais, mas impõe novos olhares e conceitos sobre participação:

“A primeira palavra que vem em minha mente é a questão do protagonismo [...] autonomia [...] que tenham o convívio social e sejam inseridos nas atividades da comunidade. Participação Social é estar inserido nesses espaços de forma ativa”. (**Psicólogo**)

“Participação Social é eles terem o conhecimento da vida social, o que vai esperar por eles depois do acolhimento”. (**Assistente Social**)

“Trazê-los de volta ao convívio social, uma vez que isso foi retirado a partir do momento que eles foram institucionalizados, eles foram retirados lá da sociedade e colocados num devido lugar, com uma quantidade de pessoas resumidas”. (Coordenador)

Encontram-se nessas compreensões formas ativas de atuar voltadas aos dois meios de participação, podemos considerar que esta se enquadre numa participação real, justificada a partir das palavras que soam influência e colaboração nos processos decisivos e sociais, a exemplo do protagonismo, autonomia, convívio e vida social. O protagonismo juvenil é uma forma de proporcionar autonomia e incentivar os adolescentes a colaborar e se posicionar frente aos processos sociais e individuais como pessoa de direito. Retratam a importância do que o adolescente pensa, diz e faz e é uma forma de reconhecer que a participação juvenil pode gerar mudanças decisivas nos contextos em que estão inseridos ou almejam inserção. Existe então uma grande diversidade de propostas que têm como objetivo estimular a participação do adolescente e abrir espaços para essa atuação social, problematizando seus objetivos e estratégias (BOGHOSSIAN; MINAYO, 2009).

Dar vez e voz às colocações e intervenções feitas pelos adolescentes, é levar em consideração a particularidade deste público, na ótica das mais diversas culturas e contextos que estão inseridos. Desde então, não existe um perfil homogêneo de adolescente, porque eles assumem características que se encontram com a realidade social e econômica que se inserem. Defender esta participação de forma heterogênea e com objetivos particulares, evita padronizar essa fase da vida e ignorá-los como sujeitos individuais, inseridos em diferentes contextos, para não tornar uma participação baseada na atividade, nas realizações concretas, podendo resumir-se no fazer (BOGHOSSIAN; MINAYO, 2009).

Apartir dos resultados podemos compreender que a participação destes adolescentes se dá por meio das atividades, sejam elas determinadas pela própria instituição e/ou de interesse do adolescente:

[...] todos são inseridos na escola, dentro da comunidade mesmo [...] esporte, também a gente procura inseri-los em atividades que são disponibilizadas pelo município, pelo Estado [...] a questão da religiosidade [...] eles têm esse direito pra ir à igreja e levar aquela crença que eles acreditam[...].” (Psicólogo)

“Olha os meninos aqui eles são inseridos na sociedade, em termo de praticar e ter atividades esportivas [...] eles participam de atividades na igreja [...] também participam de festas [...]” (Educador Social 02)

“As atividades que eles fazem é futsal, natação, futebol de campo [...] aqui dentro da casa a gente ajuda eles, ensina a eles as atividades para eles saberem que eles têm importância dentro da casa [...]” (Educador Social 03)

A partir das entrevistas, identifica-se que os acolhidos estão inseridos em diversos espaços. Em contrapartida, só a inserção não efetiva a atuação e participação nas decisões. Surgem grandes questionamentos, a exemplo: o que estas atividades representam para os adolescentes? Visando a transformação social e a formação integral, a participação

oportuniza a criação de espaços e meios de escuta e atuação dos adolescentes nas situações reais vivenciadas dentro da escola, comunidade e na vida social. Tem início a partir de uma dimensão subjetiva, que propõe uma formação do adolescente para os valores democráticos e solidários, até chegar a uma dimensão objetiva, propagada na ação individual ou coletiva acerca das problemáticas sociais reais (BOGHOSSIAN; MINAYO, 2009).

Dentre os locais, a escola e as atividades esportivas, surgem como os dois maiores cenários de inserção. Ambas as atividades são destinadas pela própria equipe técnica do serviço. Existem interesses diferenciados desses dois campos:

[...] teve o encerramento do Leia, que é acompanhado pelos estudantes de Pedagogia da UFPB [...] quando a gente viu o que foi proporcionado para eles, quando agente viu as coisas que foram abordadas, e quando eles chegavam à gente perguntava na maior empolgação, “e aí pai como foi lá hoje?” - “foi bom”. Nada assim - Tia, hoje eu entrei num laboratório...”, eles nunca chegaram com essa perspectiva [...] eles voltam e não comentam nada [...] agora no esporte não, quando eles chegam - “Tia vai ter um torneio” [...].
(Assistente Social)

[...] quando vai para Vila Olímpica eles adoram a natação e o futsal, e também quando vai pro Ronaldão, eles gostam muito [...] **(Educador Social 03)**

Os interesses dos adolescentes da instituição são avaliados a partir de suas expressões. O esporte então se torna a atividade reconhecida pelo serviço, como de maior interesse dos acolhidos. As atividades esportivas tendem a tornar-se a estratégia principal de inserção social e de intervenção, nas instituições de acolhimento, para pessoas em situação de vulnerabilidade social, principalmente pelo uso de argumentos educativos. É uma prática que ocupa o tempo livre, na justificativa linear entre a falta do que fazer e o mundo do crime (GADEA *et al.*, 2017).

Para discutir as relações dos adolescentes na sociedade, é necessário levar em consideração todas as singularidades e particularidades individuais e contextuais em que os mesmos estão inseridos. Filtrando esse envolvimento social a um público específico (adolescentes acolhidos institucionalmente), primordialmente deve ser levada em consideração a atual situação social, ou seja, nesse caso, o acolhimento institucional. Tornam-se uma parcela da população total que foi separada da sociedade, por situações de negligência, violência, abandono, dentre outras, que por tempo determinado, passam a ter uma vida mais fechada e administrada por sujeitos desconhecidos (profissionais) (GOFFMAN, 1961).

A situação de acolhimento modifica a rotina de vida desses indivíduos. As atividades realizadas passam a ser efetivadas de forma coletiva. Existem horários estabelecidos pela própria instituição para a concretização das atividades. Os adolescentes, que até então não se conheciam ou viviam em lugares diferentes, passam a construir uma relação de proximidade entre si. As ideias, convicções, afetos, necessidades e traços de caráter, além

de serem coisas que compõem o “eu” mais pessoal e expressivo de cada um, é um produto de suas relações com os outros, que se produzem por meio da interação com as pessoas. O eu, é a essência pessoal, que é formado pelo desejo e entrelaçamento contínuo de necessidades, na alternância de dar e receber (ELIAS, 1994; GOFFMAN, 1961).

As conseqüências dessas relações interpessoais e interinstitucionais podem se tornar um fator prejudicial na participação social desses indivíduos, no enfrentamento de novas realidades, novos espaços de atuação ou inserção, no qual estes terão grandes dificuldades para se tornar “parte de” e participar ativamente das atividades ali propostas. São apresentados pelos profissionais alguns comportamentos desses adolescentes, a partir dessas relações com o novo ou até mesmo nos serviços e espaços que já fazem parte da rotina deles:

[...] quando eles chegavam em um momento de ter que conviver com pessoas que não estavam no acolhimento, eles se trancavam, sabe? Você sentia que eles se sentiam inseguros, constrangidos [...] **(Psicólogo)**

[...] quando eles chegam dentro de uma participação de uma atividade de uma festa, eles ficam meio tímido [...] **(Educador Social 02)**

A partir desses trechos, pode-se analisar que a insegurança, timidez e o constrangimento são algumas respostas enxergadas por esses profissionais, que são dadas pelos acolhidos às novas situações. Como já discutido acima (ELIAS, 1994; GOFFMAN, 1961), é produto das construções individuais e coletivas de cada indivíduo/grupo, dentro de um contexto real de participação e atuação, sobre o que é a sociedade.

[...] eles vão aos pouquinhos, né? Porque eles estão há bastante tempo adaptados a esse grupo, que é uma minoria. Aí eles ficam se sentindo meio acuados quando saem e veem outro mundo, vamos dizer assim [...] **(Coordenador)**

O acolhimento institucional se torna o mundo desses adolescentes. As diversas rupturas sociais e violações de direitos podem ser os principais fatores para justificarmos parte desse medo que estes indivíduos sentem do mundo “lá fora”. Como também, a “privatização” e/ou afastamento de determinadas esferas de interações sociais, que se associam ao medo adquirido, compreendidos a partir da fala da coordenadora, pela vergonha, que os levam a acharem que dentro de si, existe algo que lhes fazem inteiramente sós, sem relacionamento com os demais. Só depois se relacionam com os outros “lá de fora” (ELIAS, 1994).

Nesse sentido, para os adolescentes acolhidos, não existe um sentido completo para estar “dentro” da instituição, independente do sentido que existe para ele de “ir” ou “sair” (GOFFMAN, 1961). A participação se fragiliza nos processos de inserção social por meio das atividades, justificadas a partir do isolamento e expressões dos acolhidos e das dificuldades de se relacionar com o “novo”, sendo a instituição o mundo desses indivíduos.

CONCLUSÃO

Discutir inserção e participação social é desafiador, principalmente quando não relatada pelo sujeito em foco, tomando como referência uma perspectiva unilateral. Dessa forma, para potencializar a presente pesquisa, torna-se fundamental desdobrar na compreensão da inserção e participação, com embasamento de fortalecer uma cidadania participativa. Os resultados são característicos de uma convivência hierárquica, como evidenciada em muitas famílias na sociedade: em que o maior decide o fazer do menor. Na assistência à população em situação de acolhimento institucional, o cuidado, a atenção, a responsabilidade, são dobradas e a tomada de decisões se torna cautelosa, visto que, estão sob guarda judicial.

A participação é compreendida como o ato de estar, frequentar, interagir, se relacionar, cumprir o estabelecido. Entretanto, não se pode afirmar que os adolescentes conseguem interferir nos processos decisivos, a partir desta inserção. A participação é uma ocupação, interação do espaço com o sujeito em movimento. No estudo foi possível caracterizar a escola e o esporte, como dois campos de inserção dos indivíduos, sendo o esporte, o de maior interesse. Embora se caracterizem como atividades regradas, as organizações do ambiente escolar são articuladas previamente e mais fechadas ao dinamismo. Já no esporte, as atividades, embora sejam pré-ordenadas, têm uma prática dinâmica.

Os desafios mais explícitos no estudo são os comportamentos dos adolescentes frente ao campo de participação social. A existência de insegurança, medo, timidez, na ótica dos profissionais, fragiliza a participação dos indivíduos. No estudo, justifica-se a relação social construída ao longo do desenvolvimento, restrita a ambientes fechados e com pessoas específicas para caracterizar tais atitudes. Por trás disto, na vertente de vulnerabilizar o vulnerável, as relações já são tão fragmentadas, em que se retrair é uma escolha, é não conseguir. Atribuindo assim, o fracasso pessoal a processos contextuais fragilizados. Não é só sobre o adolescente, mas todo o contexto que o circunda.

Assim, classificamos a importância de um novo estudo, a fim de entender como os próprios adolescentes institucionalizados, compreendem o conceito de participação e classificam seu protagonismo diante das vivências e negligências no decorrer de sua vida.

REFERÊNCIAS

BOGHOSSIAN, C. O.; MINAYO, M. C. S. Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Julho/Setembro. 2009.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300006>.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v. 2, n.1, p. 68-80, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012.

BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Cortez, 1990.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FERREIRA, C. L. S.; CÓRTEZ, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11):3997-4008, 2019.

FONSECA, P. N. O impacto do acolhimento institucional na vida de adolescentes. *Rev. Psicopedagogia* 2017; 34(105): 285-96.

GADEA, C. A.; SILON, J.; ROSA, F. S.; CEZAR, M. S.; DICK, H. Trajetórias de jovens em situação de vulnerabilidade social: sobre a realidade juvenil, violência intersubjetiva e políticas para jovens em Porto Alegre – RS. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 19, no 45, mai/ago 2017, p. 258-299.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 1ªed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1961.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2008. p 108.

SILVA, A. C. C.; OLIVER, F. C. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando?. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 858-872, 2019.

SIRVENT, M. T. *Cultura popular y participación social: una investigación en el barrio de Mataderos* (Buenos Aires). Buenos Aires: Miño y Dávila, 2004.

WENDT, B.; DULLIUS, L.; DELL'AGLIO, D. D. Imagens Sociais sobre Jovens em Acolhimento Institucional. *Psicologia: Ciência e Profissão* Abr/Jun. 2017 v. 37 n°2, 529-541.

CAPÍTULO 20

OSTEOMIELITE MULTIFOCAL CRÔNICA RECORRENTE E DOENÇA FALCIFORME - UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 18/04/2021

Brasília, Brasil

Aline Garcia Islabão

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil

Caroline Graça de Paiva

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil
Link para currículo lattes: 6550546704239060

Caroline Rehem Eça Gomes

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil

Alanna Ferreira Alves

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil

Marne Rodrigues Pereira Almeida

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil

Maria Custodia Machado Ribeiro

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil

Simone Oliveira Alves

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar

RESUMO: A Osteomielite Multifocal Crônica Recorrente (OMCR) é uma doença autoimune rara, mais comum na faixa etária entre 4 a 14 anos de idade². A OMCR é um diagnóstico de exclusão. Apresenta-se com episódios recorrentes de dor relacionada à presença de focos de inflamação estéril, principalmente nas metáfises de ossos longos dos membros inferiores, úmero, clavícula e coluna vertebral². Há associação de OMCR com a doença de Crohn, artropatias soronegativas, psoríase e vasculites. O prognóstico da OMCR é bom, entretanto complicações graves como deformidades ósseas e fusão prematura das epífises podem acontecer². **Relato de caso:** Criança, sexo masculino, 9 anos de idade. Diagnóstico de anemia falciforme (hemoglobina SC) ao nascimento. Iniciou dor na coluna torácica após queda da própria altura aos 6 anos. Evoluiu com postura antálgica escoliótica progressiva. Ressonância Magnética (RM) (figura 1) com acentuado colapso do corpo vertebral de T6 e do disco T6-T7, sem sinais de mielopatia. Edema e realce nos corpos vertebrais e elementos posteriores de T5 e T7. Edema, espessamento e realce das partes moles paravertebrais de T5 e T7 e do décimo arco costal esquerdo. As provas de atividade inflamatória estavam elevadas e culturas negativas. Na ocasião, foi hospitalizado

por suspeita de discite e recebeu antibioticoterapia venosa. Alguns meses depois, apresentou dor no cotovelo, joelho, quadril e tornozelo, todos à esquerda, associado à rigidez matinal, edema local e dificuldade progressiva para deambular. Raio X de cotovelo esquerdo (figura 2) com aumento da transparência na epífise proximal dos ossos do antebraço; discreta linha lucente com pequena irregularidade cortical na epífise proximal. RM de quadril com edema e realce da medula óssea do acetábulo esquerdo e ramo isquiopúbico direito. Realizado biópsia da vértebra torácica com edema estromal, fibroblastos e capilares proliferados, sugestivo de processo inflamatório/degenerativo. Devido à forte suspeita de OMCR, foi iniciado anti-inflamatório não hormonal (AINH). Por não ter apresentado melhora clínica, foi instituído metotrexato (MTX) semanal. Houve melhora discreta do quadro clínico, sendo necessário aumento da dose do MTX. Alguns anos após, pela piora clínica, radiológica e laboratorial, foi necessária associação com Etanercepte (anti-TNF). Desde então, o paciente progride de forma satisfatória, em remissão da doença por mais de três anos. **Conclusão:** A OMCR ainda é um diagnóstico difícil e sem consenso sobre o tratamento². A relação entre OMCR e anemia falciforme não é descrita na literatura. O caso apresenta um paciente com diagnóstico tardio e evolução com sequelas ósseas e estruturais. O uso de anti-TNF foi necessário para controlar a doença, pois não houve resposta à medicação de primeira linha (AINH) e segunda linha (MTX). De acordo com a literatura, o Etanercepte é uma opção eficaz no tratamento da OMCR refratária ao MTX¹. A relação entre OCMR e anemia falciforme ainda não havia sido descrita na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Osteomielite Multifocal Crônica Recorrente, anemia falciforme, metotrexato, etanercepte.

CHRONIC RECURRENT MULTIFOCAL OSTEOMYELITIS AND SICKLE CELL DISEASE - A CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis (CRMO) is a rare autoimmune condition that usually affects children and adolescents². It presents with recurrent episodes of pain related to the presence of foci of sterile inflammation, mainly in lower limbs, humerus, clavicle and spine². There is an association between OMCR and Crohn's disease, seronegative arthropathies, psoriasis and vasculitis. The prognosis of OMCR is good, however serious complications such as bone deformities and premature fusion of the epiphyses may occur². **Case description:** Boy, 9 years old, with sickle cell anemia (SC hemoglobin) at birth. He started pain in the thoracic spine after falling from his own height at 6 years old, and evolved with progressive scoliotic analgesic posture. Magnetic resonance imaging (MRI) (figure 1) with marked collapse of the T6 vertebral body and the T6-T7 disc, with no signs of myelopathy. Edema and enhancement in the vertebral bodies and posterior elements of T5 and T7. Edema, thickening and enhancement of the paravertebral soft tissues of T5 and T7 and the tenth left costal arch. Evidence of inflammatory activity was high and cultures were negative. At the time, he was hospitalized for suspected discitis and received intravenous antibiotic therapy. A few months later, he developed pain in his elbow, knee, hip and ankle, all on the left side of the body, associated with morning stiffness, local edema and progressive difficulty in walking. X-ray of the left elbow (figure 2) with increased transparency in the proximal epiphysis of the forearm bones; slight lucent line with small cortical irregularity in the proximal epiphysis. Hip MRI with edema and bone marrow enhancement of the left

acetabulum and right ischiopubic branch. Thoracic vertebra biopsy was performed with stromal edema, fibroblasts and proliferated capillaries, suggestive of an inflammatory / degenerative process. Due to the strong suspicion of OMCR, non-hormonal anti-inflammatory (NSAID) were started. As there was no clinical improvement, weekly methotrexate (MTX) was instituted. There was a slight improvement in the clinical symptoms, requiring an increase in the dose of MTX. Some years later, due to the clinical, radiological and laboratory deterioration, an association with Etanercept (anti-TNF) was necessary. Since then, the patient has progressed satisfactorily, in remission of the disease for more than three years. **Conclusion:** OMCR is still a difficult diagnosis and there is no consensus on its treatment². The relationship between OMCR and sickle cell anemia is not described in the literature. The case presents a patient with late diagnosis and evolution with bone and structural sequelae. The use of anti-TNF was necessary to control the disease, as there was no response to first-line (NSAID) and second-line (MTX) medication. According to the literature, etanercept is an effective option in the treatment of OMCR refractory to MTX¹. The relationship between OCMR and sickle cell anemia has not yet been described in the literature.

KEYWORDS: Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis, Sickle Cell disease, methotrexate, etanercept.

REFERÊNCIAS

- 1 - BATU ED, Ergen FB, Gulhan B, Topaloglu R, Aydingoz U, Ozen S. **Etanercept treatment in five cases of refractory chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO)**. *Joint Bone Spine*. 2015 Dec;82(6):471-3. doi: 10.1016/j.jbspin.2014.11.010. Epub 2015 Jul 14. PMID: 26184538.
- 2 - COSTA-REI, Patricia, et al. **Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis**. *Journal of Clinical Immunology*. 2013;33(6):1043-56.



Figura 1 – RM de coluna.



Figura 2 – RX de cotovelo esquerdo.

CAPÍTULO 21

PERFIL COGNITIVO DE IDOSOS NO CENTRO DIA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 10/05/2021

Heitor Lovo Ravagnani

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/1616801125800511>

Henrique Rodrigues de Souza Moraes

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/0146439351160810>

Marcelo Salomão Aros

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/1140668344094099>

Jamil de Barros Neto

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/5979717496382966>

Victor Medeiros Santos

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/4348466115223768>

Juliana Antunes Tucci

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/0895785670063387>

Eduardo Haddad Caleiro Garcia

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/2488272779064400>

João Gabriel de Melo Cury

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/9080946315672817>

João Pedro Leonardi Neves

Universidade de Franca
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/4337453732181117>

RESUMO: Introdução: O crescente aumento da população, principalmente a população idosa, deve ser acompanhado pela promoção do envelhecimento saudável e a manutenção das capacidades funcionais. Objetivo: Avaliar o perfil cognitivo dos idosos institucionalizados em permanência parcial, através dos instrumentos Mini Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Resultados: Nas pontuações do MEEM, 85,7% dos participantes estavam abaixo da nota de corte e no EDG, 57,14% dos idosos apresentavam sintomas depressivos. Sobre a Avaliação Global do idoso, alguns itens foram referidos positivamente pelos idosos, como alimentação/nutrição; vacinação; avaliação cognitiva; mobilidade e quedas. Conclusão: Parte significativa dos idosos frequentadores do Centro Dia de uma cidade do interior de São Paulo apresentam declínios cognitivos e apresentam elevado escore para depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do idoso, políticas públicas, cognição, qualidade de vida.

COGNITIVE PROFILE IN ELDERLY PEOPLE AT DAY CARE CENTER

ABSTRACT: Introduction: The increase in population, mainly the elderly population, must be accompanied by the promotion of healthy aging and the maintenance of necessary needs. Objective: to evaluate the cognitive profile of institutionalized elderly in partial permanence, using the Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Scale instruments. Results: In the MMSE scores, 85.7% of the participants were below the cut-off score and in the EDG, 57.14% of the elderly had depressive symptoms. Regarding the global assessment of the elderly, some items were positively constituted by the elderly, such as food / nutrition; vaccination; cognitive assessment; mobility and falls. Conclusion: A significant part of the elderly attending the Centro Dia in a city in the interior of São Paulo have cognitive declines and have a high score for depression.

KEYWORDS: Elderly health, public policies, cognition, quality of life.

INTRODUÇÃO

Muito se tem falado da saúde do idoso e isso tem uma estreita relação com o crescimento da população idosa, fenômeno mundial, devido ao aumento da expectativa de vida.

Com o desenvolvimento do país, o envelhecimento passou a ser acompanhado de mudanças sociais, econômicas e culturais, além de uma grande mudança na estrutura e um rearranjo familiar. Associado ao desenvolvimento do país vem ocorrendo uma mudança na pirâmide populacional do Brasil, tornando-se característica de países desenvolvidos, com afinamento da base e alargamento do topo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A transição demográfica inicia com a queda do número da mortalidade e redução taxas de natalidade, culminando em alterações da pirâmide etária populacional. A princípio uma população que havia, recentemente, o predomínio de jovens, observa-se que atualmente há uma parcela significativamente e expressivamente maior de cidadãos com 60 anos ou mais de idade, gerando um alerta para o sistema de saúde em promover saúde voltada para população específica citada (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O envelhecimento da população em geral movimenta problemas de saúde que instigam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa que necessariamente o indivíduo tornar-se enfermo. A menos que coexista com alguma patologia, o envelhecimento pode associar-se a um bom grau de saúde ser senescente. Por isso, a população e os sistemas de saúde têm buscado abranger o processo de senescência populacional, buscando alternativas para: “manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes” (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Para muitos idosos, o prolongamento dos anos vividos tem sido complementado de um enfraquecimento do estado geral de saúde psicomotora, pelas múltiplas doenças crônicas não transmissíveis, prejuízo ou anulação da independência e autonomia, e

contenção socioeconômicas e ambientais, que são elementos agregados à limitação da capacidade funcional dos mesmos. Esta perda operacional se torna um dos motivos para a institucionalização, que se destacou com a alteração da dinâmica familiar e da sociedade recentemente. Simultaneamente, ainda há a incapacidade de se encontrar alguém capacitado em gerar cuidados ao idoso. Fator este que aumenta a procura de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que ofereçam cuidados necessários, complementando a escassez de suporte familiar e social (ALENCAR; BRUCK; PEREIRA; CÂMARA; ALMEIDA, 2012).

O Centro-Dia tem intuito de auxiliar nos cuidados deste tipo de idosos, seja pelo despreparo familiar para cuidar apropriadamente do idoso ou pelo abandono. A construção dos Centros-Dia dos Idosos é uma ação do governo do Estado de São Paulo com vistas às pessoas da melhor idade. A instituição em questão tem unidades administrativas, salas para atendimento aos idosos, cozinha, sanitários, salão de atividades, ambulatório, lavanderia, dormitórios feminino e masculino, pátio para atividades ao ar livre e estacionamento com vagas reservadas para pessoas com deficiências e idosos.

Nos centros-dia, o idoso passa a manhã e à tarde com atividades de recreação, saúde, confraternização e entretenimento e, depois, volta a sua casa. O atendimento é direcionado a idosos em situação de vulnerabilidade social, que são encaminhados pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) municipal.

OBJETIVOS

Analisar o perfil cognitivo em idosos institucionalizados em permanência parcial, além de promoção em saúde, ao identificar suas fragilidades cognitivas e promover atividades que buscam sua manutenção.

METODOLOGIA

Este estudo trata da observação analítica transversal do perfil cognitivo de idosos institucionalizados em centros de permanência parcial, localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo por um grupo de estudantes do curso de Medicina.

Foi utilizado como roteiro a Avaliação Global do Idoso, não sendo determinados critérios de inclusão e exclusão. Alguns itens da Avaliação Global do idoso foram referidos pelos idosos (itens relacionados à alimentação/nutrição; vacinação; avaliação cognitiva; mobilidade e quedas) e alguns não foram realizados por dificuldades funcionais ou abstenção (itens relacionados à acuidade visual/auditiva; incontinência urinária; sexualidade; depressão e avaliação funcional). Para o estudo foram considerados para análise e tabulação a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – Abreviada de Yesavage e Minimental que dão o foco desejado que é conhecer o perfil cognitivo de idosos institucionalizados em permanência parcial.

A amostra totalizou sete idosos(a) sendo dois homens e cinco mulheres na faixa etária de 69 a 89 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo verificou-se que, nos sete idosos avaliados, a distribuição em relação ao sexo foi 2:7 (71,43% mulheres e 28,57% homens). Este predomínio feminino pode, em geral, ser explicado pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, logo têm maior possibilidade de vivenciar doenças e incapacidades; e ainda por serem em maior número. Além disso, as mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situações socioeconômicas desvantajosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em análise, o estudo mostrou que a maioria dos idosos eram solteiros/viúvos (71,42%) e 28,58% eram casados. Já em relação à escolaridade, cinco eram analfabetos (71,42%), um com baixa escolaridade (14,28%) e somente um com Ensino Médio completo (14,28%). Estas características muitas vezes são descritas como fatores de risco para institucionalização. A baixa escolaridade também é um achado muito frequente, ao se avaliar instituições, como foi o caso da presente pesquisa.

A maioria dos idosos pesquisados apresentaram pelo menos uma doença crônica (85,71%), como: hipertensão arterial sistêmica e demência de Alzheimer. Apenas um idoso não apresentava nenhuma doença crônica, apesar deste apresentar suspeita de hipertensão arterial sistêmica. Entretanto, todos faziam uso de medicamentos (100%). Esses achados podem ser explicados pela condição de saúde do idoso institucionalizado, que em geral é mais debilitado que idosos da comunidade.

Apenas 12,8% dos idosos relataram ter sofrido quedas. Este foi um achado inesperado, uma vez que a prevalência de quedas em idosos asilados é considerada alta (LOJUDICE; LAPREGA; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010).

A avaliação utilizando o MEEM mostrou que 85,71% dos idosos apresentaram resultado positivo para alterações cognitivas, sendo que um entre os sete pesquisados não apresentou capacidade física para realiza-lo. A média do escore do MEEM no estudo foi de 14,16 pontos, incluindo todas as categorias de grau de escolaridade. A alteração cognitiva é um achado muito frequente nas instituições de curta permanência e é considerado um dos motivos de institucionalização do idoso, uma vez que seu comprometimento pode causar déficits de raciocínio, memória, comunicação e personalidade, o que afeta diretamente seu convívio social. Essas alterações aumentam o risco do idoso perder sua independência, necessitando assim da ajuda permanente de terceiros, devido ao declínio físico e à dificuldade de interagir com outras pessoas.

Através da Escala de Depressão Geriátrica, verificou-se que 57,14% dos idosos apresentam sintomas depressivos, destes, apenas 14,28% apresentava quadro severo, sendo o escore médio encontrado de 6,5 pontos. O transtorno depressivo é causa

importante de morbidade, sofrimento e incapacidade, e afeta sensivelmente a qualidade de vida do idoso. Os sintomas depressivos geralmente levam a comprometimentos funcionais, deixando o idoso sem autonomia e mais dependente na realização das atividades cotidianas. Tais sintomas podem também influenciar negativamente no nível de atividade física, inclusive nas funções fisiológicas, como a micção, já que a continência, em qualquer idade, depende não só da integridade anatômica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos na estocagem e eliminação da urina, como também da capacidade cognitiva, mobilidade, destreza manual e motivação para ir ao banheiro, por isso pode ser mais frequentemente acometida. Foi observado que destes, 57,14% apresentaram perda urinária. E destes, apenas dois idosos usavam fraldas.

Avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e da Escala Geriátrica da Depressão (EGD) em idosos de 69-89 anos



Figura 1. Avaliação do MEEM e da EGD em idosos entre 69 e 89 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), é um teste que mais se utiliza e, portanto, o mais estudado pelos especialistas no mundo. Usado ocasionalmente ou acrescido a outros instrumentos, este exame facilita a análise e a adscrição da função cognitiva e de quadros psiquiátricos, como a demência. Tem sido utilizado pelos clínicos, tanto da área psiquiátrica como gerais, para a constatação de déficit cognitivo, o acompanhamento de doenças demenciais e para a supervisão do tratamento. Entretanto, este teste não é considerado pelos especialistas o melhor para estas funções, mas sim, a avaliação geriátrica ampla e o acompanhamento ao longo de anos para confirmar uma hipótese diagnóstica. Além disso,

é válido citar a anamnese dos familiares e dos contactuantes mais próximos, a fim de se obter novos dados e que acrescente aos relatados na anamnese com o próprio paciente alvo. (A LOURENÇO; VERAS, 2006).

Com base nos resultados encontrados, podemos concluir que a grande maioria dos idosos participantes desta amostra, frequentadores deste Centro Dia, apresentam declínios funcionais cognitivos quando avaliados com o Mini Exame do Estado Mental. Ademais, os problemas cognitivos identificados estão contidos aos seguintes domínios: cálculo, memória de evocação, construção do desenho e orientação em tempo e espaço.

Em relação à avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica, estudos mostram que se por um lado, a depressão pode simular um quadro demencial por piorar o desempenho cognitivo dos pacientes nos testes como MMSE, por outro lado um desempenho cognitivo muito baixo pode interferir com a escala GDS, a qual, na presença de déficit cognitivo, pode ser menos confiável por apresentar maior sensibilidade, resultando em possíveis falso-positivos. Se alguns pacientes, por terem obtido um escore do MMSE muito baixo, não fossem considerados como deprimidos, poderíamos ter uma prevalência menor da doença em nossa amostra (FERRARI; DALACORTE, 2007).

Podemos observar com este trabalho a alta prevalência da depressão, assim como sua importância e influência em todos os aspectos da vida do idoso. Tendo em vista que ainda há um insuficiente reconhecimento da depressão como uma doença passível de cura; que o diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir as possíveis consequências, como o suicídio e a alta taxa de recorrência; e que o tratamento pode resultar em melhora funcional, cognitiva e social, fazem-se necessárias iniciativas nas áreas de educação e saúde, como programas de conscientização e investimento em âmbito de saúde primária, visando idosos com melhor saúde e, conseqüentemente, maiores expectativa e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, Mariana Asmar; BRUCK, Natália Nascimento Salomão; PEREIRA, Brígida Cibelle; CÂMARA, Tânia Márcia Magalhães; ALMEIDA, Roberto di Spirito. **Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 786-795, dez. 2012.
2. A LOURENÇO, Roberto; VERAS, Renato P. **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, ago. 2006.
3. FERRARI, Juliane F.; DALACORTE, Roberta R.. **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan. 2007.

4. LOJUDICE, Daniela Cristina; LAPREGA, Milton Roberto; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; RODRIGUES JÚNIOR, Antônio Luis. **Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p. 403-412, jun. 2010.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**: cadernos de atenção básica. 19. ed. Brasília: Ms Os, 2006.
6. MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. **Envelhecimento populacional no Brasil: desafios sociais atuais e futuros e consequências**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 10-17, jun. 2016.

QUALIDADE DO SONO E CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS- UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Illa Mariany Borges Vieira

Centro universitário UNINOVAFAPI – PI
<http://lattes.cnpq.br/1744035211536639>

Thainara Dantas Oliveira

Centro universitário UNINOVAFAPI – PI
<https://orcid.org/0000-0002-7852-8230>

Ana Vannise de Melo Gomes

Centro universitário UNINOVAFAPI – PI
<http://lattes.cnpq.br/2987761932651374>

RESUMO: A qualidade do sono tem sido objeto de diversos estudos, dando cada vez mais importância a um aspecto muitas vezes esquecido da saúde. As diversas atividades incumbidas a estudantes de nível superior, incorreta gestão do tempo, e diversas formas de distração torna cada vez mais comum a privação do sono para que todas as atividades sejam realizadas. **Objetivo:** discorrer sobre qualidade do sono e como a mesma influencia na saúde física, mental, e no rendimento acadêmico. **Metodologia:** pesquisa bibliográfica integrativa de publicações acerca do tema em diversos locais do mundo, utilizando as bases de dados Scielo, PubMed e PEDro, com os descritores: sono, qualidade do sono e estudantes de nível superior. As buscas nessas plataformas ocorreram de dezembro de 2020 a março de 2021, utilizando nos resultados publicações feitas de 2009 a 2017. **Resultados:**

foram utilizados 10 estudos para a elaboração dos resultados, sendo que os mesmos sugerem que o sono tem perdido importância na vida das pessoas, o que pode causar problemas físicos e mentais, ou agravar os já existentes.

Conclusão: Os estudantes de nível superior estão especialmente sujeitos a tais problemas, pois a cobrança social pelo sucesso profissional, bem como a rotina de trabalho, estudos, estágio e vida social torna os dias curtos para a realizar todas as atividades, sendo cada vez mais rotineiro a diminuição de horas dormidas por noite, ou ciclos de sono curtos. A saúde física e mental está diretamente ligada com a qualidade do sono nos estudantes de nível superior.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade do sono. Sono. Saúde. Estudantes de nível superior.

SLEEP LITY AND CONSEQUENCES IN THE MENTAL HEALTH OF UNIVERSITY STUDENTS - A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Sleep quality has been the subject of several studies, giving increasing importance to an aspect that is often overlooked in health. The various activities entrusted to higher education students, incorrect time management, and various forms of distraction make sleep deprivation more and more common so that all activities can be carried out. Objective: to discuss sleep quality and how it influences physical, mental health, and academic performance. Methodology: integrative bibliographic search of publications on the subject in different locations around the world, using the Scielo, PubMed and PEDro databases, with the descriptors: sleep,

sleep quality and higher education students. The searches on these platforms took place from December 2020 to March 2021, using in the results publications made from 2009 to 2017. Results: 10 studies were used for the elaboration of the results, and they suggest that sleep has lost importance in the lives of women. people, which can cause physical and mental problems, or aggravate existing ones. Conclusion: Higher education students are especially subject to such problems, as the social demand for professional success, as well as the work routine, studies, internship and social life makes the days short to carry out all activities, being more and more routinely decreasing hours of sleep per night, or short sleep cycles. Physical and mental health is directly linked to the quality of sleep in higher education students.

KEYWORDS: Sleep quality. Sleep. Health. Higher education students.

1 | INTRODUÇÃO

O sono tem sido objeto de pesquisa de muitos estudiosos, dentre esses podemos citar filósofos, psicólogos e vários outros campos da medicina. O sono é considerado um elemento necessário da qualidade da vida humana e é considerado o resto da regeneração humana. Por outro lado, sua deficiência pode causar doenças físicas e mentais e prejudicar a qualidade de vida (FELDEN *et al.*, 2015).

A sociedade está cada vez mais dependente da tecnologia e conseqüentemente mais ligada as atividades que lhe são incumbidas. Com as comodidades do mundo tecnológico o sedentarismo está se tornando mais comum, e com essa disponibilidade de conexão o tempo todo as pessoas tem dormido cada vez menos. Como consequência de tudo isso ocorre uma dessincronização dos ritmos circadianos, podendo acarretar na dificuldade para adormecer, acordar pela manhã, o que reflete diretamente na qualidade do trabalho, estudos e outras atividades diárias. (SANTOS *et al.*, 2016). Atualmente assiste-se ao fenômeno de desenvolvimento industrial. Este acontecimento contribuiu para a modificação dos estilos de vida, isto é, os prazeres/lazeres modificam-se e ocupam o período da noite. Neste enfoque o sono assumiu-se como um obstáculo para o trabalho, para a produtividade e para os interesses econômicos, sendo cada vez mais desvalorizado (PAIVA, 2015).

O sono não é apenas uma necessidade fisiológica, ele é uma necessidade individual no qual difere em diversas fases da vida, desde o bebê até idoso. Quando privado pode ocorrer distúrbios na saúde humana. Existem diversas consequências da má qualidade do sono, dentre elas estão desânimo, distúrbios no sistema imunológico, cardíaco e respiratório, alterações no sistema cognitivo, endócrino dentre outros (LINS; MAGALHÃES, 2017). Organicamente, o sono é um processo ativo e essencial, e é partilhado por diversas espécies de animais, sendo vital para a sobrevivência ao longo de milhões de anos (PAIVA, 2015).

O ciclo sono-vigília corresponde à alternância entre o período em que se está acordado e dormindo, no qual é regulado pelo dia e pela noite. Durante o período de sono ocorrem diversos processos como, por exemplo, alterações cardiorrespiratórias e neurofisiológicas, em diferentes estágios do sono (PINHEIRO; MACHADO; MANOEL;

ÁLVARO, 2019). Os transtornos do sono trazem consigo diversos males os seres humanos, ao provocarem diminuição da qualidade de vida, diminuição do desempenho profissional e/ou acadêmico, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da atenção, com impactos diretos na segurança pessoal e possível aumento do número de acidentes (CARDOSO *et al.*, 2009)

O período de ingresso para ensino superior é bem complexo, devido à busca por um bom desempenho visando conquistar a tão sonhada vaga universitária. Uma vez intensificada as horas de estudo muitos alunos reduzem o seu tempo de sono. Ao contrário do que muitas pessoas acreditam o cérebro não descansa no período do sono, pois é justamente durante o sono que são consolidadas todas as informações que são absorvidas durante o dia (SILVA, 2015).

Os estudantes universitários, são expostos a fatores estressantes da sua vida acadêmica, que vai desde processo de adaptação ao ensino superior, aprender a conviver em ambientes desfavoráveis, tomar decisões complexas, até mesmo conseguir ingressar no mercado de trabalho. Com isso ocorrem diversas alterações no dia-a-dia. Sendo o desempenho acadêmico uma prioridade dos estudantes, estes se submetem a privações de sono durante os dias de aula ou trabalho. Alguns alunos ainda se submetem ao uso de substâncias inibidoras do sono deixando de lado questões relacionadas a uma boa qualidade de vida (REIS *et al.*, 2016). Portanto esse estudo visa verificar em publicações científicas como a qualidade do sono pode influenciar na saúde física, mental, e no rendimento acadêmico.

O presente trabalho justifica-se no fato de que o sono exerce um importante papel na restauração de energia, na concentração, na consolidação da memória e nos processos que envolvem a aprendizagem, o ritmo agitado da vida moderna tem feito a população dormir cada vez menos. Já é consenso que a qualidade do nosso sono está intimamente relacionada à qualidade de vida. Ou seja, mais do que comprometer as noites de descanso, esses distúrbios podem efetivamente ter impactos na saúde física.

O sono deve ser uma preocupação importante dos universitários, para os quais o desempenho acadêmico é uma prioridade, os estudantes pertencem a um grupo com altas probabilidades de apresentar sonolência diurna excessiva e qualidade do sono ruim. Os universitários representam o capital nacional e o investimento para o futuro de uma nação, assim, é fundamental que sejam pessoas saudáveis para o desenvolvimento de um país.

A graduação é um período em preparação para se tornar um profissional e inserir-se no mercado de trabalho. Dessa forma, o graduando recebe muitas exigências, precisa frequentar as aulas, desenvolver projetos, cumprir horas com atividades complementares, fazer estágio, dentre outras atividades.

Essas exigências são reforçadas quando o aluno está no último ano de graduação, já que precisa escolher em que área irá atuar, buscar uma vaga no mercado de trabalho e, além disso, e em alguns cursos é necessário que se faça um trabalho de conclusão de

curso. A preocupação presente nesse período aumenta os despertares noturnos e a latência do sono. A relevância do estudo está no fato de poder impactar diretamente a vida dos acadêmicos, compreendendo as dinâmicas do sono e alguns fatores sociais e emocionais que levam a prática da privação do sono por necessidade ou por escolha, podendo servir como base para futuros estudos práticos e aplicação de medidas e intervenções que visem a melhor qualidade do sono dos estudantes de ensino superior.

Os universitários estão mais sujeitos à estilos de vida inadequados, visto que nem sempre o ambiente institucional está disposto ou não possui recursos suficientes para ajudar ou acompanhar seus alunos de forma adequada. Apesar de hoje em dia a maioria das universidades dispor de acompanhamentos psicológicos para auxiliar os alunos durante toda sua vida acadêmica. Diante dos diversos problemas que a privação de sono pode acarretar, existe a necessidade de investigar através de publicações científicas quais as causas e consequências que levam os estudantes de ensino superior a essa prática, e como a mesma influencia na saúde e no rendimento acadêmico?

O presente trabalho traz como objetivo geral buscar na literatura científica e discorrer sobre qualidade do sono e como a mesma influencia na saúde física, mental, e no rendimento acadêmico, e como objetivos específicos Identificar em publicações científicas os fatores que levam os estudantes a privação do sono; Analisar os problemas de saúde mais citados na literatura que são gerados pela privação do sono em estudantes do ensino superior; Propor medidas que visem melhorar a qualidade do sono e consequentemente da saúde desses estudantes baseando-se em publicações científicas acerca do tema.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa é de cunho teórico, sendo uma revisão integrativa, que é considerada a mais ampla abordagem metodológica dentre as revisões. A coleta de dados ocorreu através das plataformas digitais de como Scielo, PubMed e PEDro. Foram definidos termos os termos de busca em português e os mesmos foram traduzidos e utilizadas na pesquisa em inglês. Os termos utilizados foram: sono, qualidade, saúde, distúrbios, estudantes, produtividade, e várias combinações entre esses termos. Os operadores booleanos utilizados na pesquisa foram o *and* e o *not*, sem restrições linguísticas. Não se definiu data limite para as publicações utilizadas no trabalho, pois há algumas definições e análises clássicas, que foram utilizadas.

O critério de inclusão utilizado foi o título e o resumo, os que faziam alusão a qualidade do sono, a sua importância e influencia na vida do ser humano, e a relação com estudantes de ensino superior foram utilizados. Alguns artigos que geraram dúvidas foram analisados na íntegra para que pudessem ser selecionados. As publicações científicas selecionadas foram lidas e seus conteúdos resumidos, de forma que facilitasse encontrar determinados aspectos abordados em cada trabalho e a conexão de ideias ao construir o

presente trabalho. Foram excluídos os artigos que não falavam do sono associado a saúde tanto física como mental e qualidade de vida, estudantes, artigos duplicados e estudos de caso.

Através dos trabalhos analisados buscou-se fazer uma associação da privação do sono com a queda de rendimento acadêmico bem como problemas de saúde tanto físicos como mentais, com a finalidade de compreender a realidade dos estudantes de graduação em relação a sobrecarga de atividades e ao correto gerenciamento de tempo para a realização dos seus afazeres diários.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para obtenção dos resultados foram utilizados ao todo 10 trabalhos acadêmicos que trazem como foco principal a qualidade do sono de estudantes de nível superior e como a mesma afeta a sua qualidade de vida tanto em âmbito físico como mental.

Diante da análise dos trabalhos o sono assume um papel de destaque na qualidade de vida do ser humano, estando diretamente associado ao bem-estar físico e mental. Os estudantes de nível superior estão especialmente sujeitos aos males causados pela privação do sono. As diversas atividades que lhe são incumbidas pela vida acadêmica e pessoal, acabam por necessitarem de mais tempo do que o esperado, muitas vezes a privação do sono se torna a solução para esses estudantes.

As noites com poucas horas de sono geram uma diminuição no rendimento do indivíduo, visto que cai seu nível de atenção. O estresse muitas vezes também pode ser associado a privação de sono, sendo o causador de possíveis consequências também físicas. Os indivíduos que possuem uma rotina de trabalho diurno, estudos noturnos que entram pela madrugada, com baixa qualidade de sono estão conseqüentemente mais sujeitos a distúrbios psicológicos.

O principal fato causador da privação do sono é o excesso de atividades, gerado por fatores que lhe podem ser incontrolláveis como por exemplo estágios e trabalho, bem como pode ser fruto de desorganização, e conseqüente falta de tempo diurno para a realização das atividades.

As doenças psicológicas estão cada vez em maior evidência, sendo a ansiedade e a depressão os males mais comuns de serem encontrados. A pressão da vida acadêmica é um fator agravador dessas doenças, que tem impacto direto no rendimento do aluno, com a diminuição da concentração e das interações sociais, que muitas vezes é o momento de alívio para os estudantes.

A queda imunológica é outro fator que deve ser levado em consideração, visto que o corpo fica mais suscetível a doenças como gripes, resfriados, etc. As noites em claro estudando para provas podem muitas vezes ser prejudiciais, visto que o corpo necessita do sono para a consolidação da memória.

Nota-se que os estudos apesar de serem realizados em diversas partes do mundo, e com os mais variados tipos de estudante de nível superior, há uma convergência de resultados e concordância entre os autores. Em todos os estudos foi comprovado que o sono afeta diretamente a qualidade de vida e a saúde dos estudantes analisados.

O quadro a seguir (quadro 1) apresenta os principais textos utilizados como base para construção dos resultados, bem como de seus objetivos, metodologia e principais resultados.

AUTOR	TITULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
AKHLAGI, A.A.K.; GHALEBANDI, M.F. (2009)	Qualidade do sono e sua correlação com a saúde geral em alunos universitários de Karaj	· O objetivo desta pesquisa foi determinar a qualidade do sono e sua correlação com a saúde geral em estudantes iranianos de 18 anos.	Aplicação de questionário a 1000 alunos, mas apenas 943 questionários foram utilizados, pois 57 apresentavam respostas não identificáveis/ rasuras.	· A má saúde geral foi observada em 55% dos alunos com má qualidade do sono. Além disso, houve uma correlação positiva entre a qualidade do sono e a saúde geral
CARDOSO, H.C. <i>et al.</i> (2009)	Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina	· Avaliar os hábitos do sono dos estudantes da graduação e residentes da Universidade Federal de Goiás, a fim de identificar os principais fatores que afetam a qualidade do sono.	Pesquisa através de questionários aplicados a 276 estudantes do curso de medicina de forma aleatória.	· Estudantes com sonolência diurna excessiva apresentam pior qualidade de sono, variação significativa da prevalência da sonolência diurna excessiva e da qualidade ruim do sono entre as amostras de primeiro ano de graduação e residentes.
CHENG, S.H. <i>et al.</i> (2012)	Um estudo sobre a qualidade do sono de estudantes universitários que chegam	· Avaliar a qualidade do sono em relação às características do estilo de vida, incluindo o consumo de bebidas energéticas e outras bebidas com cafeína entre estudantes universitários peruanos	Questionário autoaplicável que coletou informações sobre uma variedade de comportamentos, incluindo o consumo de bebidas energéticas, com cafeína e bebidas alcoólicas em 4.318 estudantes da cidade de Taiwan.	· O consumo de bebidas energéticas, outras bebidas com cafeína e bebidas alcoólicas são fatores de risco para a má qualidade do sono. O aumento da conscientização sobre essas associações deve promover intervenções para melhorar os hábitos de vida dos alunos.
CARVALHO, T.M.C. <i>et al.</i> (2013)	Qualidade do sono e sonolência diurna entre estudantes universitários de diferentes áreas	· Comparar a qualidade do sono e sonolência diurna dos estudantes universitários de duas áreas do conhecimento, área de exatas e saúde	Para a coleta dos dados foram utilizados dois questionários autoaplicáveis para um total de 173 estudantes.	· Os escores elevados de má qualidade do sono e de sonolência diurna excessiva presentes na população estudada, podem estar relacionados não somente aos horários irregulares e às altas demandas acadêmicas, como também, ao uso do computador no horário noturno, adentrando a madrugada, em atividades não relacionadas à Universidade, como redes sociais e jogos eletrônicos.

<p>KABRITA, C.; MUÇA, T.; DUFFY, J. (2014)</p>	<p>Preditores de má qualidade do sono entre estudantes universitários libaneses: associação entre tipologia noturna, estilo de vida e hábitos de sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Associar tipologia noturna, estilo de vida e hábitos de sono. 	<p>Questionário socioeconômico aplicado a 540 alunos universitários de universidades públicas e privadas no Líbano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · A média de idade foi de $19,85 \pm 1,51$ anos. Aproximadamente metade eram mulheres. Um terço dos entrevistados relatou ter trabalho, dos quais 74,3% trabalhavam meio período. Dos 106 que responderam ao número de horas, 41,5% trabalhavam 12–30 horas semanais e 29,2% trabalhavam mais de 30 horas semanais. 11% dos entrevistados relataram baixo status socioeconômico.
<p>SILVA, M. F. (2015)</p>	<p>Determinantes da Qualidade do Sono em Estudantes de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Identificar os determinantes que influenciam a qualidade do sono em estudantes de enfermagem; · Identificar as variáveis sociodemográficas e acadêmicas que interferem na qualidade do sono; · Analisar a influência de variáveis de contexto psicológico e analisar a relação da sonolência diurna com a qualidade do sono. 	<p>Questionário de caracterização sociodemográfica e acadêmica numa amostra não probabilística por conveniência de 403 estudantes do curso de enfermagem, sendo 347 do sexo feminino e 56 do sexo masculino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · A idade média dos estudantes é de 23.61 anos que em sua maioria são mulheres, que revelam pior qualidade do sono (63.2%) e mais sonolência diurna (24.3%). · Os estudantes com ≤ 20 anos, do 1º ano, residentes em meio rural, que coabitam sozinhos, mais ansiosos, menos extrovertidos e mais neuróticos, revelam pior qualidade de sono.
<p>SANTOS, T. C. de M. M. <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Qualidade do sono e cronotipo de estudantes de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Verificar a qualidade do sono, o cronotipo e as características de saúde associadas à qualidade de sono de estudantes. 	<p>Estudo descritivo observacional e transversal com 204 estudantes do curso de graduação em enfermagem com faixa etária de 18 à 29 anos sendo 187 do sexo feminino e 17 do sexo masculino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Estudantes de enfermagem possuem qualidade de sono ruim e preferência de cronotipo indiferente; aqueles que, acumulam as funções estudo/trabalho, apresentam maior número de sintomas de má digestão, cefaleia, sonolência diurna e insônia.
<p>REIS, M. C. <i>et al.</i> (2016)</p>	<p>Condições de saúde e fatores associados a satisfação com a vida em acadêmicos de Fisioterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Descrever o perfil socioeconômico e condições de saúde · Identificar os fatores associados à insatisfação com a vida de estudantes universitários do curso de Fisioterapia 	<p>O instrumento de coleta de dados utilizado foi o Isaq-A, aplicado a 167 estudantes de fisioterapia, de modo aleatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Dentre os estudantes de Fisioterapia, aqueles do sexo masculino, com vínculo empregatício, autopercepção negativa de saúde e má qualidade do sono tiveram mais chances de estarem insatisfeitos com a vida.

CERTO, A. C. T. (2016)	Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a qualidade do sono dos estudantes do ensino superior · Analisar os níveis de ansiedade, depressão e stress vivenciados pelos estudantes do ensino superior. 	Colheita de dados utilizando uma Ficha Sociodemográfica em 358 estudantes representativos do Instituto Politécnico de Bragança	<ul style="list-style-type: none"> · Os estudantes com má qualidade de sono apresentaram níveis médios de stress, ansiedade e depressão mais elevados que os estudantes com boa qualidade de sono. · Os níveis de stress, ansiedade e depressão evidenciados nos estudantes foram considerados díspares entre eles, sendo que o stress foi o mais significativo.
LINS, A.L.; MAGALHÃES, A.B. (2017)	Qualidade do sono e sonolência diurna em estudantes de fisioterapia de uma instituição na Amazônia Brasileira	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a qualidade do sono e o nível de sonolência diurna de acadêmicas do curso de Fisioterapia entre diferentes campi e períodos do curso de fisioterapia em uma instituição de ensino superior pública do estado do Pará 	Questionários autoaplicáveis respondidos por 156 alunas de nível superior. Todos os questionários foram respondidos por alunas do sexo feminino.	<ul style="list-style-type: none"> · Foi verificada a qualidade de sono ruim em 60,25% da amostra geral. 52,56% das pessoas avaliadas sofrem de sonolência diurna excessiva. Evidenciou-se que estudantes com sonolência diurna excessiva eram os que demonstravam ter qualidade do sono pior.

Quadro 1 – Principais fontes de pesquisa.

Fonte: Autores (2021)

4 | CONCLUSÃO

O sono tem perdido a importância na vida das pessoas. Outras atividades têm se tornado prioritárias e a privação do sono se torna a solução para o problema de “falta de tempo” para realizar todas as atividades. Os estudantes estão tendo sua saúde tanto física como mental debilitada por conta dessa prática.

As doenças psicológicas são tidas como os males do século, e estão se tornando cada vez mais comum entre os jovens, e a privação do sono pode afetar diretamente o agravamento dessas doenças e tantas outras. A prática correta do sono proporciona um bem-estar físico e mental para a realização de atividades, não deve ser encarado como uma atividade de desperdício de tempo.

A correta gestão do tempo diurno, juntamente com hábitos saudáveis são de suma importância para a qualidade de vida tanto dos estudantes de nível superior como das pessoas de uma forma geral. Os estudos acerca do tema devem ser contínuos, pois a evolução da sociedade faz com que esse assunto esteja sempre em foco, os hábitos das pessoas evoluem e mudam conforme a sociedade se modifica.

REFERÊNCIAS

AKHLAGI, A.A.K.; GHALEBANDI, M.F. **Sleep quality and its correlation with general health in pre-university students of Karaj, Iran, 2009.** *IJPBS*; 44-9.

- CARDOSO, H.C.; BUENO, F.C.C.; MATA, J.C.; ALVES, A.P.R.; JOCHIMS, I.; FILHO, I.H.R.V. **Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina**. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):349-55.
- CARVALHO, T.M.C.; SILVA JUNIOR, I.I.; SIQUEIRA, P.P.S.; ALMEIDA, J.O.; SOARES, A.F.; LIMA, A.M.J. **Qualidade do sono e sonolência diurna entre estudantes universitários de diferentes áreas**. Rev Neurocienc, 2013.383-387.
- CERTO, A. C. T. **Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior**. 2016. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2016.
- CHENG, S.H.; SHIH, C.C.; LEE, I.H.; HOU, Y.W.; CHEN, K.C.; YANG, Y.K. **A study on the sleep quality of incoming university students**. Psychiatry Res. 2012 (Epub ahead of print). Disponível em: <http://en.smrc-sa.com/wp-content/uploads/2014/1/2/Sleep-Quality-of-Incoming-Students.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2020.
- FELDEN, E. P. G; FERRARI JUNIOR, G. J; ANDRADE, R. D; CLAUMANN, G. S; PELEGRINI, A; TEIXEIRA, C. S. **Fatores associados à baixa duração do sono em universitários ingressantes**. R. bras. Ci. e Mov 2015;23(4): 94-103.
- KABRITA, C.; MUÇA, T.; DUFFY, J. **Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviours, and sleep habits**. Nature and Science Sleep, 6, 11-18, 2014.
- LINS, A.L.; MAGALHÃES, A.B. **Qualidade do sono e sonolência diurna em estudantes de fisioterapia de uma instituição na Amazônia Brasileira**. Journal of Health & Biological Sciences, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i3.1308.p241-246>. Acesso em: 17 de junho de 2020.
- PAIVA, T. **Bom sono, boa vida**. (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro. 331 p. Portugal, 2015.
- PINHEIRO, S.; MACHADO, T.C.; MANOEL, F.; ÁLVARO, C. **Qualidade do sono e sua influência na saúde mental dos acadêmicos de fisioterapia nos diferentes períodos do curso**. Escola de Ciências da Saúde. Curso de Fisioterapia, 2019.
- REIS, M. C.; PINTO JÚNIOR, E. P.; MELO, N. S. A.; RAPOSO, M. T. ; MUNARO, H. L. R. **Condições de saúde e fatores associados a satisfação com a vida em acadêmicos de Fisioterapia**. Revista Saúde.com, v. 12, p. 638, 2016. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/422>. Acesso em 2 de junho de 2020.
- SANTOS, T. C. de M. M. dos; MARTINO, M. M. F. de; SONATI, J. G.; FARIA, A. L. de; NASCIMENTO, E. F. de A. **Qualidade do sono e cronotipo de estudantes de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem (Online), v. 29, p. 658-663, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600658. Acesso em: 1 de junho de 2020.
- SILVA, M. F. **Determinantes da Qualidade do Sono em Estudantes de Enfermagem**. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/70646307.pdf>. Acesso em 3 de junho de 2020.

CAPÍTULO 23

SAÚDE MENTAL E GRUPO TERAPÊUTICO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 24/03/2021

Rene Ferreira da Silva Junior

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, departamento de saúde e serviços
Joinville – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/1033568209575828>

Marlete Scremin

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, departamento de saúde e serviços
Joinville – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/2339199518918174>

Sylmara Corrêa Monteiro

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais, departamento de ensino
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9448114219892741>

Karla Talita Santos Silva

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
Itabirito – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1991947276625004>

Ana Luiza Montalvão Seixas

Faculdade de Saúde Ibituruna
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1406130398343582>

Taysa Cristina Cardoso Freitas

Faculdade de Saúde Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0277963404606486>

Aparecida Samanta Lima Gonçalves

Faculdade de Saúde Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7087896860205994>

Tatiane Cristina dos Santos Michelini Ribeiro

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7087896860205994>

Joice Fernanda Costa Quadros

Faculdade de Saúde Ibituruna
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4666987378014328>

Ana Paula de Oliveira Nascimento Alves

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Diamantina – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4903902610203559>

Suelen Ferreira Rocha

Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3387901300850340>

Neuma Carla Neves Fernandes

Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9184469085584746>

RESUMO: Introdução: os grupos terapêuticos são tecnologias de cuidado essenciais para assistência em saúde mental. Objetivo: descrever a experiência da reativação de um grupo terapêutico para pacientes com sofrimento mental, o grupo Saúde Legal. Metodologia: Tratou-se de um descritivo, tipo relato de experiência

sobre a experiência de um grupo de pesquisa realizado em um município localizado no Norte de Minas Gerais com pacientes com transtorno mental, a amostra foi por conveniência, foram incluídos pacientes que aceitaram o convite de participação e os que não foram localizados na residência após três tentativas de visita domiciliar foram excluídos, foram observados todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. Resultados: O presente relato foi realizado por meio de duas categorias: Apresentação e envolvimento dos usuários e Oficinas. Em seguida, as categorias foram problematizadas e analisadas. Conclusão: Conclui-se que é possível desenvolver medidas na atenção primária voltadas à população com transtorno mental, que apesar do estigma e preconceito aderem com sucesso às ações propostas, devendo sempre respeitar as limitações de cada um. O estabelecimento de vínculo com os usuários é fundamental para a reinserção social dos pacientes com transtorno mental e para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

MENTAL HEALTH AND THERAPEUTIC GROUP

ABSTRACT: Introduction: therapeutic groups are essential care technologies for mental health care. Objective: to describe the experience of reactivating a therapeutic group for patients with mental suffering, the Legal Health group. Methodology: This was a descriptive, type of experience report about the experience of a research group conducted in a municipality located in the North of Minas Gerais with patients with mental disorders, the sample was for convenience, patients who accepted the invitation to participate were included and those who were not located in the residence after three attempts at home visit were excluded, all ethical aspects of research with human beings were observed. Results: This report was conducted through two categories: Presentation and involvement of users and Workshops. Then, the categories were problematized and analyzed. Conclusion: It is concluded that it is possible to develop measures in primary care aimed at the population with mental disorder, which despite the stigma and prejudice successfully adhering to the proposed actions, and must always respect the limitations of each one. The establishment of a bond with users is fundamental for the social reintegration of patients with mental disorders and for the development of the therapeutic relationship.

KEYWORDS: Mental health. The family health strategy. Health education.

1 | INTRODUÇÃO

A partir do nascimento da sociedade moderna, a loucura passou a ser enxergada de uma forma muito diferente. Na Antiguidade e na Idade Média, os chamados loucos gozavam de certo grau de liberdade, muitas vezes circulando e compondo o cenário das linguagens sociais. É verdade que sempre existiram maneiras de encarceramento dos loucos. Desde a Antiguidade, a medicina se ocupava deles; eram também abordados por práticas mágicas e religiosas e muitos, ainda, vagavam pelos campos e pelas cidades. Contudo, nenhuma dessas formas de relação da sociedade com a loucura prevalecia, variando sua predominância consoante as épocas e aos lugares (MINAS GERAIS, 2006).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil caracteriza-se por tentar superar esse cenário historicamente construído de assistência e maus tratos e a elaboração de novos cenários de intervenção terapêutica. Para o Ministério da Saúde a Reforma Psiquiátrica representa um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores sociais e culturais que acontecem em torno do dito “louco” e sua “loucura”, sobretudo, em relação às políticas públicas para trabalhar com a questão. É um processo social e política complexo, formado por atores, instituições e forças de variadas origens, e se insere em territórios diversos, nos três poderes do governo, universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, nas associações de indivíduos com transtornos mentais e familiares, inserindo-se também nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário da sociedade e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Esta nova proposta de atenção à saúde mental tem como princípios fundamentais: organização da atenção à saúde mental em rede, intersectorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção à cidadania e construção de autonomia para pacientes e familiares (BRASIL, 2003).

Houve elevação do acesso à assistência em saúde mental no Brasil, com 63% de cobertura, sendo que a atenção básica é responsável por esse avanço, também houve participação de ações intersectoriais, como por exemplo, a inclusão social por meio do trabalho, assistência social e promoção de direitos. Aproximadamente 16.000 leitos foram desativados de maneira pactuada e programada, devido à baixa qualidade, os hospitais psiquiátricos foram reduzidos e 44% dos leitos de psiquiatria estão localizados em hospitais de pequeno porte. Indivíduos que tiveram um longo tempo de internação foram desinstitucionalizadas (BRASIL, 2010).

Em relação aos recursos financeiros, desde o ano de 2006, os gastos da esfera federal com estratégias extra-hospitalares nessa área elevaram-se em comparação aos gastos hospitalares. Tendo como base o ano de 2009, 67,7% dos recursos financeiros federais para a saúde mental foram direcionados a despesas com ações comunitárias (BRASIL, 2010).

Deve-se redefinir a atenção à saúde mental, colocando um novo paradigma de saúde, tendo a assistência como algo prazeroso para o profissional e para o cliente e não como uma mera obrigação. Há necessidade de reinserção do paciente com transtorno mental em um contexto em que deve-se não só incluí-lo na sociedade, mas permitir a sua autonomia para realizar tarefas e estruturar vínculos afetivos (NEVES, LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Apresenta-se como um desafio a reinserção do paciente com transtorno mental na sociedade e este deve ser apoiado e auxiliado pela Estratégia Saúde da Família (RIBEIRO *et al.*, 2010). As ações de saúde mental na atenção primária devem seguir o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outros níveis de assistência, visando ao estabelecimento de vínculos e acolhimento adequado (BRASIL, 2003).

Uma estratégia que pode ser desenvolvida na atenção básica é o grupo terapêutico que pode ser compreendido como um conjunto de pessoas com problemas similares que se reúnem para a troca de experiências e conhecimentos e aquisição de novas habilidades de superação, na busca de melhores condições de saúde para seus membros. Assim, considera-se que a educação em saúde pode ser favorecida pelo trabalho na modalidade grupal, possibilitando o aprofundamento das discussões referentes às questões de saúde, uma vez que no grupo os participantes podem enfrentar melhor suas limitações, pelo resgate da autonomia e possibilidade de viver de modo mais harmônico com sua condição de saúde (SOARES *et al.*, 2009).

Nesse contexto, inserem-se estratégias tais como visitas domiciliares, educações em saúde e grupos de saúde mental, pois a atenção primária permite o vínculo, a responsabilização e conhecimento da realidade dos usuários possibilitando a atenção ao portador de transtorno de forma contextualizada. Assim, o presente estudo teve como objetivo relatar e descrever a experiência e vivência da reativação de um grupo terapêutico para pacientes portadores de sofrimento mental, o grupo Saúde Legal em uma Estratégia Saúde da Família.

2 | MÉTODOS

Estudo descritivo, tipo relato de experiência sobre a experiência de reativação de um grupo para pacientes com transtorno mental, denominado Saúde Legal em uma Estratégia Saúde da Família em um município do Norte de Minas Gerais.

O grupo terapêutico em questão aborda questões referentes à saúde mental, sobretudo medidas direcionadas à atenção básica, tais como convívio em família e comunidade, utilização de apoio social, construção de vínculo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a importância do uso das medicações e os tratamentos propostos, incluindo consultas, controle de fatores externos, além da promoção de cuidados para prevenção de transtornos psíquicos, como a redução do estresse e oficinas.

O grupo foi criado no ano de 2003, resultado da necessidade de desenvolvimento de estratégias para atenção aos usuários com quadro de transtorno mental, era coordenado pelo enfermeiro e médico da unidade e tinha os agentes de saúde como auxiliares, as reuniões eram mensais com duração de aproximadamente 50 minutos. Foi premiado com a primeira colocação na Jornada Municipal de Atenção Primária no ano de 2004, com exposição de trabalhos artesanais produzidos pelos usuários. O grupo terapêutico foi desativado no ano de 2010, devido à ausência de adesão pelos usuários.

Na proposta do grupo, foi pactuado, em consonância com ao reconhecimento da área, bem como o conhecimento das condições de saúde dos usuários, a agenda de grupos e as educações em saúde a serem realizados. Foi relatado pelos agentes de saúde e enfermeira a experiência do grupo desenvolvido na unidade e a aspiração de reativá-lo,

proposta acolhida pelo grupo, visto que a saúde mental em muitos casos é enxergada de forma fragmentada e com medidas pontuais, além do interesse do grupo para aquisição de conhecimento para atuação qualitativa na área da atenção em saúde mental. O grupo reuniu-se nos meses de outubro e novembro de 2016 no turno vespertino. O presente relato ocorreu em duas fases: apresentação e envolvimento dos usuários e oficinas.

Foram observados os princípios éticos, os participantes ou seus familiares consentiram em que a experiência fosse utilizada para um relato científico, sendo que os dados apresentados procederam de observação simples, registrada através de anotações de campo e de uma enquete com os membros do grupo (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência permitiu perceber que as oficinas terapêuticas no território têm como principais finalidades, sobretudo, promover a reinserção e a relação interpessoal dos pacientes com sofrimento mental, seus familiares e a equipe de saúde. O reconhecimento por parte deles e de seus familiares pela ESF representa uma estratégia de apoio e promoção de cuidados de prevenção e promoção em saúde mental. Assim, a seguir, será relatado a experiência e vivência da reativação de um grupo terapêutico para pacientes com sofrimento mental, problematizando e analisando a mesma, através das categorias apresentadas.

Categoria 1: Apresentação e envolvimento dos usuários

A Unidade Básica de Saúde cenário possui como população adscrita pacientes com diagnósticos de sofrimento mental, dentre os quais, pode-se citar casos de neurose, com destaque à depressão, e casos de psicose com destaque à esquizofrenia.

Em um primeiro momento, os integrantes do grupo participaram ativamente na confecção dos convites para captação dos usuários e fizeram levantamento do perfil dos mesmos. Foram confeccionados crachás e quando o usuário chegava colocava-se o nome dele. O acolhimento aconteceu em uma roda, os pacientes se apresentaram através de uma dinâmica de apresentação, os crachás foram embaralhados e postos em uma caixa de papelão e posteriormente foram aleatoriamente entregues aos pacientes, que assim, falaram se conhecia a pessoa cujo nome estava no crachá e diziam características sobre ele.

Nesta etapa, buscou-se estimular a desinibição e a interação dos participantes, bem como a criação de um vínculo entre os mesmos e os facilitadores da oficina. Durante a confecção dos crachás, observou-se o processo de descontração e introspecção em busca da criatividade de cada um ao conhecer e decorar o nome do outro.

Em estudo realizado através de comparação entre as técnicas usadas para o desenvolvimento de oficinas, observou-se que o momento inicial de descontração ou

aquecimento é essencial para o entrosamento do grupo e para dar continuidade às fases que seguem a oficina (AMARAL *et al.*, 2006).

Participaram das oficinas onze pacientes, distribuídos em dias distintos, sendo nove do sexo feminino, a idade foi compreendida entre 20 a 65 anos. Em sua maioria os pacientes eram aposentados e residiam com familiares, nove eram solteiros e dois casados. Os pacientes mostraram-se afetuosos uns com os outros e com a equipe que desenvolveu o presente trabalho, relataram a necessidade de grupos terapêuticos existentes na unidade para acolher e cuidar dos pacientes com transtorno mental.

Notou-se pelos relatos que são indivíduos adaptados socialmente e que possuem habilidade para manter convívio em comunidade desde que respeitados e que os profissionais tenham como premissa a construção do vínculo, foi relatado à questão do respeito que eles esperavam dos profissionais de saúde. Observou-se ainda um despertar para a autoimagem, por meio do simples fato de apresentarem perante ao grupo a que estão inseridos, bem como por autoafirmarem-se por meio da escrita do nome pelo qual eles gostavam de ser chamados.

Assim, compreendem-se as oficinas como tecnologias do cuidado que tem desfechos favoráveis nesse processo, pois por meio da expressão artística e do trabalho desenvolvido, possibilitam ambientes de socialização, interação entre as pessoas, reconstrução e inserção em sociedade, quando participa dessas oficinas o indivíduo tem a liberdade de para expressão e lidam com seus medos e inseguranças, além de socializar experiências com outros indivíduos (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008).

Categoria 2: Oficina

A utilização de oficinas mostra-se como estratégia de crescimento e reflexão, na qual os participantes são estimulados a criar um conceito sobre si e a defender suas opiniões frente ao grupo, expressando, assim, suas potencialidades, além de possibilitar o lúdico e promover a descontração e a elaboração de vínculos entre os participantes do grupo e os facilitadores das oficinas (AMARAL *et al.*, 2006).

As oficinas foram divididas em três momentos, respectivamente: seleção de matéria prima, confecção dos materiais e apresentação e explicação, as oficinas tiveram duração de uma hora aproximadamente. Os fatores facilitadores do desenvolvimento das oficinas foram a habilidade dos usuários para trabalhos manuais e criação do vínculo e interação entre os usuários e os acadêmicos, o fator dificultador foi o entendimento limitado de alguns usuários.

Depois da apresentação, os participantes foram encaminhados para o local onde aconteceria a oficina e foi explanada a proposta do grupo terapêutico, assim a reunião dos usuários foi dividida em quatro grupos, cada membro deu suporte a um grupo.

A proposta da primeira oficina foi estimular os participantes a resgatar através da confecção de um quadro, momentos de alegria que tinham vivido, pintando um lugar

que mais gostava de ir, a confecção do quadro foi realizada utilizando cartolinas, tintas guache de várias cores e revistas para os usuários recortar gravuras que lembravam o determinado momento ou lugar, promovendo uma ocasião de descontração e bem-estar aos participantes. Observou-se o empenho dos usuários para confecção dos materiais, as pinturas relacionaram-se a natureza e convívio familiar.

Na segunda oficina os participantes foram estimulados a fazer um porta retrato, de seu preferência, sendo utilizado o E.V.A de variadas cores para confecção do mesmo, foi utilizado um molde de porta retrato feito de papelão, cada participante recortou o seu utilizando o molde, os acabamentos foram feitos utilizando miniaturas de flores, corações, laços e fotos de animais, cada participante criou dois porta-retratos.

Após o término da atividade, foi organizado um círculo, cada um expôs e comentou seu trabalho. Os participantes do grupo ficaram surpresos com suas criações, pois muitos pensavam não ter habilidade de desenvolver atividades que envolvessem desenhar, pintar e colar. Através do processo reflexivo buscou-se que os usuários olhassem para seu interior, questionando-se e reconhecendo-se. Essa fase da experiência alertou sobre a importância da capacitação dos profissionais da atenção básica para atenção ao paciente com sofrimento mental, visto que esse paciente possui necessidades específicas.

É importante, ressaltar que o trabalho nas oficinas é positivo para os cuidados em saúde mental, pois um dos objetivos é proporcionar o exercício da cidadania dos indivíduos, se divergirem desse objetivo são apenas mecanismos de aprisionamento, de tratamento moral, entretenimento e ordenação do espaço institucional em semelhança ao modelo médico-asilar (PRATA, 2004). O desafio enfrentado é a do abandono ao referencial “técnico-conceitual e instrumental” de cuidado e a consolidação de outro (modo de atenção psicossocial) almejando a estruturação de uma rede relacional entre os indivíduos, trabalhadores e usuários, e onde este último possa se sentir acolhido, cuidado e respeitado em sua condição e nos seus direitos sobre a assistência e as instituições de atenção à saúde (PRATA, 2004).

4 | CONCLUSÃO

A presente experiência trouxe ao grupo o conhecimento para estratégias na atenção ao usuário com sofrimento mental, elaborando medidas que incluam esse usuário na atenção básica, alertando-se para capacitação dos profissionais.

É possível desenvolver medidas na atenção primária voltadas à população com transtorno mental, que apesar do estigma e preconceito aderem com sucesso às ações propostas, devendo sempre respeitar as limitações de cada um, estabelecendo vínculo com os usuários. É fato que a população com transtorno mental, muitas vezes é excluída do convívio com a sociedade, tendo a Estratégia Saúde da Família um papel importante na socialização desses usuários oferecendo um serviço que atenda às necessidades não só

do paciente mais da família, procurando sempre servir com apoio.

A proposta do grupo é a continuidade do grupo terapêutico, por meio da ação dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e toda equipe. Os enfermeiros como agentes promotores de saúde, devem buscar capacitação para o atendimento das necessidades psicossociais de pacientes e familiares a fim de melhorar sua atuação profissional. A realização do presente relato poderá difundir ainda mais essa estratégia de educação em saúde, estimulando outros serviços e outros profissionais a transformar a realidade positivamente e a edificar um pensamento crítico de valorização do cliente.

REFERÊNCIAS

AMARAL M.A *et al.* **Oficinas de sexualidade: uma abordagem ampliada para se trabalhar com adolescentes.** Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005 out 3-8; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde Mental no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e atenção Básica: vínculo e o dialogo necessários. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, Brasil; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde Mental no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos: resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.**

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte: SES; 2006.

NEVES H.G.; LUCHESE R.; MUNARI D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. Bras. Enferm**, v.63, n.4, p.666-670, 2010.

PRATA N.I.S.S. **As oficinas e o ofício de cuidar.** In: COSTA C.M.; FIGUEIREDO A.C, organizadores. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p.161.

RIBEIRO L.M *et al.* Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm. USP**, 2010, v.44, n.2, p.376-382, 2010.

RIBEIRO L.A.; SALA A.L.B.; OLIVEIRA A.G.B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **Rev. Min. Enferm**, v.12, .4, p. 516-522, 2008.

SOARES L.C *et al.* Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.1, p.118-123, 2009.

SETOR PESQUEIRO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2021

Nathália Leal Nunes da Silva

Acadêmica Curso de Direito da Universidade do Vale do Itajaí, SC

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Docente e pesquisadora da Escola de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, SC

RESUMO: O estudo apresentado neste artigo corresponde a uma revisão integrativa da literatura sobre o setor pesqueiro no Brasil, desenvolvida com o objetivo de identificar os principais problemas envolvendo a pesca artesanal no País, em artigos indexados na base de dados *Scielo* no período compreendido entre 2014 e 2019, e que servirá de ancoragem ao estudo qualitativo realizado com pescadores artesanais de Navegantes-SC, sobre suas condições de trabalho e condições de saúde - trabalho - doença - adoecimento. Foram selecionados 12 artigos completos, com base em descritores associados e critérios de inclusão/exclusão. Princípios do acesso à saúde, as boas condições de trabalho, a justa remuneração e a assistência oferecida através do sistema de políticas públicas foram as temáticas dos artigos escolhidos para compor a revisão. Concluiu-se que o setor pesqueiro no Brasil ainda carece de condições adequadas para o seu regular desenvolvimento e que os pescadores enfrentam diversos problemas diários para a manutenção

desta tradição e meio de subsistência ativo entre as gerações que surgem ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE: Pesca; condições de trabalho; Brasil; revisão acadêmica.

FISHING SECTOR IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The study presented in this article corresponds to an integrative literature review on the fish sector in Brazil, developed with the objective of identifying the main problems involving the artisanal fishing in the Country, in articles indexed in the Scielo database in the period between 2014 and 2019, which will serve as an anchor to the qualitative study accomplished with artisanal fishermen from Navegantes-SC, on their working conditions and health-work-disease-illness conditions. Twelve full articles were selected, based on associated descriptors and inclusion/exclusion criteria. The themes of the articles chosen to compose the review were principles of access to health, good working conditions, fair remuneration and assistance offered through the public policy. It was concluded that the fish sector in Brazil still lacks adequate conditions for its regular development and that fishermen face several daily problems to maintain this tradition and active livelihood among the generations that arise over time.

KEYWORDS: Fish; working conditions; Brazil; academic review.

INTRODUÇÃO

A história do Brasil pode ser contada de

diversas maneiras a depender do enfoque ao qual se pretende dar, pois é de conhecimento não só de seu povo, como também do resto do mundo, que é um país extremamente rico em cultura. Uma de suas heranças e tradições mais fortes desde os primórdios até os dias atuais, é a pesca. Estima-se que há cerca de 1 milhão de pescadores no Brasil, sendo 99% deles enquadrado na pesca artesanal¹, de modo que, em média, um a cada duzentos brasileiros é pescador artesanal.

Segundo o Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA), a pesca artesanal pode ser definida como uma atividade

[...] exercida por produtores autônomos, em regime de economia familiar ou individual, ou seja, contempla a obtenção de alimento para as famílias dos pescadores ou para fins exclusivamente comerciais. É uma atividade baseada em simplicidade, na qual os próprios trabalhadores desenvolvem suas artes e instrumentos de pescas, auxiliados ou não por pequenas embarcações, como jangadas e canoas. Esses pescadores atuam na proximidade da costa, dos lagos e rios. (MPA, 2014).

Assim, apesar da grande quantidade de pessoas que possuem este tipo de trabalho como meio para sua subsistência, ainda são visíveis e perceptíveis inúmeros problemas que cercam o seu exercício, uma vez que a pesca não se constrói a partir de saberes formais, mas tão somente das experiências vivenciadas e passadas de geração para geração.

Sobre este assunto, Ramalho² leciona:

O pescador é sempre resultado de várias gerações, de ancestralidades corporificadas em suas técnicas (manejo das águas, das armadilhas e do barco e formas de sociabilidades) repassadas, aperfeiçoadas e constantemente renovadas nos campos material e simbólico, que são também patrimoniais.

Verifica-se, então, que a ancestralidade é fator fundamental para a perpetuação dos conhecimentos relacionados à laboração da pesca, atuando também como uma forma de proteção ao indivíduo que está iniciando esta atividade, a fim de que possa utilizar-se das técnicas já conhecidas pelos mais experientes para o aperfeiçoamento em sua desenvoltura.

A partir disso, no presente artigo apresenta-se uma revisão integrativa da literatura relacionada ao exercício da pesca artesanal no Brasil, buscando categorizar os principais obstáculos enfrentados pelos pescadores artesanais no dia a dia do setor pesqueiro, através da análise de diversos artigos que contam com pesquisas de campo de populações das mais diferentes localidades do País, através de entrevistas e relatos daqueles que vivenciam na pele o que é ser um pescador artesanal no Brasil de hoje.

A presente pesquisa tem como objetivo responder à pergunta norteadora: Quais são os principais enfoques sobre o setor pesqueiro no Brasil em artigos indexados na base de

1 Comunicação pessoal. Mesa redonda "Desafios para o manejo sustentável da pesca artesanal e de pequena escala". XVI Congresso Brasileiro de Engenharia de Pesca. Belém-PA. 29/11/2011.

2 RAMALHO, Cristiano W. N. Sentimento de corporação, cultura do trabalho e conhecimento patrimonial pesqueiro: expressões socioculturais da pesca artesanal. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza UFC, v. 43, n. 1, jan/jul, p. 08-27, 2012.

dados Scopus, no período compreendido entre 2014 e 2019?

METODOLOGIA

Esse estudo tem por base a seguinte pergunta de pesquisa: “*Quais são os principais enfoques sobre o setor pesqueiro no Brasil em artigos indexados na base de dados Scopus, período 2014 a 2019?*” e vem como uma forma de fundamentação de um estudo qualitativo, parte de uma Iniciação Científica financiada pelo art. 170, realizado com pescadores artesanais de Navegantes-SC, sobre suas as condições de trabalho e condições de saúde-trabalho-doença-adoecimento.

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, método da Prática Baseada em Evidências (PBE) que contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre um tema. Por meio dele, é possível reunir e sintetizar resultados de pesquisas de forma sistemática e ordenada, facilitando a incorporação de evidências no redirecionamento das práticas assistenciais.³ Foram etapas desta revisão: 1 - elaboração da pergunta norteadora, 2 - busca na literatura, 3 - coleta de dados e elaboração de tabela com os dados relativos aos artigos científicos, 4 - análise crítica dos artigos incluídos, 5 - discussão dos resultados e 6 - elaboração do relatório final compondo a síntese qualitativa da literatura.

O levantamento bibliográfico foi feito nas bases de dados Scopus Capes, que possui uma vasta gama de resumos e citações da literatura com revisão por pares, com o objetivo de disponibilizar ferramentas de monitoramento, análise e visualização para a produção de pesquisas do mundo nas mais diversas áreas, tais como ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades.⁴ A busca foi feita simultaneamente por dois revisores, em outubro de 2020.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados entre os anos de 2014 e 2019, em formato de artigo e periódicos revisados por pares. Foram excluídos os seguintes termos: *Ethnobotany*, *Ethnoichthyology*, *Biology*, *Aquaculture*, *Conservation*, *Fish*, *Sciences (General)*, e *Animals*. A chave de busca utilizada foi composta por dois descritores, sendo eles: (“*pescadores artesanais*”) e (“*Brasil*”) utilizados em português, de acordo com a base de dados. O operador booleano “AND” foi utilizado para as combinações.

A busca e seleção dos artigos foi feita por apenas uma pesquisadora. A seleção inicial dos artigos foi feita mediante leitura dos títulos e resumos; caso houvesse dúvida quanto ao conteúdo do artigo, buscou-se realizar leitura na íntegra. Posteriormente, excluiu-se os artigos duplicados e foi feita a leitura minuciosa de cada artigo na íntegra, avaliando sua relação com a temática. Ao final, 12 artigos foram selecionados e organizados em uma tabela com os seguintes dados: autor e ano de publicação, fonte/revista de publicação, título e enfoque principal. Os artigos foram analisados pela técnica de análise temática

3 BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. de A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa em estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

4 ELSEVIER. *Scopus I O maior banco de dados da literatura revisada por pares*. Elsevier.com.

ajustada⁵ que consistiu em leitura fluante do conteúdo e apreensão da temática e do enfoque principal.

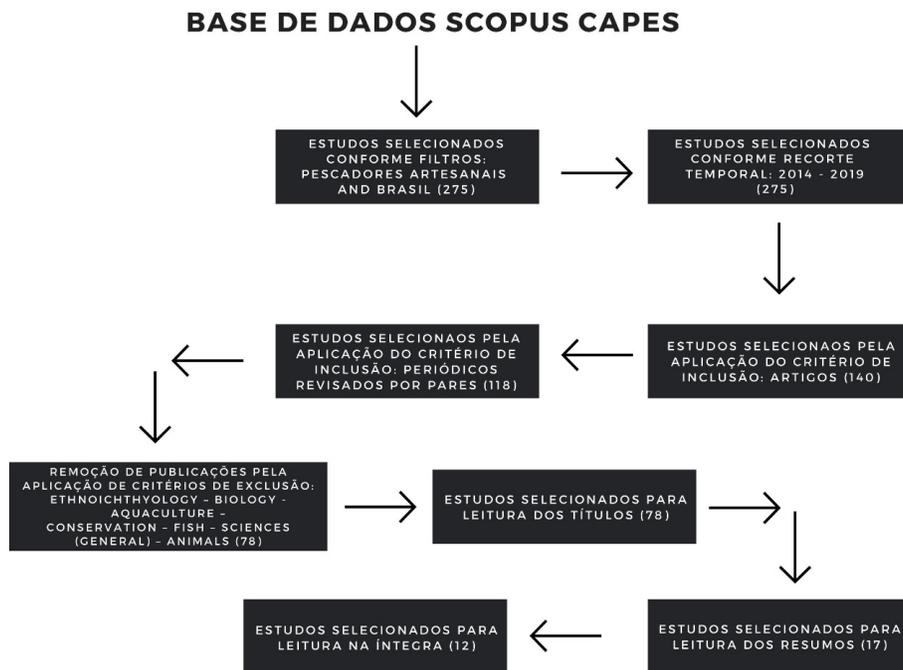


Figura 1: Fluxograma da escolha dos artigos para o desenvolvimento da revisão.

Fonte: Autoria própria.

Autor/Ano	Fonte/ Revista	Título	Enfoque principal
CARVALHO <i>et al</i> , (2014)	Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Por um diálogo de saberes entre pescadores artesanais, marisqueiras e o direito ambiental do trabalho.	Enfoque na reflexão da contribuição do diálogo de saberes entre pescadores artesanais e marisqueiras sobre o direito a um meio ambiente de trabalho saudável na área do direito ambiental do trabalho (DAT) no Brasil.
LEBRE; SCHMITZ JUNIOR; CARVALHO (2014)	Extensio: Revista Eletrônica de Extensão.	Projeto de Extensão Sobre a Segurança da Navegação e a Prevenção de Acidentes na Pesca Artesanal.	Enfoque nos problemas enfrentados pelos pescadores artesanais e os riscos aos quais se expõem durante a prática, que resultaram no projeto de extensão sobre a segurança da navegação realizado pela UFSC.

⁵ Minayo; MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2010.

LIMA <i>et al</i> (2019)	Revista Cadernos de Geografia.	Caracterização socioeconômica e percepção ambiental dos pescadores artesanais do município de Canguaretama, Rio Grande do Norte – Brasil.	Enfoque no perfil socioeconômico, o papel da colônia de pescadores e a percepção ambiental de marisqueiras e pescadores artesanais do município de Canguaretama, estado do Rio Grande do Norte, Brasil.
ANELLO <i>et al</i> (2015)	Revista Brasileira de Ciências Ambientais.	Educação ambiental e participação popular na gestão da cadeia produtiva da pesca artesanal: uma experiência no litoral da Bahia, Brasil.	Enfoque na análise do processo pedagógico elaborado no Projeto Centro Integrado da Pesca Artesanal (CIPAR) Baixo Sul.
FERRAZ; ARRAIS (2014)	Revista HOLOS.	Políticas públicas e capital humano para o desenvolvimento local da pesca artesanal.	Enfoque na identificação e análise das políticas públicas de extensão pesqueira para o desenvolvimento local do Município de Porto de Pedras, Alagoas, entre 2003 e 2009, por meio dos projetos estabelecidos pelo governo.
DOMINGUES; SANTOS; GURGEL, (2014)	Revista Tempus (Brasília, Brazil).	A vulneração socioambiental advinda do complexo industrial portuário de Suape: a perspectiva dos moradores da Ilha de Tatuoca – Ipojuca/PE.	Enfoque na análise do discurso dos moradores da Ilha de Tatuoca sobre o processo de vulneração socioambiental ativo no local.
RIBEIRO; SABOIA; SOUZA (2015)	Revista de pesquisa, cuidado é fundamental.	Impacto ambiental, trabalho e saúde de pescadores artesanais: a educação popular em foco.	Enfoque na discussão das condições de trabalho e saúde de pescadores da Baía de Guanabara – RJ.
SOUZA; ALMEIDA (2018)	Acta Scientiarum. Human and Social Sciences (UEM).	Levantamento socioeconômico dos pescadores da comunidade do Angari.	Enfoque no desenvolvimento socioeconômico dos pescadores artesanais que servem de base para o desenvolvimento de políticas públicas.
PENA; GOMEZ (2014)	Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador.	Enfoque na análise das condições de trabalho e riscos à saúde dos trabalhadores da pesca artesanal e indicação de desafios para implementar ações da VISAT.

GARCIA; FURTADO (2016)	Revista Espaço e Cultura.	A comunidade de pescadores tradicionais de carnaubeiras-araioses-ma: percepções socioambientais e aspectos culturais.	Enfoque na comunidade de pescadores artesanais de Carnaubeiras e na sua vulnerabilidade frente à ausência de políticas públicas efetivas capazes de garantir sua proteção.
CAMPOS; TIMÓTEO; ARRUDA (2018)	Revista Crítica de Ciências Sociais.	A dinâmica da pesca artesanal na Bacia de Campos: organização social e práticas em economia solidária entre os pescadores artesanais.	Enfoque na apresentação dos desafios para a implementação de um projeto de economia solidária junto aos pescadores artesanais da Bacia de Campos, no Brasil, fruto das pesquisas realizadas pelo Projeto PEA Pescarte, uma parceria entre UENF/Petrobrás/IBAMA.
SANTOS <i>et al</i> (2014)	Boletim de Indústria Animal.	Apropriação de áreas de pesca e utilização dos recursos pesqueiros por pescadores artesanais em uma lagoa no sul do Brasil.	Enfoque na pesca artesanal praticada na Lagoa Mangueira, localizada no sul do Brasil, que tem sua porção norte incluída na Estação Ecológica do Taim, unidade de conservação federal.

Quadro 1: Descrição dos artigos finais da revisão.

Fonte: Autoria própria.

RESULTADOS

No primeiro trabalho analisado, produzido por Carvalho *et al.* (2014), foi desenvolvida uma pesquisa através de entrevistas com pescadores artesanais e marisqueiras da denominada Ilha da Maré, localizada na Baía de Todos os Santos, a fim de abordar as questões relativas ao meio ambiente de trabalho e a contaminação que ele sofre, sob uma perspectiva da importância da implementação e atuação do Direito do Trabalho Ambiental – DAT.

Assim, após o diálogo estabelecido com os interessados, evidenciou-se que a questão referente aos direitos reivindicados por tais pescadores e marisqueiras está intimamente ligada à proporcionalização de um meio ambiente de trabalho sadio e seguro, os quais estão abarcados pelo DAT, que começa a se estruturar na sociedade e tomar lugar no meio jurídico com seus relevantes princípios ambientais, de modo que se mostra imprescindível a implementação desse diálogo de saberes com os pescadores e marisqueiras para uma melhor e mais efetiva atuação.

No artigo seguinte, escrito por Lebre, Schmitz Júnior e Carvalho (2014), o enfoque principal foi nas questões envolvendo a segurança da navegação e as formas de evitar acidentes ocorridos na pesca artesanal, de modo que se enumeram uma série de fatores

que contribuem para isso, tais como o trabalho excessivo, uma vez que a pesca artesanal muitas vezes é meio de subsistência daqueles que a praticam, até as condições do mar e da própria embarcação utilizada.

Dessa forma, a pesquisa realizada demonstrou o início da implementação de uma rede de difusão de conhecimento acerca da pesca artesanal e das normas da navegação e do Direito Aquaviário por parte da população e dos próprios pescadores, o que visa estimular projetos e cursos para abordagem e compreensão do tema, a fim de proporcionar a devida importância ao assunto e construir uma cultura de segurança na navegação.

Em análise ao artigo elaborado por Lima *et al.* (2019), cujo enfoque se deu na colônia de pescadores artesanais da cidade de Canguaretama, Rio Grande do Norte, foi realizado um sistema de entrevistas para coleta de dados e de diversos fatores em comum dos moradores, a fim de estabelecer um perfil dos indivíduos e um padrão socioeconômico de quem sobrevive da pesca.

Com isso, após as declarações prestadas pelos entrevistados, a pesquisa concluiu que os pescadores enfrentam as mesmas dificuldades encontradas em outras comunidades pesqueiras, de modo que a pesca não supre mais as necessidades dos que dela sobrevivem, forçando-os a ir em busca de outros meios de subsistência. Além disso, evidenciou-se que as gerações mais jovens não estão seguindo o caminho da pescaria, em razão de uma falta de políticas públicas que os incentive a perpetuação da história e costumes da comunidade.

Já no artigo elaborado por Anello *et al.* (2015), buscou-se como foco o litoral da Bahia, consiste em uma pesquisa acerca da educação ambiental e participação popular na gestão da cadeia produtiva da pesca artesanal, através do Projeto CIPAR – Centro Integrado da Pesca Artesanal, a fim de implementar projetos para maior autonomia e emancipação da comunidade.

Nesta senda, o trabalho realizado resultou em uma parceria com o poder público, que gerou uma gestão participativa da pesca artesanal, aderindo a um processo de educação sobre esse assunto à população, inserindo a consciência de sua autonomia e posição social, inclusive com a criação de um conselho gestor dos pescadores, para discussão acerca dos fatores que permeiam esse modo de vida e subsistência.

Também foi realizada uma análise no trabalho feito por Ferraz e Arrais (2014), que procurou estudar as políticas públicas de extensão pesqueira envolvendo o município de Porto de Pedras, no Alagoas, entre os anos de 2003 e 2009. Os pesquisadores buscaram entender como funciona o desenvolvimento do local nesta área de subsistência, através dos projetos estabelecidos pelo governo.

Por meio de entrevistas realizadas com a comunidade habitante da referida urbe, foram identificados projetos desenvolvidos pela SEAGRI-AL – Secretaria de Agricultura e do Desenvolvimento Agrário do Estado de Alagoas – e pelo MPA – Ministério da Pesca de Aquicultura, sendo que apenas dois deles foram implementados na sua integralidade,

o que, somados a outros fatores apresentados pelos moradores do local, levaram a conclusão de que a falta de políticas públicas eficientes para os pescadores artesanais, se traduzirá em uma continuidade na prática dessa atividade, todavia, sem, contudo, transformar esse desenvolvimento em uma forma de riqueza social, econômica e cultural para esses pescadores.

O próximo artigo selecionado, escrito por Domingues, Santos e Gurgel (2014), também trata de um estudo com pescadores artesanais, porém dessa vez na Ilha de Tatuoca/PE, que é considerada uma Área de Preservação Ambiental Permanente (APP), e enfrenta problemas em virtude da expansão do Complexo Industrial e Portuário de Suape, o qual tem causado a desterritorialização das famílias que lá habitam.

Dito isto, foi realizada uma análise sobre os aspectos subjetivos da população exposta aos problemas, de modo que se concluiu que os problemas enfrentados pelos moradores do local advêm de duas situações, quais sejam, de atividades econômicas exploratórias, as quais causam grandes impactos no modo de vida da comunidade, e da omissão do Estado, que deixa uma lacuna na regulamentação dessas atividades, bem como carece da implementação de políticas públicas eficientes para aprimoramento e melhora na qualidade de vida dos pescadores artesanais e de toda a população da Ilha de Tatuoca.

Outro trabalho selecionado para a presente revisão, escrito por Ribeiro, Saboia e Souza (2015), traz uma pesquisa com 35 pescadores artesanais da Baía de Guanabara, no Rio de Janeiro, onde foram realizadas pesquisas para compreender um pouco melhor como funciona o estilo de vida dessa comunidade, além das questões que permeiam a saúde e a segurança do meio ambiente laboral.

Com as respostas e relatos apresentados pelos referidos pescadores, foi possível concluir que, apesar das dificuldades e falta de suporte que eles enfrentam no seu dia a dia, esses trabalhadores ainda possuem um enorme prazer e uma grande satisfação na atividade que escolheram exercer em suas vidas, de modo que compartilham ricas experiências e se orgulham da união e liberdade que carregam na sua jornada com os colegas. Todavia, veem-se necessárias ações para ampliar a segurança e saúde dos pescadores, bem como a instituição de educação e conhecimento para uma melhor qualidade de vida e de trabalho.

Já no artigo escrito por Souza e Almeida (2018), o enfoque recai sobre a comunidade de pescadores artesanais de Angari/BA, com o objetivo de realizar um levantamento socioeconômico dessas pessoas e sua capacidade de resiliência, através do sistema de entrevistas, com cerca de 80 (oitenta) pescadores, onde foram coletados diversos dados referentes à vida e cotidiano na comunidade.

Assim, a partir das informações coletadas na pesquisa, evidenciou-se que a tradicional atividade da pesca vem perdendo sua capacidade de perpetuação, gerando uma insegurança nos mais velhos, de modo que têm incentivado as novas gerações ao estudo, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida. Mais do que isso, os pescadores

têm se filiado a Colônia Z-60 para obter um apoio econômico, em virtude dos tempos difíceis.

Como solução para tais problemas, a pesquisa finaliza esclarecendo que o material obtido com a elaboração do estudo é de extrema relevância para o desenvolvimento de políticas públicas que possam beneficiar esses pescadores, de forma a colaborar para a redução dos impactos ambientais e sociais ali presentes, a fim de permitir o sustento da comunidade com os lucros da atividade pesqueira.

Na sequência, foi realizada a leitura do artigo escrito por Pena e Gomez (2014), que versa sobre as condições de trabalho e riscos à saúde dos trabalhadores da pesca artesanal e dos principais desafios encontrados para implementação de ações da VISAT-Vigilância em Saúde do Trabalhador. Para isso, foram feitas uma série de pesquisas, as quais incluem entrevistas junto às comunidades de pescadores da Bahia.

A vista disso, o trabalho realizado e as informações coletadas possibilitaram demonstrar que há uma lacuna enorme no que tange às políticas públicas ligadas principalmente à saúde dos pescadores, os quais convivem diariamente com mais de trinta doenças relacionadas ao trabalho. Desse modo, as condições de vida e de bem-estar dessa categoria se mostram extremamente afetadas, evidenciando-se uma urgência na efetivação de ações da VISAT, bem como na redução da jornada excessiva de trabalho e acesso ao SUS, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Outro artigo analisado foi o escrito por Garcia e Furtado (2016), que possui enfoque nos pescadores artesanais da região de Carnaubeiras, localizada no leste do Maranhão, a qual possui a pesca como principal fonte de sustento econômico e cultural, e que vem encontrando problemas frente aos próprios obstáculos encontrados na pesca artesanal e a gestão da Reserva Extrativista Marinha do Delta do Parnaíba.

Após a realização dos estudos naquela região, verificou-se que há vários problemas ocorrendo, alguns relacionados a pesca em si, como a diminuição de peixes no local, e outros ligados as políticas públicas não efetivas, o que só aumenta a sensação de insegurança e miséria dos moradores de Carnaubeiras, além do confronto evidente entre o modo de vida e de trabalho da pesca tradicional aplicado pelos pescadores e a gestão da RESEX, que não os tem o respeitado.

Destarte, toda essa situação emblemática e caótica acaba por prejudicar na sua grande maioria o lado mais fraco da história, qual seja, os pescadores artesanais, que se veem obrigados a trabalhar de forma excessiva e se expor diariamente a riscos provenientes da falta de suporte e apoio necessários para a realização de seu labor nas melhores condições possíveis, recebendo uma quantia irrisória pelo trabalho gerado, e contribuindo, assim, para as circunstâncias precárias da região, que depende direta e efetivamente dessa atividade.

Em seguida, foi analisado o artigo escrito por Campos, Timóteo e Arruda (2018), que visa abordar as possibilidades e os desafios da implementação de um projeto de economia

solidária junto aos pescadores artesanais da Bacia de Campos, que fica no Estado do Rio de Janeiro. O estudo parte do Projeto de Educação Ambiental Pescarte – PEA Pescarte, e provém de ações realizadas no campo em um período de 24 meses, entre os anos de 2014 e 2016, utilizando como abordagem os relatos dos pescadores locais e suas famílias.

Com isso, através da parceria estabelecida entre a Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, a Petrobrás e o IBAMA, a pesquisa mostrou que a grande maioria dos pescadores não possui a confiança necessária no Estado, de forma que tornam dificultosa a cooperação, embora reconheçam que esse é o único caminho para fortalecer a categoria, todavia não possuem os meios necessários para colocar isso em prática ainda.

Em contrapartida, a PEA Pescarte possibilitou a esse grupo o poder de fala e de serem ouvidos, após anos sendo silenciados diante das dificuldades econômicas e sociais que enfrentam. Assim, o cenário mostra-se favorável a uma amplificação das viabilidades da configuração de empreendimentos solidários entre os pescadores artesanais da Bacia de Campos, de modo que pode vir a resultar em uma significativa alteração na sua realidade socioeconômica.

Por fim, o artigo escrito por Santos *et al.* (2014) aborda a apropriação de áreas de pesca e a utilização dos recursos pesqueiros na Lagoa Mangueira, localizada no Rio Grande do Sul, a qual possui uma parte inclusa na Estação Ecológica de Taim, uma unidade de conservação federal. Para isso, foi utilizado o sistema de entrevistas com os pescadores da região, a fim de estabelecer um perfil socioeconômico e angariar os principais problemas enfrentados por este grupo em suas atividades laborais.

Após a realização da fase de pesquisa de campo, o estudo concluiu que a pesca é uma das principais fontes de renda do local, e que vem sendo passada através das gerações como forma de subsistência, incluindo todas as suas peculiaridades e tradições. Em virtude disso, verifica-se que a grande exploração pesqueira ocorrida na região pode resultar em um comprometimento no ciclo reprodutivo da fauna local, o que inevitavelmente acabará afetando a sustentabilidade da pesca.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa de literatura desenvolvida sobre as condições de trabalho e condições de saúde-trabalho-doença-adoecimento dos pescadores artesanais no Brasil trouxe à tona uma série de dificuldades encontradas por este setor diariamente, e evidenciou a falta de políticas públicas eficientes capazes de lhes proporcionar um meio adequado e seguro de labor.

Entretanto, é possível observar o surgimento de inúmeros projetos provenientes de iniciativas de parceria entre Universidades e o Governo a fim de eliminar tais lacunas através da realização de trabalhos desenvolvidos a partir do meio mais eficaz de identificar

e categorizar os principais problemas enfrentados pelos pescadores: entrevistando-os.

A partir disso, conclui-se que a associação entre a implementação de políticas públicas e a árdua luta traçada por esta categoria para a sua sobrevivência é apenas o início de um longo caminho a ser enfrentado, objetivando a manutenção da pesca artesanal como meio de subsistência e como uma forma de tradição e cultura a ser repassada para futuras gerações.

REFERÊNCIAS

ANELLO, Lucia de Fátima Socoowski de *et al.* (2015). Educação ambiental e participação popular na gestão da cadeia produtiva da pesca artesanal: uma experiência no litoral da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Ambientais** (Online), n. 37, p. 58-71, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3uhcJ4j>. Acesso em: 2 mai 2021.

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. de A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa em estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Acesso em: 2 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. **Lei nº 11.959**, de 29 de junho de 2009 Constitui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável da Aquicultura e da Pesca, regula as 134 atividades pesqueiras, revoga a Lei no 7.679, de 23 de novembro de 1988, e dispositivos do Decreto-Lei nº 221, de 28 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3uaW6XR>. Acesso em: 1 mai 2021.

CAMPOS, Mauro Macedo; TIMÓTEO, Geraldo Márcio; ARRUDA, Ana Paula Serpa Nogueira de. A dinâmica da pesca artesanal na Bacia de Campos: organização social e práticas em economia solidária entre os pescadores artesanais. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], n. 116, p. 71-102, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3aYc2VR>. Acesso em: 2 mai 2021.

CARVALHO, Ingrid Gil Sales; RÊGO, Rita de Cássia Franco; LARREA-KILLINGER, Cristina; *et al.* Por um diálogo de saberes entre pescadores artesanais, marisqueiras e o direito ambiental do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4011-22, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3nD7tFx>. Acesso em: 1 mai 2021.

Comunicação pessoal. Mesa redonda "**Desafios para o manejo sustentável da pesca artesanal e de pequena escala**". XVI Congresso Brasileiro de Engenharia de Pesca. Belém-PA. 29/11/2011.

DESLANDES, Sueli Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. Disponível em: <https://bit.ly/3e6ptoB>. Acesso em: 1 mai 2021.

DOMINGUES, Renata Cordeiro. **A Vulneração socioambiental advinda do Complexo Industrial Portuário de Suape: a perspectiva dos moradores da Ilha de Tatuoca**. 2014. 30 f. TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, PE, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3eKQ5uz>. Acesso em: 1 mai 2021.

ELSEVIER. **Scopus I O maior banco de dados da literatura revisada por pares**. Elsevier.com. Disponível em: <https://www.elsevier.com/pt-br/solutions/scopus>. Acesso em: 11 abr. 2021.

FERRAZ, João Henrique De Melo; ARRAIS, Fellipe Neri de Oliveira. Políticas públicas e capital humano para o desenvolvimento local da pesca artesanal. **HOLOS**, v. 5, p. 283-300, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3gNpdge>. Acesso em: 1 mai 2021.

GARCIA, Maria Rodrigues; FURTADO, Marivânia Leonor. A comunidade de pescadores tradicionais de Carnaubearas-Araioses-MA: percepções socioambientais e aspectos culturais. **Espaço e Cultura** (UERJ), v. 1, p. 181-202, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2PHjehM>. Acesso em: 2 mai 2021.

LEBRE, Eduardo Antonio Temponi; SCHMITZ JUNIOR, Miguel João; CARVALHO, Renato Miranda. Projeto de Extensão Sobre a Segurança da Navegação e a Prevenção de Acidentes na Pesca Artesanal. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 11, n. 17, p. 141-51, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3nC5Wj0>. Acesso em: 1 mai 2021.

LIMA, Thaís Bezerril Brandão de; SILVA, Márcia da; GUIMARÃES, Rodrigo; *et al.* Caracterização socioeconômica e percepção ambiental dos pescadores artesanais do município de Canguaretama, Rio Grande do Norte – Brasil. **Cadernos de Geografia**, n. 40, p. 67–78, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3h2kcAF>. Acesso em: 2 mai 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed., São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3e6ptoB>. Acesso em: 20 mai 2021.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; GOMEZ, Carlos Minayo. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, v.19, n.12, p.4689-98. Disponível em: <https://bit.ly/3vF9oMy>. Acesso em: 2 mai 2021.

RAMALHO, Cristiano W. N. Sentimento de corporação, cultura do trabalho e conhecimento patrimonial pesqueiro: expressões socioculturais da pesca artesanal. **Revista de Ciências Sociais**. v. 43. n. 1, jan/jul: Fortaleza: UFC, 2012. p. 08-27.

RIBEIRO, Crystiane Ribas Batista; SABÓIA, Vera Maria; SOUZA, Dayane Knupp de. Impacto ambiental, trabalho e saúde de pescadores artesanais: a educação popular em foco. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, n. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 2835-45. Disponível em: <https://bit.ly/2RiO7cH>. Acesso em: 1 mai 2021.

SANTOS, Jackes Douglas Manke dos. **Apropriação das áreas de pesca e uso dos recursos pesqueiros da Lagoa Manguieira por pescadores artesanais**. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado em Zootecnia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3eJw7QV>. Acesso em: 1 mai 2021.

SOUZA, Israel Vieira de; SILVA, Tamara de Almeida. Levantamento socioeconômico dos pescadores da comunidade do Angari. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 40, n. 3, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3gTa7pC>. Acesso em: 1 mai 2021.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2020) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Editora Atena.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 56, 90, 93, 100, 116, 122, 126, 180, 181, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 218, 220

Agente comunitário de saúde 174, 176, 178, 179, 184

Ambiente escolar 53, 58, 62, 193

Amputação 149, 150, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 159

Arteterapia 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43

Assoalho pélvico 130, 131, 132, 133, 134, 137, 138

B

Bexiga hiperativa 7, 8

C

Cetoacidose diabética 44, 45, 46

Cuidado paliativo 94, 99

D

Diabetes mellitus 48, 51, 52, 149, 150, 153, 154, 155, 156, 159, 160

Doença falciforme 195

E

Educação 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 51, 53, 62, 63, 64, 76, 77, 100, 108, 111, 112, 113, 118, 120, 125, 128, 163, 166, 168, 174, 179, 182, 184, 186, 205, 216, 217, 219, 223, 228, 230, 231, 233, 234, 235

EPI 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140

F

Fisioterapia 1, 2, 3, 4, 5, 131, 140, 213, 214, 215

Fobia social 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 58

G

Gestação 130, 131, 132, 135, 136, 137, 138

Goalball 64, 65, 66, 67, 68, 74, 75, 76, 77

H

Hipossuficiência 161, 167

Hipotireoidismo 45, 46, 48, 49, 51

J

Judicialização 161, 162, 163, 165, 167, 168

L

L-PRF 27, 28, 29, 30, 31

O

Odontologia 27, 28, 30, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88

Onabotulinumtoxina 7

Osteomielite multifocal crônica 195, 196

P

Paciente oncológico 94, 95, 100

Parkinson 1, 2, 3, 4, 5, 6

Parto 130, 131, 132, 133, 134, 137, 138

Períneo intacto 130, 132

Pesca 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235

Psicologia 34, 41, 43, 53, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 101, 119, 127, 128, 147, 148, 194

Q

Qualidade de vida 1, 2, 3, 5, 8, 17, 18, 25, 33, 41, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 100, 131, 141, 142, 145, 146, 164, 166, 187, 200, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 214, 231, 232

S

Saúde mental 42, 50, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 141, 142, 146, 147, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223

Segurança do paciente 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114

Sono 2, 48, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215

T

Transplante de órgãos 103, 104, 105, 106, 109, 111, 113

Transtorno de ansiedade social 32, 34, 35, 39, 40, 41

Trato urinário 204

U

Ulceração 50, 149, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160

V

Violência de gênero 53, 59, 61



CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 3



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 3



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



facebook.com/atenaeditora.com.br