



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **4**

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021



As ciências da saúde
desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **4**

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

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 Rural 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

As ciências da saúde desafiando o status quo: construir habilidades para
vencer barreiras 4

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Isabelle Cerqueira Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 As ciências da saúde desafiando o status quo: construir habilidades para vencer barreiras 4 / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-359-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.597210908>

1. Saúde. I. Sousa, Isabelle Cerqueira (Organizadora).
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

O VOLUME 4 da coletânea intitulada: **“As Ciências da Saúde desafiando o status quo: construir habilidades para vencer barreiras”** é uma obra bastante rica em conhecimentos sobre assuntos referentes a Saúde e qualidade de vida do idoso, de indivíduos portadores de Parkinson, será discutido também uma revisão de literatura sobre o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), a visão que as famílias têm sobre a criança pós diagnóstico da Síndrome de Down, bem como apresenta um Estudo de caso de uma paciente portadora do transtorno do espectro autista, com base no prontuário odontológico de uma Clínica Escola de Vitória (Espírito Santo).

Essa obra também possibilita o estudo sobre temas relacionados ao Ensino em saúde, como por exemplo: - A Educação interprofissional e a formação de professores para indução de mudanças na formação de profissionais em saúde; - A Fonoaudiologia e o Programa saúde na escola em um município do sul do Brasil; - Comportamento suicida entre acadêmicos das ciências da saúde; - Estratégias de estudo e aprendizagem de discentes de um curso de Fonoaudiologia que utiliza metodologias ativas de ensino; - Fitoterapia racional, interlocução ensino, pesquisa e extensão na graduação; - Instagram como tecnologia educativa na promoção da saúde mental; - Vigorexia: os padrões da sociedade e a influência da mídia; - Sofrimento mental em âmbito acadêmico: percepção de estudantes do centro de ciências da saúde de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro; - Um olhar além da terapia fonoaudiológica: relato de experiência realizado por duas acadêmicas; - Apontamentos sobre procedimentos metodológicos de um projeto de extensão popular em saúde.

Além disso, esse volume apresenta uma ampla contextualização das seguintes temáticas: - Fatores predisponentes a Síndrome de Burnout em enfermeiros que trabalham na urgência e emergência; - O papel do estresse e da abordagem psicológica na compreensão e tratamento da dor; - Segurança do paciente hospitalizado: risco de quedas; - Análise do desempenho de força e flexibilidade em bailarinos amadores; - Fatores biomecânicos da saída do bloco da natação que influenciam no desempenho do nadador; - Instrumentos avaliativos de biomecânica de tornozelo em atletas; - Envolvimento da relação cintura/quadril na recuperação autonômica do ritmo cardíaco após exercício moderado.

A leitura é algo importante na nossa vida, ler estimula a criatividade, trabalha a imaginação, exercita a memória, contribui com o crescimento tanto pessoal como profissional, melhora a escrita, além de outros benefícios, então a Atena Editora deseja uma excelente leitura a todos.


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A COMPLEXIDADE DA SAÚDE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM LAR DE LONGA PERMANÊNCIA

Laís Góes de Oliveira Silva

Hilda Juliana Matieli

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109081>

CAPÍTULO 2..... 7


ANÁLISE DA HABILIDADE DE IDOSOS COM A PRÁTICA DE JOGO VIRTUAL REMOTO

Marina Valentim Di Pierro

Étria Rodrigues

Érico Chagas Caperuto

Susi Mary de Souza Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109082>


CAPÍTULO 3..... 23

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA VOLTADA AO ATENDIMENTO DO IDOSO

Larissa Santana Barbosa

Viviane Maia Barreto de Oliveira

Guilherme Andrade Meyer


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109083>

CAPÍTULO 4..... 33

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA GERONTOFOBIA

Cásio Carlos Pereira Barreto


Ana Karina da Cruz Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109084>

CAPÍTULO 5..... 48

EFEITOS DO EXERCÍCIO AERÓBICO EM PACIENTES IDOSOS COM DAP (DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA): REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bruna Maria Luna Oliveira Lira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109085>

CAPÍTULO 6..... 61

FONOAUDIOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Frances Tockus Wosiacki

Ana Cristina Guarinello

Adriele Barbosa Paisca


Telma Pelaes de Carvalho

Ana Paula Hey

Débora Lüders

Roberta Vetorazzi Souza Batista


Giselle Aparecida de Athayde Massi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109086>

CAPÍTULO 7..... 81

QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE SAÚDE EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE PARKINSON


Cristianne Confessor Castilho Lopes
Thaine Andressa Ruschel
Daniela dos Santos
Marilda Moraes da Costa
Paulo Sérgio Silva
Tulio Gamio Dias
Eduardo Barbosa Lopes
Lucas Castilho Lopes
Laísa Zanatta
Joyce Kelly Busolin Jardim
Caroline Lehen
Vanessa da Silva Barros
Liamara Basso Dala Costa
Heliude de Quadros e Silva
Youssef Elias Ammar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109087>

CAPÍTULO 8..... 93

TRANSTORNO Opositor Desafiador: Uma Revisão Literária


Caroline Saraiva Machado
Palloma de Sousa Silva
Rômulo Sabóia Martins
Rowena Torres Castelo Branco
Yndri Frota Faria Marques
Virgínia Araújo Albuquerque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109088>

CAPÍTULO 9..... 96

O Impacto da Notícia Referente à Síndrome de Down e a Visão que as Famílias têm sobre a Criança Pós Diagnóstico

João Batista Porto Lima Filho
Ana Cristina Guarinello
Tânia Maestrelli Ribas
Adriele Barbosa Paisca
Rosane Sampaio Santos
Giselle Aparecida de Athayde Massi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5972109089>

CAPÍTULO 10..... 107

Estudo de caso de uma paciente portadora do transtorno do espectro autista, com base no prontuário odontológico de uma clínica escola


DE VITÓRIA-ES

Danielle Karla Garioli Santos Schneider

Giulia Koehler Miranda Simões

Marina Bragatto Rangel Nunes

Henrique de Souza Chaves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090810>

CAPÍTULO 11..... 120

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE PARKINSON: UM RELATO DE CASO

Rayssa da Silva Araújo

Bianca Lethycia Cantão Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090811>

CAPÍTULO 12..... 128

A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA INDUÇÃO DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE

Nilva Lúcia Rech Stedile


Suzete Marchetto Claus

Karina Giane Mendes

Simone Bonatto

Eléia de Macedo

Emerson Rodrigues da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090812>

CAPÍTULO 13..... 141

A FONOAUDIOLOGIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Lígia Alves do Nascimento

Karin Cristina Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090813>


CAPÍTULO 14..... 147

COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE ACADÊMICOS DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Camila Izar

Eduardo José Legal

Armando Macena de Lima Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090814>

CAPÍTULO 15..... 162

ESTRATÉGIAS DE ESTUDO E APRENDIZAGEM DE DISCENTES DE UM CURSO DE FONOAUDIOLOGIA QUE UTILIZA METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO


Raphaela Barroso Guedes Granzotti

Eder Julio Martins Pereira

Gabriela Pimentel Figueira Cardoso

Wictor Aleksandr Santana Santos


Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César
Priscila Feliciano de Oliveira
Ariane Damasceno Pellicani
Rodrigo Dornelas
Kelly da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090815>

CAPÍTULO 16..... 176

FITOTERAPIA RACIONAL, INTERLOCUÇÃO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO: UMA EXPERIÊNCIA NO ENSINO DE GRADUAÇÃO


Angela Erna Rossato
Luana Pereira da Rosa
Beatriz Rohden Carvalho
Vanilde Citadini-Zanette
Juliana Lora

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090816>

CAPÍTULO 17..... 187

INSTAGRAM COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Híara Rose Moreno Amaral
Tiffany Andrade Silveira Rodrigues
Priscila Guilherme de Jesus
Maria do Livramento Lima da Silva
Joyce Mazza Nunes Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090817>

CAPÍTULO 18..... 200

VIGOREXIA: OS PADRÕES DA SOCIEDADE E A INFLUÊNCIA DA MÍDIA


Bárbara Mendes Dodt Cetira
Caline Mariane Vieira Dantas
Ticiania Siqueira Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090818>

CAPÍTULO 19..... 206

SOFRIMENTO MENTAL EM ÂMBITO ACADÊMICO: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO


Maxwell de Souza Faria
Jacqueline Fernandes de Cintra Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090819>

CAPÍTULO 20..... 220

UM OLHAR ALÉM DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA REALIZADO POR DUAS ACADÊMICAS


Gislaine de Borba
Jaqueline de Souza Fernandes
Roxele Ribeiro Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090820>

CAPÍTULO 21.....227

FATORES PREDISPONETES A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA


Joanderson Nunes Cardoso
Patrícia Silva Mota
Shady Maria Furtado Moreira
Regina Petrola Bastos
Uilna Natércia Soares Feitosa
Izadora Soares Pedro Macêdo
Edglê Pedro de Sousa Filho
Maria Jeanne Alencar Tavares
Kamila Oliveira Cardoso Morais
Davi Pedro Soares Macêdo
Maria Solange Cruz Sales de Oliveira
Igor de Alencar Tavares Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090821>

CAPÍTULO 22.....238

O PAPEL DO ESTRESSE E DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA NA COMPREENSÃO E TRATAMENTO DA DOR


Marilene de Araújo Martins Queiroz
Lais Martins Queiroz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090822>

CAPÍTULO 23.....246

SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO: GESTÃO DO RISCO DE QUEDAS


Luciana Guimarães Assad
Luana Ferreira de Almeida
Abilene do Nascimento Gouvea
Elizete Leite Gomes Pinto
Ana Lucia Freire Lopes
Nicolle da Costa Felicio
Catarina Dupret Vassallo de Abreu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090823>

CAPÍTULO 24.....258

ANÁLISE DO DESEMPENHO DE FORÇA E FLEXIBILIDADE EM BAILARINOS AMADORES

Carolina Rocha Diniz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090824>

CAPÍTULO 25.....273

FATORES BIOMECÂNICOS DA SAÍDA DO BLOCO DA NATAÇÃO QUE INFLUENCIAM


NO DESEMPENHO DO NADADOR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Anderson D' Oliveira

Roberta Forlin

Suzana Matheus Pereira

Marcelo de Oliveira Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090825>

CAPÍTULO 26.....286

INSTRUMENTOS AVALIATIVOS DE BIOMECÂNICA DE TORNOZELO EM ATLETAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA


Cinthia de Sousa Gomes

João Marcos Freitas dos Reis

Lenise Ascensão Silva Nunes

Herman Ascensão Silva Nunes

Gabriela Amorim Barreto Alvarenga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090826>

CAPÍTULO 27.....299

ENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO CINTURA/QUADRIL NA RECUPERAÇÃO AUTONÔMICA DO RITMO CARDÍACO APÓS EXERCÍCIO MODERADO

Vinicius Ferreira Cardoso

Andrey Alves Porto

Luana Almeida Gonzaga

Cicero Jonas R. Benjamim

Lidiane Moreira Souza

Isabela de Pretto Mansano

Ismael Figueiredo Rabelo


Amanda Nagáo Akimoto

Rayana Loch Gomes

Rafael Luiz de Marco

Rafaela Santana Castro

Vitor Engrácia Valenti


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090827>

CAPÍTULO 28.....311

APONTAMENTOS SOBRE PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO POPULAR EM SAÚDE

Vamberto Fernandes Spinelli Junior

Lidiane Cavalcante Tiburtino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59721090828>

SOBRE A ORGANIZADORA.....322

ÍNDICE REMISSIVO.....323

CAPÍTULO 1

A COMPLEXIDADE DA SAÚDE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM LAR DE LONGA PERMANÊNCIA

Data de aceite: 02/08/2021

Laís Góes de Oliveira Silva

Universidade de Franca (UNIFRAN)
Franca, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7494020942990324>

Hilda Juliana Matieli

Universidade de Franca (UNIFRAN)
Franca, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4154576558278256>

RESUMO: Objetivo: Compreender os processos de independência e autonomia após idosos se instalarem em um ambiente institucionalizado.

Métodos: Trata-se de um relato de experiência, conduzido com 12 indivíduos, de ambos os sexos, acima de 65 anos. Foram investigados, presencialmente, por meio de anamnese, abordagem de suas principais queixas, com destaque para suas comorbidades, uso de medicamentos e aplicação do Mini Exame do Estado Mental. **Relato de Experiência:** estudo conduzido por um grupo de 7 acadêmicos do 6º período do curso de Medicina de uma universidade privada do interior de São Paulo e confeccionado a partir das entrevistas com inúmeros idosos da instituição estudada. A fim de refletir sobre as vantagens e desvantagens da institucionalização de idosos rumo à formação de um médico generalista que, em um futuro não tão distante, deverá estar apto para atender cada vez mais e mais idosos, visto que o país se encontra em um processo íngreme de longevidade.

Considerações Finais: O presente estudo pode

notar que os idosos institucionalizados passam por um longo e constante processo de adaptação, no qual são alterados inúmeros âmbitos de suas vidas, como mudanças no contexto social, queda do estado de saúde físico e mental, perda da independência e autonomia, bem como limitações socioeconômicas e ambientais.

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de Longa Permanência Para Idosos, Longevidade, Saúde do Idoso.

THE COMPLEXITY OF HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE IN LONG-STAY HOME

ABSTRACT: Objective: To understand the processes of independence and autonomy after elderly people settle in an institutionalized environment. **Methods:** This is an experience report, conducted with 12 individuals, of both sexes, over 65 years old. They were investigated, in person, through anamnesis, approach to their main complaints, with emphasis on their comorbidities, use of medications and application of the Mini Mental State Examination. **Experience report:** a study conducted by a group of 7 academics from the 6th period of the medical course at a private university in the interior of São Paulo and made from interviews with countless elderly people at the institution studied. In order to reflect on the advantages and disadvantages of institutionalizing the elderly towards the training of a general practitioner who, in the not-so-distant future, should be able to serve more and more elderly people, since the country is in a process steep for longevity. **Final Considerations:** The present study can note that institutionalized

elderly people go through a long and constant process of adaptation, in which numerous areas of their lives are changed, such as changes in the social context, falling physical and mental health status, loss of independence and autonomy, as well as socioeconomic and environmental limitations.

KEYWORDS: Long-Term Institution for the Elderly, Longevity, Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

A longevidade tem provocado alterações fundamentais na vida das pessoas e famílias brasileiras, bem como estabelecendo rearranjos e responsabilidades familiares. De uma população majoritariamente jovem em um passado bem próximo, é visto, nos dias atuais, um número cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais, REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (RBGG).

Paralelamente a isso, ainda existe a incapacidade da família de encontrar alguém que se responsabilize pelo cuidado do idoso. Aumenta, então, a procura de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) que ofereçam cuidados necessários para o ele, suprimindo a falta de suporte familiar e social (RBGG).

Durante o mês de agosto, o grupo de acadêmicos de Medicina do 6º período, analisou inúmeros idosos com dores crônicas, além do perfil cognitivo dos mesmos. Esses idosos estão institucionalizados no centro de longa permanência, Lar de Ofélia, em Franca - SP. Para muitos idosos, esse aumento da longevidade tem sido acompanhado de um declínio do estado de saúde físico e mental, presença de múltiplas doenças crônicas, perda de independência e autonomia, e limitações socioeconômicas e ambientais, que são fatores associados à limitação da capacidade funcional dos idosos.

Apesar das ILPI's prezarem pelo bem-estar do idoso, este ainda continua a enfrentar mudanças decorridas da institucionalização e muitas vezes não aceitam ao meio em que foi inserido. Consequentemente, a transição vivenciada, muitas vezes devido à saída do meio familiar, afeta a identidade dos idosos. Estes, por sua vez, podem desenvolver estratégias frente ao processo de adaptação, dentre elas destacam o retraimento sobre si mesmo, conversão, anonimato e diferenciação (Faria, 2015).

Além disso, é importante reconhecer o contexto emocional e social do idoso, porque isto influenciará diretamente no seu processo de adaptação e de interação social com os outros institucionalizados. Portanto, é necessário atentar-se no motivo pelo qual este idoso deu entrada à instituição e se de forma passiva (por escolha da família) ou de forma ativa (por livre escolha) (Faria, 2015).

RELATO DE EXPERIÊNCIA


Durante o mês de agosto de 2018 foram realizadas três visitas na Instituição de Longa Permanência para Idosos, na cidade de Franca, na qual há idosos com

diferentes comorbidades, condições socioeconômicas, estilos de vida, modo de pensar e particularidades. Um ponto vantajoso desta instituição é que, além de oferecer abrigo aos idosos, realiza também a assistência médica deles. Os moradores do lar são divididos em alas, ocorrendo de três formas: uma feminina, outra masculina e também outra de acordo com o grau de comprometimento psicológico de determinados indivíduos.

Conta ainda com uma equipe multidisciplinar que atua no cuidado destes idosos institucionalizados. O Lar possui enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, cuidadores, nutricionista, fisioterapeutas e fonoaudiólogo; desta forma, sabe-se que esta equipe desempenha um importante papel na qualidade de vida destes idosos.

Para cumprir os objetivos, o grupo dividiu-se em dois subgrupos para realizar atendimentos médico sob supervisão da preceptora. Este atendimento foi composto de anamnese, que abordava as principais queixas; levantamento de doenças prévias e atuais, bem como uso de medicamentos. Juntamente a isto, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. O diagnóstico de demência tem como base a presença de declínio da memória e de outras funções cognitivas. O MEEM é a escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada com essa finalidade. (Almeida, 1998).

Quadro 1 – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que ano estamos?
	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
Em que cidade nós estamos?	
Em que estado nós estamos?	
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPE'TIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHH, Okamoto JH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

Figura 1. Formulário de avaliação do estado geral.

Fonte: Escola Paulista de Enfermagem (ACTA).

DISCUSSÃO

Através dos atendimentos realizados em alguns dos idosos da instituição e do conhecimento da dinâmica do abrigo, nota-se um contexto de ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que acolhe e abriga, também reduz a independência e autonomia de seus moradores. E, não só isso, também reduz, inevitavelmente, o convívio familiar do idoso com seus entes queridos.

No entanto, para compreender melhor os idosos institucionalizados, é preciso conhecer, também, a história de vida de cada um para que haja melhor compreensão dos fatores desencadeadores que preonizam seus vínculos familiares, sociais, econômicos e até mesmo apreensões. Tudo isso é de extrema relevância, já que, é com base nestas experiências que se compreende como cada idoso lida diante de um cenário novo na vida.

O presente estudo confere uma consideração sobre a institucionalização no quesito das necessidades dos idosos, das percepções que eles trazem sobre si e sobre como

eles veem a institucionalização e a ILPI. Nesse sentido, poderá contribuir que a equipe de saúde, multidisciplinar, se atente ao atendimento individualizado e forneça sempre a maior qualidade e empatia possível.

Logo, é necessário considerar o idoso como autônomo de sua própria vida e que toda decisão relacionada a ele seja mútua: a partir de suas perspectivas e com sua participação, os profissionais da saúde participam de forma a auxiliar e fornecer os riscos-benefícios de suas escolhas, seja promovendo e/ou estimulando atividades que prevaleçam a independência e autonomia de cada idoso institucionalizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada idoso deve ser avaliado individual e rotineiramente para que suas características sejam compatíveis com as do abrigo. Assim, ambos têm a contribuir mutuamente: o idoso participa da dinâmica do local e, a instituição, agrega e revigora as capacitações dele para que este seja sempre um indivíduo o mais autônomo possível e ativo nas decisões que se tratam de si mesmo.

REFERÊNCIAS

1. al., M. A. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15, 786.
2. al., G. M. (16 de Maio de 2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2.
3. Almeida, O. P. (1998).
4. Bessa MEP. Idoso institucionalizado e a compreensão do seu cotidiano. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2007
5. Cavalcanti, A. D. Envelhecimento e institucionalização: uma revisão bibliográfica à luz da promoção da saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 16.
6. Duarte, L. M. (2014). O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO E AS TERRITORIALIDADES: ESPAÇO COMO LUGAR? *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*, 19.
7. Faria, C. G.. Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31.
8. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM. *Idoso asilado, um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs; 2004. p.13-60
9. Juliana Cassiano Lemos, J. D. (2009). *EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: ESSENCIAL PARA O CUIDADO DOS IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA*. Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem.

10. Ministério da Saúde. (2006). Cadernos de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (1 ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
11. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? Rev Bras Enferm. 2014;67(5):773-9
12. Rezende JM. Linguagem médica: "institucionalização" do idoso.
13. WHO. (s.d.). World Health Organization. The World Health Report 2002 .
14. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, C. L. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista Escola de Enfermagem USP, 41.

ANÁLISE DA HABILIDADE DE IDOSOS COM A PRÁTICA DE JOGO VIRTUAL REMOTO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 28/04/2021

Marina Valentim Di Pierro

Curso de Fisioterapia - Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde - Universidade
Presbiteriana Mackenzie - SP
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6632676893164638>

Étria Rodrigues

Curso de Fisioterapia - Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde - Universidade
Presbiteriana Mackenzie – SP
São Paulo – SP
<https://orcid.org/0000-0001-8887-771X>

Érico Chagas Caperuto

Curso de Fisioterapia - Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde - Universidade
Presbiteriana Mackenzie – SP
São Paulo – SP
<https://orcid.org/0000-0001-7766-7506>

Susi Mary de Souza Fernandes

Curso de Fisioterapia - Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde - Universidade
Presbiteriana Mackenzie – SP
São Paulo – SP
<https://orcid.org/0000-0003-3826-6675>

RESUMO: Introdução: Com o envelhecimento o desempenho motor se deteriora e contribui para perdas funcionais comprometendo a autonomia e a qualidade de vida. Sabe-se que a prática de exercícios pode controlar tais perdas e estimular

habilidades em idosos. **Objetivos:** Verificar a habilidade de idosos com a utilização de jogo virtual remoto durante a pandemia de COVID-19.

Métodos: Estudo transversal, com 43 idosos, de ambos os sexos, 18 homens com idade média 65,61(±5,52) anos e 25 mulheres com idade média 68,04(±6,75) anos, em isolamento social durante a pandemia de COVID-19. Os participantes foram submetidos a um protocolo de jogos de Realidade Virtual de modo remoto utilizando o jogo *MoveHero*. Para a inclusão no estudo preencheram uma ficha com perfil sociodemográfico; condições gerais de saúde; perfil tecnológico; e avaliação cognitiva. Foi utilizado o jogo na posição sentada, três partidas, nas fases 1 e 2. As pontuações das partidas foram analisados para avaliar a habilidade por meio de teste estatístico Anova de medidas repetidas e duas vias e adotado nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Houve melhora na habilidade em todo o grupo observado na pontuação média nas três partidas, com diferença maior da 1ª para 3ª partida ($p=0,00$). Ao analisar os valores médios obtidos na pontuação por sexo os homens apresentaram maior desempenho ($852,3 \pm 106,3$) quando comparados as mulheres ($344,8 \pm 64,2$) com diferença estatisticamente significativa $p=0,00$. **Conclusão:** O jogo de realidade virtual promoveu melhora na habilidade de idosos observada na melhora do desempenho nas pontuações.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Envelhecimento. Isolamento social.

ANALYSIS OF ELDERLY SKILLS WITH THE REMOTE VIRTUAL GAME PRACTICE

ABSTRACT: Introduction: With aging, motor performance deteriorates and contributes to functional losses, compromising autonomy and quality of life. It is known that exercise can control such losses and stimulate skills in the elderly. Objectives: To verify the ability of the elderly with the use of remote virtual game during the COVID-19 pandemic. Methods: Cross-sectional study with 43 elderly people, of both genders, 18 men with a mean age of 65.61 (\pm 5.52) years and 25 women with a mean age of 68.04 (\pm 6.75) years, in social isolation during the COVID-19 pandemic. Participants were submitted to a Virtual Reality game protocol remotely using the MoveHero game. For inclusion in the study, they filled out a form with a sociodemographic profile; general health conditions, technological profile, and cognitive assessment. The game was used in the sitting position, three games, in phases 1 and 2. The scores of the games were analyzed to assess the ability through statistical test Anova of repeated measures and two ways and adopted a significance level of $p < 0.05$. Results: There was an improvement in skill in the entire group, observed in the average score in the three matches, with a greater difference from the 1st to the 3rd match ($p = 0.00$). When analyzing the average values obtained in the score by sex, men showed a higher performance (852.3 \pm 106.3) when compared to women (344.8 \pm 64.2) with a statistically significant difference $p = 0.00$. Conclusion: The virtual reality game promoted an improvement in the ability of the elderly observed in improving performance in the scores.

KEYWORDS: COVID-19. Aging. Social Isolation.

1 | INTRODUÇÃO

A população mundial encontra-se em uma rápida transição do perfil demográfico e epidemiológico, em decorrência da mudança nos indicadores de saúde, como a queda das taxas de fecundidade e mortalidade, e o aumento da expectativa de vida (CLOSS, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a população acima de 60 anos será de 2 bilhões até 2050 (BEZERRA *et al.*, 2018). No Brasil a porcentagem de idosos é de 12,5%, mas estima-se que até 2050 será de 30%, sendo classificada como uma nação velha. Essa classificação é dada pela OMS aos países com mais de 14% de população idosa (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE – OMS)

Diversos estudos reconhecem os benefícios da prática de atividades físicas regular no aumento da expectativa de vida e na manutenção da capacidade funcional do idoso (JESUS *et al.*, 2017). Igualmente, referem que os idosos apresentam capacidade para aprendizado de uma nova habilidade semelhante aos adultos jovens (BEZERRA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a inovação tecnológica tem influenciado de modo significativo o campo da saúde, disponibilizando equipamentos e/ou novas técnicas na perspectiva de prolongamento da vida, da cura de doenças e da diminuição da incapacidade (LORENZETTI *et al.*, 2012).

Em meio a pandemia do COVID-19, foi necessário a adoção de medidas de distanciamento social, que no Brasil entrou em vigor em 12 de março de 2020 (BRASIL, 2020) mudando profundamente a vida das pessoas. Em especial, a população idosa, mais suscetível a essa infecção. Se por um lado a medida protege a população idosa, por outro emprega deterioração física e psicológica (COSTA *et al.*, 2020; PAVÓN *et al.*, 2020). Com isso aumenta, também, o sentimento de solidão, que pode se manifestar em todas as fases da vida, mas principalmente na velhice.

A COVID-19 apresenta taxas de mortalidade maiores em idosos com percentuais variáveis entre 3,6% e 14,8%, sendo a população com maior risco e, portanto, que deve se precaver ainda mais no isolamento social. Esse isolamento causa impactos fisiológicos e psicológicos e principalmente nos idosos pode gerar problemas relacionados a falta de mobilidade (COSTA *et al.*, 2020).

Os exercícios físicos auxiliam no combate a doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, ansiedade e em perdas naturais ao envelhecimento, como por exemplo a sarcopenia. Com o distanciamento social muitos idosos diminuíram a prática de atividade física diária para muito pouco ou nada, agravando ou até mesmo desenvolvendo problemas de saúde, o que mostra que a falta de mobilidade é um problema que deve ser solucionado com base no atual ambiente dos idosos (PAVÓN *et al.*, 2020).

Na perspectiva de diminuir a incapacidade estimulando a movimentação, os jogos de videogame vêm sendo utilizados. Conhecidos como *Exergames* os jogos combinam tecnologia com exercício físico e permitem a transferência da movimentação real para o virtual de forma dinâmica e divertida, tornando os indivíduos mais ativos. Com esses jogos é possível que o indivíduo alcance a recomendação de atividade diária de forma prática e ainda desenvolva habilidades motoras úteis para sua vida diária (MEDEIROS *et al.*, 2017).

De modo semelhante, Bezerra *et al.*, (2018) reconhecem os efeitos dos jogos de realidade virtual, porém referem que a utilização na população idosa está associada ao tratamento de doenças cognitivas e/ou motoras.

Com o isolamento social mudanças fisiológicas e psicológicas ocorrem alterando a rotina do indivíduo e medidas de suporte para tal devem ser implantadas (COSTA *et al.*, 2020). Uma dessas formas de suporte pode ser o teleatendimento autorizado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da resolução nº 516 de 23 de março de 2020, para dar continuidade ao tratamento daqueles que já estavam em progresso ou iniciar um novo tratamento na atenção primária para evitar o desenvolvimento de comorbidades. Um dos meios para esse fim é a utilização de *exergames* de modo remoto.

Diante da atual situação de pandemia resultando em distanciamento social e menor nível de atividade física entre os idosos tornou-se relevante verificar a habilidade de idosos saudáveis na prática de *exergames*, em uma plataforma de jogos online, observada pelo desempenho na pontuação obtida entre as tentativas do jogo e nas possíveis diferenças

na habilidade entre os sexos na perspectiva de organizar programas preventivos futuros baseados em evidências científicas.

2.1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que faz parte de um projeto de pesquisa multidisciplinar em andamento, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa e Aplicação Tecnológica (PATER) da Escola de Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) intitulado: Realidade Virtual em deficientes físicos: proposta de intervenção e prática. Com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. CAAE: 03851012.7.0000.5390. O grupo desenvolve jogos de reabilitação e disponibilizou durante a quarentena o uso do jogo *MoveHero* para ser aplicado em diferentes faixas etárias e condições de saúde, cujo delineamento segue sumarizado na figura 1.

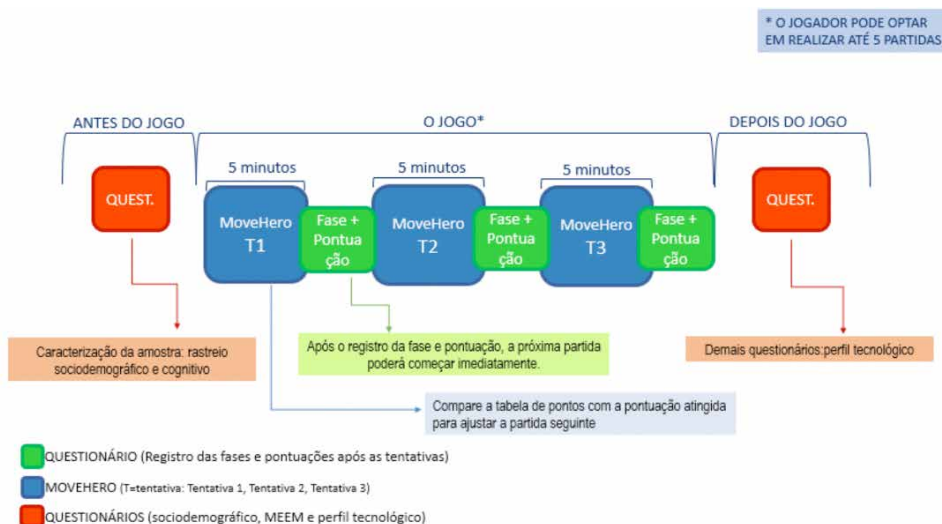


Figura 1. Desenho do protocolo.

Fonte: Fornecida pelo grupo PATER e adaptada pelo autor (2020).

2.1 Participantes

A amostra foi constituída por idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 a 80 anos, recrutados por meio de redes sociais. Aqueles que se candidataram foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: 1) ter idade maior ou igual a 60 anos e inferior a 80 anos; 2) apresentar saúde cognitiva que permita a compreensão das etapas e obtenha pontuação igual ou acima de 24 pontos no Mini Exame do Estado Mental; 3) estar em isolamento domiciliar; 4) ter acesso a internet com *notebook* ou *desktop* com *webcam*; 5) por questões de segurança ter algum familiar ou cuidador próximo com domínio das tecnologias, caso os

idosos apresentassem dificuldades; 6) concordância por meio de aceite eletrônico do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão foram considerados: 1) desistir de participar durante o protocolo e 2) não compreender os comandos necessários para execução das tarefas propostas.

2.2 Instrumentos de avaliação

2.2.1 Caracterização da amostra

O recrutamento dos participantes da pesquisa ocorreu por divulgação nas redes sociais. Foram convidados a participar idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 a 80 anos. Aqueles que manifestavam interesse em participar do estudo, recebiam uma vídeo chamada no aplicativo *WhatsApp* na qual eram informados sobre os objetivos e todas as etapas do estudo. Os que concordaram em participar recebiam o TCLE eletrônico para confirmar a participação. Em seguida eram convidados a responder um questionário subdividido em três etapas: (1) rastreio sociodemográfico; (2) rastreio tecnológico; (3) rastreio cognitivo, a fim de preencher os critérios de inclusão.

1. Rastreio Sociodemográfico: Foi elaborado pelo próprio autor um questionário que contempla duas seções: I – Dados pessoais e sociodemográficos, tais como: identificação, idade, gênero, peso, atividade remunerada; II – Condição de Saúde: presença de doenças, solidão subjetiva durante o período de isolamento social, autopercepção da saúde realizado por meio de perguntas elaboradas pelo avaliador e prática de atividade física.
2. Rastreio Tecnológico: Foi elaborado pelo próprio autor um questionário que contempla a afinidade e usabilidade de dispositivos e recursos tecnológicos na vida diária, tais como: computador, celular, vídeo game, entre outros.
3. Rastreio Cognitivo: Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM): considerado um índice de rastreio de perda cognitiva e, tradicionalmente usado como medida da função cognitiva em estudos com adultos, validado para a população brasileira. Contém questões agrupadas em sete categorias com respectiva pontuação, a saber: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), habilidade de linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. O ponto de corte mais utilizado para indicar comprometimento cognitivo que merece investigação é de 24 (CHAVES, 2006). Sendo aplicado de forma adaptada devido ao teleatendimento, sendo aplicada via chamada de vídeo, na qual as perguntas eram realizadas pelo terapeuta

e as questões que envolviam alguma atividade além de resposta oral, foi orientada pelo terapeuta, acompanhada a realização e verificado o resultado via a mesma chamada de vídeo.

Em seguida, aqueles que preencheram os critérios de inclusão realizaram o protocolo do jogo no computador. Os questionários e coleta de dados dos jogos foram realizados no mesmo dia em uma única chamada de vídeo com duração média de 1h30 sendo de 1 a 2 pacientes por dia.

2.2.2 Coleta de dados

Aqueles que preencheram os critérios de inclusão foram submetidos ao jogo *MoveHero*, cujo objetivo é interceptar as bolas que caem em quatro posições diferentes, presentes em dois níveis de altura, sendo dois ao lado esquerdo e dois ao lado direito do participante, no momento exato que atingirem o alvo. Cada partida conta com uma música selecionada pelo avaliador com duração de 5 minutos. O jogo apresenta a silhueta da imagem (avatar) do participante no monitor do notebook, permitindo que o avaliado possa observar seus movimentos.

O jogo oferece feedback com efeitos sonoros e visuais para acertos e erros. As tentativas de tocar na bola antes que atinjam o alvo, são representadas através de um X no alvo correspondente, já as bolas corretamente tocadas são ilustradas por meio de uma explosão na cor azul no alvo correspondente e por fim, as bolas que ultrapassarem os alvos sem serem tocadas pelo participante são ilustradas por meio de uma explosão na cor vermelha no alvo correspondente, além do surgimento de duas barras também na cor vermelha paralelamente aos alvo. A pontuação é representada no canto inferior esquerdo da tela, sendo que para cada acerto são pontuados 10 pontos, conforme demonstrado na figura 2.

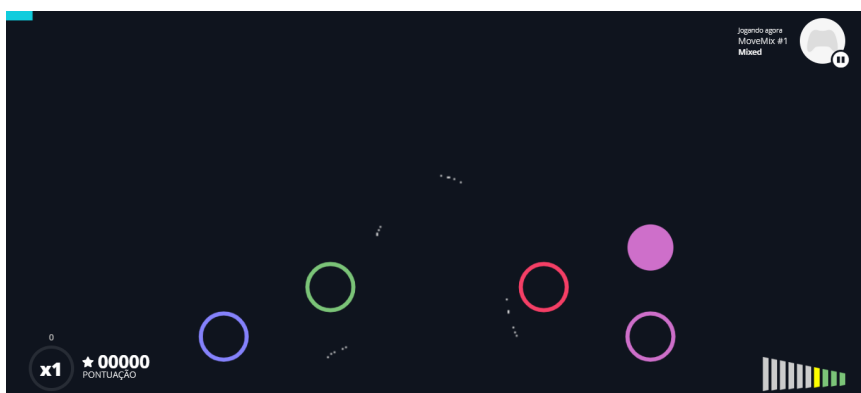


Figura 2. Captura da tela do jogo *MoveHero*.

A tarefa foi realizada em ambiente sem ruídos e bem iluminado, com o participante sentado confortavelmente em cadeira adequada ao seu tamanho, com o notebook ou desktop à sua frente apoiado em uma superfície estável, em uma distância aproximada de 1,5 m do monitor. A mão do avatar teria que alcançar os alvos quando as bolas estivessem encaixadas nos mesmos, conforme demonstra a figura 3.

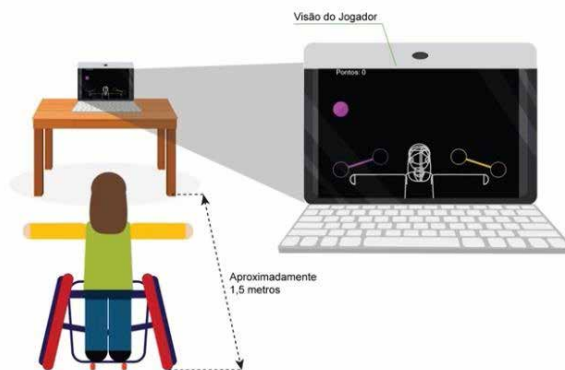


Figura 3. Distância e posicionamento dos braços.

Durante o protocolo de jogo foi utilizada uma ficha para preenchimento das pontuações em cada fase.

2.2.3 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada em um único dia por videoconferência por meio de vídeo chamada no aplicativo *WhatsApp*, com duração média de 1 hora e 30 minutos e ocorreu no período de 31 de março de 2020 a 05 de junho de 2020.

Após a fase inicial de inclusão no estudo, os participantes foram orientados verbalmente a realizar os ajustes necessários para execução do jogo (posicionamento e ajustes do ambiente), e para os participantes idosos a orientação foi passada em conjunto com o familiar/cuidador. Na sequência, era solicitado que o participante realizasse o cadastro do login, a saber: (1) entrar no site <https://movehero.com.br/>; (2) clicar em criar conta; (3) clicar em criar conta novamente; (4) preencher o nome do jogador, o campo “código do projeto” poderia estar em branco; cadastrar o e-mail e senha e por fim, (5) clicar em criar. As etapas são demonstradas na figura 4.

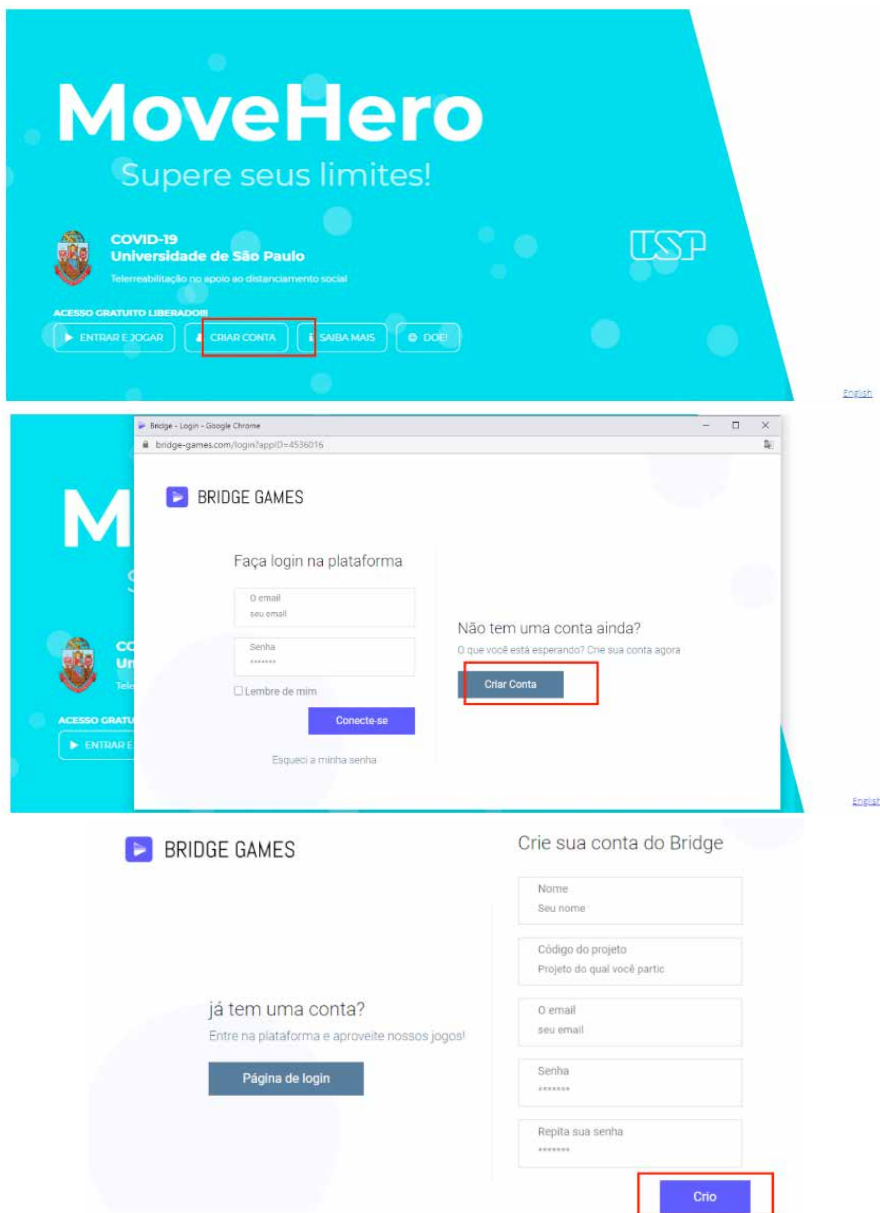


Figura 4. Captura das etapas para o cadastro do login do participante.

Após efetuar o cadastro da conta, o participante era instruído a entrar com o login recém criado na tela inicial do site na opção - “entrar e jogar”. Antes de iniciar o protocolo, realizou-se a configuração do jogo da seguinte forma: (1) tela inicial: clicar em jogar; (2) protocolos; (3) clicar no símbolo de configurações; (4) tema opcional – claro ou escuro, controle - *webcam*, dificuldade - médio, erro ao antecipar - ativado e efeitos visuais - inativado e por fim, (5) clicar em prosseguir, como demonstrado na figura 5.



Figura 5. Captura da tela de configuração do jogo.

Ao finalizar a configuração, o participante foi orientado a retornar a página inicial do site para dar continuidade clicando na fase #01, iniciando de forma automática uma contagem regressiva de 5 segundos para início do jogo. Foi padronizado nesse protocolo as fases de 1 a 3, consideradas de execução mais fáceis, com duração de até 5 minutos para cada fase. O avanço ou o recuo das fases foi determinado pela tabela de pontos (figura 6), sendo iniciada sempre pela fase 1 e avançada para a fase 2 somente quando a pontuação atingisse 310 pontos ou mais, a evolução da fase 2 para a fase 3 ocorreu de forma semelhante, entretanto, a pontuação exigida foi de 360 pontos ou mais. Ao final de cada partida, o participante era orientado a registrar a fase e a pontuação atingida no questionário.

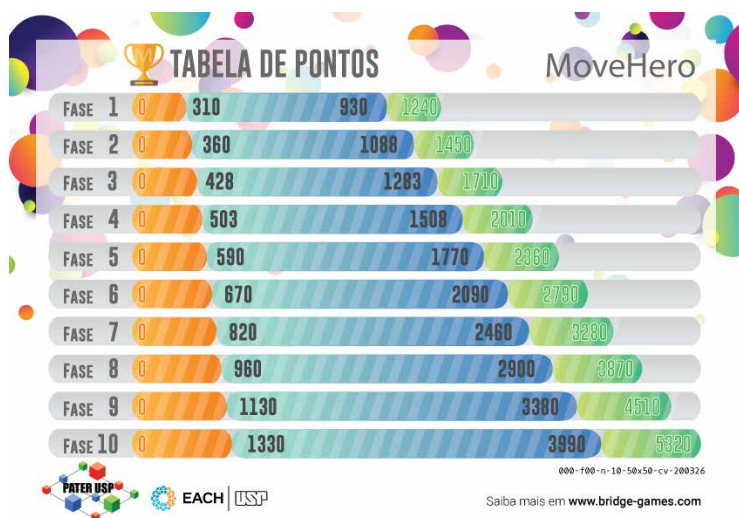


Figura 6. Tabela de Pontos.

2.2.4 Análise de dados

Realizou-se análise descritiva para caracterização da amostra. Os dados serão apresentados em valores de média e desvio padrão. Para análise da habilidade foi considerado o desempenho no jogo consideradas as variáveis dependentes: médias de escores das três tentativas e idade. Foi utilizado o teste estatístico Anova de medidas repetidas e de duas vias com intervalos construídos com 95% de confiança estatística e definido um nível de significância de 0,05 (5%). E utilizado o *software SPSS (Statistical Package for Social Science)*.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo se referem a 43 idosos. Desses 25 eram mulheres com média de idade de 68,04 (\pm 6,75) anos e 18 homens com média de idade 65,61 (\pm 5,52) anos. As demais características sócio demográficas e condições de saúde se encontram sumarizadas na tabela 1

VARIÁVEIS	N	%
Feminino	25	58,1
Masculino	18	41,8
ETNIA	N	%
Branca	27	62,7
Negra	3	6,9
Parda	13	30,2
ASSISTÊNCIA MÉDICA PÚBLICA	N	%
Sim	34	79
Não	9	21
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA	Sim	Não
Feminino	19	6
Masculino	14	4
INTERRUPÇÃO ATIVIDADE FÍSICA DURANTE ISOLAMENTO	N	%
Feminino	5	26,3
Masculino	12	85,7
DOENÇAS PRÉ EXISTENTES	N	%
Sim	12	28
Não	31	72
ESCOLARIDADE EM ANOS	N	%
0 a 8 anos	4	11
Mais de 8 anos	16	42
6 a 11 anos	10	26

12 anos ou mais	1	2
Não responderam	7	18

Tabela 1: Características sócio demográficas da mostra (n=43).

Nesse estudo, a população feminina foi maior, mais velha e com mais relatos de doença pré-existente quando comparada a masculina. Esse achado encontra apoio na literatura sobre envelhecimento populacional. Os estudos apontam que as mulheres apresentam maior longevidade e com essa condição aumenta a prevalência de comorbidades (JESUS *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Outro achado relevante deste estudo se refere a inatividade física durante o isolamento. Nota-se que uma parcela significativa dos idosos, principalmente entre os homens, abandonaram as atividades físicas nesse momento. A inatividade física é um fator importante que agrava as perdas funcionais (TRALDI, SANTOS, 2015; SOARES, 2014).

Em estudo realizado por Tomiki *et al.* (2016) os autores compararam dois grupos para verificar o efeito do exercício na capacidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos. No qual um grupo foi submetido a um protocolo de exercícios físicos, com frequência de três vezes por semana, durante doze semanas e o grupo controle não realizou nenhum tipo de intervenção. Os resultados para as variáveis avaliadas foram melhores no grupo intervenção em comparação ao grupo controle. Os autores concluíram que o programa de exercícios físicos proposto foi eficaz na melhora do equilíbrio corporal, no desempenho em tarefas funcionais e, conseqüentemente, se configura como um fator protetivo diante da incapacidade.

Para atender aos objetivos do estudo foi verificado a habilidade por meio do desempenho na pontuação obtida considerando as três partidas no total de participantes, conforme exposto na tabela 2.

Partidas	Média	DP	P-valor
1	431,3	62,2	,010**
2	614,5	79,4	,018**
3	749,7	80,0	0,00**

* DP= desvio padrão.

** Significância estatística $p < 0,05$.

Tabela 2: Diferença no desempenho considerando a média de pontuação total obtida em cada uma das três partidas (n=43).

Os resultados revelam aumento na pontuação média obtida nas três tentativas. Em adição, nota-se que a pontuação obtida da primeira para a terceira tentativa foi aumentando sugerindo melhora no desempenho e conseqüentemente, aquisição de habilidade. Com

isso pode-se inferir que com a prática do jogo os idosos foram aprendendo a executar os movimentos em realidade virtual.

Esses achados encontram apoio na literatura no qual indicam que os idosos apresentam capacidade de adquirir novas habilidades assim como adultos jovens, que podem repercutir na autonomia e melhora a qualidade de vida dos idosos (BEZERRA *et al.*, 2018 SHMUELOF *et al.*, 2012).

A aquisição de uma habilidade motora é caracterizada pelo processo no qual os movimentos, que se deseja treinar, são executados com mais rapidez e precisão com a prática (SHMUELOF *et al.*, 2012). O uso de tecnologias em saúde, com esse fim otimizam os processos terapêuticos e preventivos nos cuidados a saúde da população (ROSA *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que ao final do estudo os idosos participantes foram questionados se utilizariam o jogo como meio de realizar atividade física ou em uma sessão de fisioterapia. Dos 43 participantes, n= 41 (95%) responderam que utilizariam e apenas n=2(5%) responderam que não utilizariam. Esses achados encontram apoio no estudo de Medeiros *et al.*, (2017) no qual relatam que a utilização de *Exergames* motivam e facilitam o desempenho das habilidades.

Para verificar se houve diferença na aquisição de habilidade entre mulheres e homens, considerando o desempenho por valores médios da pontuação total obtidos nas três partidas de jogo conforme apresentado na tabela 3.

Sexo	N	Média	DP	P-valor
Feminino	25	344,8	64,2	,000**
Masculino	18	852,3	106,3	,000**

* N= participantes; DP= desvio padrão.

** Significância estatística $p < 0,05$.

Tabela 3: Diferença no desempenho por sexo considerando a média de pontuação total obtida entre as três tentativas (n=43).

Quando observamos a tabela 3, embora o desempenho em ambos os sexos aumentou a partir da primeira tentativa, nota-se que os homens apresentaram desempenho médio superior quando comparado as mulheres, mesmo o grupo masculino com menor número de participantes. Tal fato, pode estar relacionado a fatores biológicos e culturais da diferença entre gêneros.

Nesse estudo, as mulheres são mais idosas, apresentam mais comorbidades e nível cognitivo inferior aos homens o que corrobora com outros estudos que referem diferenças no desempenho motor e funcional ao comparar homens e mulheres devido a características fisiológicas diferentes (ANDREIS *et al.*, 2018).

Em adição, a longevidade nas mulheres contribui para aumento da prevalência de

doenças crônicas não transmissíveis, a fragilidades, a demências, menor força muscular e menor densidade óssea quando comparado aos homens (ALEXANDRE *et al.*, 2014).

Além disso, muitos dos indivíduos hoje idosos viveram experiências de trabalho e culturais diferentes em relação a gênero, fatores que podem influenciar no desempenho (ANDREIS *et al.*, 2018).

Esse estudo alcançou os objetivos ao apresentar a habilidade de idosos em jogos virtuais realizados de modo remoto. Igualmente, apresentou o teleatendimento como uma opção de incentivo a movimentação e atividade física corroborando com Pavon *et al.*, (2020) que afirmam a importância de adaptações para manutenção da atividade física durante o período de isolamento social para evitar as repercussões da imobilidade em idosos.

Contudo, a dificuldade imposta pelo distanciamento social em utilizar métodos de avaliação diretos, o tamanho da amostra não homogênea para gênero e a variabilidade na idade entre os participantes não nos permite generalizações dos achados.

De modo semelhante, é importante retratar que o desenho do estudo foi de corte transversal o que limita conclusões sobre a efetividade na aquisição da habilidade. Uma vez que para a consolidação da memória motora é necessário verificar a habilidade após o treinamento repetidos (ROMANO *et al.*, 2010).

Dessa forma, os resultados apresentados demonstram a importância do incentivo a mobilidade em idosos, visto que isso garante independência, autonomia e manutenção da qualidade de vida e como a tecnologia utilizada de modo remoto pode ser um grande aliado para realização e manutenção de protocolos de tratamento em pacientes idosos como forma complementar da terapia presencial.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção com *exergames* de modo remoto mostrou-se efetiva em relação a habilidade de idosos, visto houve melhora do desempenho do jogo entre as tentativas para ambos os sexos.

A melhora na habilidade foi maior da primeira para a terceira tentativa confirmando a eficácia do treinamento para melhora no desempenho.

O desempenho dos homens foi maior quando comparado as mulheres sugerindo maior habilidade desse grupo com o jogo virtual.

Conclui-se que a tecnologia em saúde utilizada de modo remoto é um campo que pode ser explorado em benefício da população idosa como forma de prevenir imobilidade e auxiliar no tratamento, oferecendo continuidade ao tratamento presencial.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Tiago da Silva et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 379-389, São Paulo, Jun 2014.

ANDREIS, Lucia Maria et al. Desenvolvimento motor de idosos: estudo comparativo de sexo e faixa etária. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional** v. 26, n. 3, p. 601-607, 2018.

BEZERRA, I. et al. Functional performance comparison between real and virtual tasks in older adults. **Medicine**. v. 97, n. 4. janeiro 2018. Disponível em: doi: 10.1097/MD.00000000000009612.

BORGES, Sheila de Melo et al. Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 131-137, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde regulamenta condições de isolamento e quarentena. 13 de março 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46536-saude-regulamenta-condicoes-de-isolamento-e-quarentena>. Acesso em: 18 junho de 2020.

CAMEIRÃO, MS. BADIA, SB; OLLER, ED; VERSCHURE, PFMJ. Neurorehabilitation using the virtual reality based Rehabilitation Gaming System: methodology, design, psychometrics, usability and validation. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**. v. 7, n. 48. 2010.

CANTIERI, F.P.; MARQUES, I. Análise do desempenho motor em tarefas de “timing” antecipatório em idosos praticantes de esportes de interceptação. **Rev. bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.313-22, abr./jun. 2012.

CAVALCANTI, KF *et al.* O Olhar da Pessoa Idosa Sobre a Solidão. **Avances en enfermería**. v 34, n 3, p. 259-267, Dez 2016.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

CATTUZZO, M. *et al.* Desempenho em uma tarefa de timing coincidente e velocidade do estímulo: o uso de índices de acertos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v.12, n.2, p. 127-133, 2010.

CROCETTA, T.B. *et al.* Validity of software for measurement of total reaction time with single stimulus - TRT_S. **Brazilian Journal of Growth and Human Development**. v. 24, n. 3, p. 295-303, 2014.

DAYAN, E., COHEN L.G. Neuroplasticity Subservicing Motor Skill Learning. **Neuron**. v. 72, n. 3, p. 443-454. 2011.

EHSANI, F.; ABDOLLAHI, I.; MOHSENI, B.M.; ZAHIRI, N.; JABERZADEH, S. Motor Learning and Movement Performance: Older versus Younger Adults. **Basic and Clinical Neuroscience**. v.6, n.4, p.231-238, 2015.

JESUS, M. B. C. *et al.* O Impacto De Atividades Coletivas Na Capacidade Funcional Em Idosos. **Rev. Saúde.Com**. Salvador. v.13, n.2, Mai./Jul. 2017. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/439>> Acesso em: 25 mar. 2017.

KAWAI R., MARKMAN T., PODDAR R, KO R FANTANA A L, DHAWALE A K., KAMPFF A R., ÖLVECZKY BP. Motor Cortex Is Required for Learning but Not for Executing a Motor Skill. **Neuron**. v. 86, n.3, p. 800-812. 2015.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.21. p. 432-439. 2012.

MALHEIROS, S.R.P.; SILVA, T.D.; FAVERO, F.M.; ABREU, L.C.; FREGNI, F.; RIBEIRO, D.C. & MONTEIRO, C.B.M. Computer task performance by subjects with Duchenne muscular dystrophy. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. v.12, p.41-48, 2016.

MEDEIROS, P. *et al.* Exergames como ferramenta de aquisição e desenvolvimento de habilidades e capacidades motoras: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 35. p. 464-471. 2017.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: Exigências atuais e futuras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MINAYO, C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

MONTEIRO, C. B. M., MASSETTI, T., DA SILVA, T. D., VAN DER KAMP, J., DE ABREU, L. C., LEONE, C., *et al.* Transfer of motor learning from virtual to natural environments in individuals with cerebral palsy. **Res Dev Disabil**. v.35, n.10, p. 2430-7, 2014.

NORDON, D. *et al.* Perda Cognitiva em Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v.11, n.3 , p. 5-8. 2009.

OLIVEIRA, D. V. *et al.* Fatores Associados Ao Nível De Atividade Física De Idosos Usuários Das Academias Da Terceira Idade. **Acta. Fisiatr**. v.24, n.1, p.17-21, Dez 2017. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/download/144579/pdf/>>. Acesso em: 04 set 2020.

PARK, SW. DIJKSTRA TMH, STERNAD D. Learning to never forget-time scales and specificity of long-term memory of a motor skill. **Front. Comput. Neurosci**. v. 7, p. 111. 2013.

PAVÓN D. J., BAEZA A. C. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. **Progress in Cardiovascular Diseases**. V. 63, p. 386-388, 2020.

ROMANO, J.C., J.H. HOWARD JR., HOWARD, D.V. One-year retention of general and sequence-specific skills in a probabilistic, serial reaction time task. **Memory**. v. 18, p. 427-44, 2010.

SOARES, W.J.S *et al.* Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 49-60, 2014.

SHMUELOF L, KRAKAUER J, MAZZONI P. How is a motor skill learned? Change and invariance at the levels of task success and trajectory control. **Journal of Neurophysiology**. v.108, n.2, p.578-594, 2012.

TEIXEIRA, L. Declínio de desempenho motor no envelhecimento é específico à tarefa. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.12, n.6, p. 351-355, dez. 2006.

TOMICKI, C *et al.* Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idosos institucionalizados: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00473.pdf> Acesso em: 04 set 2020.

TRALDI, L.P.Z; SANTOS, J.L.F. Dependência nas atividades de vida diária em idosos caídores e não caídores. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.1, 2015. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25387>

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA VOLTADA AO ATENDIMENTO DO IDOSO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Larissa Santana Barbosa

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador- Bahia
ORCID 0000-0002-2266-4049

Viviane Maia Barreto de Oliveira

Prof. Adjunto da Faculdade de Odontologia
da UFBA e da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública
Salvador- Bahia
ORCID 0000-0003-0806-161X

Guilherme Andrade Meyer

Prof. Adjunto da Faculdade de Odontologia
da UFBA e da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública
Salvador- Bahia
ORCID 0000-0003-0726-8475

RESUMO: Nos últimos anos a população brasileira vem passando por um processo acelerado de envelhecimento, aumentando a necessidade de profissionais capacitados para os cuidados e manejos na atenção integral do idoso. O Cirurgião-Dentista tem papel fundamental no diagnóstico, acompanhamento e manutenção da saúde bucal, sendo que muitos pacientes idosos apresentam alterações importantes dessas estruturas, devido a manifestações sistêmicas, efeitos colaterais de fármacos, insuficiências nutricionais, entre outros. O objetivo desta revisão de literatura foi descrever as condições

de saúde geral do indivíduo em processo de envelhecimento, na perspectiva clínica voltada ao atendimento odontológico, discutindo a atuação dos dentistas na qualidade de vida do paciente, identificando as alterações na cavidade bucal, objetivando uma melhor abordagem com o idoso. A interrelação da saúde bucal com a sistêmica é evidente, dessa forma, os cirurgiões dentistas possuem papel fundamental na promoção, prevenção, educação e recuperação de saúde, para isso, é importante que o profissional seja capacitado, qualificado, atualizado e possua um olhar humanizado para compreender as nuances pertinentes ao envelhecimento, identificando as possíveis alterações na cavidade bucal, proporcionando assim, atendimento odontológico de qualidade, com a elaboração de um plano de tratamento individualizado, multidisciplinar, com envolvimento do paciente e/ou familiar/cuidador. **PALAVRAS-CHAVE:** Assistência Integral à saúde. Idoso. Saúde do idoso.

DENTAL CARE FOCUSED ON THE CARE OF ELDERLY

ABSTRACT: In recent years, the Brazilian population has been going through an accelerated aging process, increasing the need for trained professionals to provide care and management in comprehensive care for the elderly. The Dental Surgeon has a fundamental role in the diagnosis, monitoring and maintenance of oral health, and many elderly patients suffer important changes in oral structures, due to systemic manifestations, effects caused by drugs, nutritional deficiencies, among others. The objective of this literature review will be to describe how the general health

conditions of the individual in the aging process, in the clinical perspective focused on dental care, discuss the role of dentists in the quality of life of the patient, identifying changes in the oral cavity, aiming at a better approach with the elderly. Oral health has an integral and inseparable part of the elderly, the elderly are encouraged and guided, considering themselves as the common variables of the age group, emphasizing the need for a variation between different areas and skills, enabling an adequate rehabilitation treatment for include a uniqueness of each.

KEYWORDS: Comprehensive health care. Old man. Elderly health.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, sendo considerado pela Organização mundial de Saúde (OMS), em 2002, o maior progresso da humanidade. O processo de mudança demográfica no Brasil decorreu rapidamente, sendo o seu princípio em 1940 com o decréscimo na mortalidade infantil e melhor controle das doenças da infância, associado a um declínio nas taxas de fecundidade, com o advento de programas para controle da natalidade (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

A população brasileira caminha para um envelhecimento demográfico de forma vertiginosa, dispondo atualmente de uma quantidade significativa de idosos com expressiva mudança na longevidade, correspondente a 12,5% da população total, e estima-se que, em 2025, corresponderá a 32 milhões de habitantes, afetando diretamente na conformação do país (IRINEU et al., 2015).

O envelhecimento constitui uma fase natural do desenvolvimento humano, sendo determinantes do processo saúde doença desse grupo populacional aspectos como ambientais, estilo\qualidade de vida, dieta, sociocultural (SOUZA et al., 2014) como, também, em consequência ao aumento da expectativa de vida, há uma elevação das doenças crônico-degenerativas, tais como cardiovasculares, endócrinas, pulmonares e demências (IRINEU et al., 2015; SILVA et al., 2019).

Velhice não é sinônimo de doença, sendo o termo “envelhecimento saudável” alterado pela OMS em 1990 para “envelhecimento ativo”, em decorrência da constatação que, além da saúde, outros motivos modificam a forma como as pessoas envelhecem, como condicionantes econômicos, acesso à informação e autoestima. Assim, é de fundamental importância que profissionais de saúde estejam aptos a atender todas as necessidades dessa população, priorizando a manutenção da independência e autonomia do indivíduo (NÚÑEZ et al., 2018; VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

A saúde bucal está relacionada com a condição sistêmica, pois o sistema estomatognático também é alterado pelo envelhecimento, associando-se a limitações fisiológicas e psicológicas. O Cirurgião Dentista tem papel fundamental na educação e promoção de saúde, capacitando-se para oferecer uma assistência de qualidade, uma vez que o comprometimento da saúde bucal está diretamente relacionado com a fonação,

mastigação, estética, função e capacidade gustativa (COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010; ROCHA; MIRANDA, 2013).

Com o avançar da idade, o indivíduo que tem sua capacidade motora alterada, seja por desmotivação ou limitação física pode apresentar alterações importantes na capacidade da manutenção da higiene bucal (FECHINE; TROMPIERI, 2012). As patologias que podem estar presentes, assim como, as mudanças fisiológicas próprias da idade e uso de medicamentos, resultam na necessidade de uma anamnese criteriosa com o paciente, e muitas vezes envolvendo seus familiares ou cuidadores, para elaboração de um planejamento voltado às necessidades individuais (KOCH FILHO et al., 2011; SOUZA; RAMACCIATO; MOTTA, 2011).

Tendo em vista o caráter multifacetado do envelhecimento e a inter-relação das condições bucais e sistêmicas, o objetivo dessa revisão de literatura será descrever as condições de saúde geral do indivíduo em processo de envelhecimento, na perspectiva clínica voltada ao atendimento odontológico, discutindo a atuação dos dentistas na qualidade de vida do paciente, identificando as alterações na cavidade bucal, objetivando-se uma melhor abordagem com o idoso.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

A velhice caracteriza-se como uma fase natural, dinâmica e progressiva da vida, decorrendo de mudanças no indivíduo nos aspectos físicos, emocionais, metabólicos e humorais. A senescência é o conjunto das transformações funcionais e psicológicas inerentes do envelhecimento, manifestando uma peculiaridade gradual de modificação celular. Em contrapartida, a senilidade é delineada pelas circunstâncias que acometem o ser ao decorrer da vida, em relação aos aspectos fisiopatológicos (ANJOS et al., 2017; MESQUITA; SIQUEIRA; CAVALCANTE, 2016).

Em países desenvolvidos, são classificados como idosos indivíduos a partir dos 65 anos de idade, diferente dos países com menor expectativa de vida, que é a partir dos 60 anos. Chegar na terceira idade de forma ativa envolve condicionantes sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, culturais e de gênero, fatores esses determinantes para um envelhecimento saudável (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

Essa dinâmica demográfica origina transformações no perfil de saúde da população, constituindo-se pelo aumento da longevidade e de doenças crônico-degenerativas, compreendendo 75,5% da população idosa no Brasil, sendo 69,3% entre homens e 80,2% entre as mulheres, podendo acarretar limitações funcionais, sociais e mentais. A autopercepção do idoso pode ser influenciada pela história de vida, crenças, valores individuais, relacionando muitas vezes doença e dor como fatores naturais da idade, sendo assim, torna-se difícil compreender o conceito de saúde e bem estar para si próprio (SCHENKER; COSTA, 2019).

A presença de doença crônica não-transmissível (DCNT) está associada a um elevado índice de uso de medicamentos nessa faixa etária, compreendendo entre 60% a 90% dos idosos, destes, um terço faz uso de cinco ou mais medicamentos concomitantemente (ANJOS et al., 2017). Modificações fisiológicas inerentes do processo de envelhecimento como transformações na estrutura corpórea e limitação nas funcionalidades hepáticas e renais, se dão devido a uma diminuição do fluxo sanguíneo que pode modificar a farmacocinética e farmacodinâmica, reduzindo a metabolização, conseqüentemente, ampliando sua meia-vida, produzindo dessa forma, indivíduos longevos vulneráveis a impactos adversos ou terapêuticos (AMORIM et al., 2014).

Com decorrer dos anos, o sistema estomatognático sofre transformações decorrentes do processo natural do envelhecimento, alterando suas funções e conduzindo uma adaptação do idoso frente a condição morfofuncional. É importante conhecer os fatores que afetam a condição sistêmica na terceira idade, com uma percepção integral do desenvolvimento humano, proporcionando uma adequada reabilitação, atuando na manutenção da capacidade nutricional, reintegração social, auto estima, estética e função (COSTA, 2012).

As alterações bucais, teciduais e funcionais que afetam o paciente longo vivo estão associadas a motivos externos e internos que acontecem ao decorrer da vida. O descuido com a saúde bucal, assim como a falta de acesso ao atendimento odontológico, ou falta de visitas não periódicas, relacionando-se com as alterações fisiológicas, podem propiciar o desenvolvimento de afecções bucais (DE VASCONCELOS et al., 2012).

Dentre as alterações bucais mais comuns encontradas nos idosos destaca-se doença periodontal, cárie, edentulismo (SÁ et al., 2012), hiperplasia fibrosa, queilite angular, língua fissurada, língua saburrosa, candidose, redução do fluxo salivar, xerostomia (ROCHA; MIRANDA, 2013), sendo potencializadas por condições sistêmicas como alterações reflexas da doença de base, bem como de modo inverso.

3 | ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO IDOSO

O Cirurgião Dentista deve-se manter qualificado, capacitado e atualizado para proporcionar uma melhor abordagem para o paciente idoso objetivando superar suas expectativas e necessidades, ouvindo e elucidando dúvidas, assim como, conhecendo as possíveis interações medicamentosas e seus efeitos colaterais, dominando as técnicas e materiais odontológicos existentes (IRINEU et al., 2015).

Atitudes como expressões faciais, tom de voz e contato físico contribuem para uma melhor comunicação, reduzindo a ansiedade e aumentando a segurança. Para isso, é necessária a realização de uma completa e aprofundada anamnese avaliando adequadamente as condições sistêmicas que conduzirá a estruturação do plano de tratamento de forma que o paciente geriátrico seja abrangido em sua totalidade (ROCHA;

MIRANDA, 2013).

O questionário realizado deve constar informações pertinentes a identidade do paciente (nome, idade, endereço, estado civil, telefone etc.), história (atual e pregressa) médica/ odontológica e dados relacionados à avaliação física com aferição dos sinais vitais como pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso ou responsável legal (SOUZA; RAMACCIATO; MOTTA, 2011).

A avaliação da condição sistêmica e dos sinais vitais do paciente deve ser avaliada a cada consulta, adequando-se de forma a proporcionar o melhor atendimento possível solicitando sempre que necessário um parecer médico do estado geral, assim como exames laboratoriais (hemograma, testes de glicemia em jejum, coagulograma, avaliação cardiológica, avaliação da função hepática e renal) (ROCHA; MIRANDA, 2013).

Exames radiográficos com técnicas extraorais (panorâmica) e intraorais (periapical, interproximal, oclusal) são importantes complementares no diagnóstico e elaboração do plano de tratamento, compete ao Cirurgião Dentista analisar e selecionar a melhor opção de acordo com a indicação e limitação visando diferenciar fatores anatômicos e patológicos. A tomografia computadorizada é um recurso utilizado na avaliação de estruturas ósseas por permitir a representação de um corte com efeito diagnóstico de modo tridimensional (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2011).

Pacientes com diagnóstico de osteoporose, definida pelo decréscimo da massa óssea e maior vulnerabilidade a fraturas, podem relatar dores orofaciais e Disfunções Temporomandibulares, necessitando dessa forma de um diagnóstico diferencial (SPEZZIA, 2013).

O atendimento odontológico deve ser cuidadosamente executado desde o momento que o paciente idoso entra no consultório, sendo a escolha do turno de atendimento individualizado a cada paciente, com sessões breves de aproximadamente 50 minutos. Muitas vezes a cadeira odontológica deverá permanecer semi-inclinada, evitando possível incômodo respiratório, principalmente naqueles que relatam dificuldades respiratórias. A observação das singularidades do idoso permitirá um atendimento de excelência, o que inclui o preparo do ambiente com rampas, evitar portas e elevadores estreitos que dificultem ou impossibilitem a passagem de cadeiras de rodas ou andadores, apropriada iluminação, barras de apoio, entre outros fatores que auxiliem na acessibilidade (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

Na atualidade há um arsenal de anestésicos locais disponíveis que concedem o adequado controle da sintomatologia dolorosa com maior limiar de segurança. Seu uso nos pacientes idosos deve ser calculado de forma que a dose máxima da droga seja reduzida, desfrutando de uma técnica acurada visto as alterações do tecido ósseo e mucosa oral proveniente do envelhecimento (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2011).

A lidocaína é o anestésico de escolha para atendimento da maioria dos pacientes

idosos, porém devido à sua metabolização hepática e excreção renal, é preconizado que as doses em idosos seja limitada a três tubetes de Lidocaína a 2%, associado à adrenalina na diluição de 1:200.000 ou 1:100.000, não extrapolando a dose de 0,04mg de adrenalina por atendimento (SOUZA; RAMACCIATO; MOTTA, 2011).

A liberação de catecolaminas endógenas na circulação em um cenário estressante é maior do que ao existente no tubete anestésico, portanto, é primordial apurar os riscos e vantagens anteriormente a seleção do anestésico a ser utilizado (BARBOSA et al., 2012). Em condição de contraindicação ao emprego de vasoconstritores adrenérgicos, pode-se eleger a Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor nos procedimentos de curta duração que exhibe uma margem de segurança e duração um pouco maior que a Lidocaína, ou ainda a Prilocaína a 3% com felipressina 0,03UI/ml (SOUZA; RAMACCIATO; MOTTA, 2011).

A consulta do paciente idoso diabético deve ser preferencialmente realizado no meio da manhã, momento em que a insulina alcança seu maior estágio de secreção, com orientação prévia para não jejuar evitando possíveis intercorrências como a hipoglicemia, deve-se confirmar a utilização do medicamento no horário correto, as consultas devem ser curtas e caso exceda o tempo deve ser interrompido para rápida refeição, uma vez que a crise hipoglicêmica nesses casos é mais grave que a hiperglicêmica (CARNEIRO et al., 2012).

A checagem da glicemia capilar é realizada com auxílio de um glicosímetro. Pacientes diabéticos não compensados podem apresentar com mais frequência manifestações bucais como infecções fúngicas ou virais, doença periodontal, cárie dentária e xerostomia (COSTA et al., 2016).

Os pacientes devem ser orientados sobre a necessidade do controle glicêmico associado à manutenção da saúde bucal pela remoção mecânica do biofilme, controle da boca seca, eliminação do hábito de fumar e controle dietético. A recomendação de antibioticoprofilaxia é apropriado apenas para pacientes glicemicamente descompensados, considerando o risco mais elevado de infecções em procedimentos cirúrgicos invasivos (MENEZES et al., 2014).

Para o atendimento de indivíduos idosos com alterações cardiovasculares é o exame clínico deve observar a presença de válvulas cardíacas protéticas, defeitos congênitos graves e endocardite prévia, sendo indicada profilaxia antibiótica anteriormente a procedimentos odontológicos com manejo da mucosa bucal que proporcione sangramento para que dessa forma evite bacteremias e impossibilite a instalação da endocardite infecciosa bacteriana (FERREIRA et al., 2017).

Nos casos de pacientes hipertensos com pressão arterial acima de 140 por 90mmHg que necessitam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos, sua condição sistêmica deve estar controlada. Em casos de pressão arterial pré-operatória acima de 180 por 90mmHg, não é recomendável realizar a cirurgia (CÔRTE-REAL; FIGUEIRAL; CAMPOS, 2011). A prevenção e promoção de saúde bucal atuando de forma interdisciplinar envolve a

comunicação entre médico e cirurgião dentista em todas as situações de dúvida sobre riscos e benefícios dos procedimentos (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2011).

A dificultosa compreensão sobre a necessidade de uma adequada saúde bucal por parte dos idosos e seus cuidadores/familiares pode acarretar a não procura por um atendimento odontológico auxiliando em uma defeituosa higiene bucal, porém, com o maior acesso à informação por conjunto dos meios de comunicação auxiliam nas mudanças de costumes e paradigmas antigos (KOCH FILHO et al., 2011).

Os pacientes necessitam de orientações sobre a relevância de um acompanhamento contínuo independentemente de serem edêntulos ou possuírem poucos dentes em boca, com ações educativas em saúde com foco na prevenção proporcionando a mudança da autopercepção do paciente quanto a relação existente entre saúde bucal e sistêmica (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Quando verificada incapacidade cognitiva, o dentista deve motivar o paciente continuamente empregando uma linguagem de fácil compreensão, bem como atuar orientando o acompanhando e habilitando cuidadores e familiares no manejo da higiene bucal do idoso, com métodos adaptados de acordo com o caso específico facilitando o acesso a cavidade bucal (IRINEU et al., 2015).

Em situações onde há restrição na condição cognitivo e motor, a qualidade da higienização mecânica é afetada e a desestruturação do biofilme bacteriano na superfície dentária é diretamente dificultada colaborando para a instalação de doenças como cárie e gengivite/periodontite, portanto, devem ser avaliadas alternativas que auxiliem nessa limitação existente de forma que assegurem maior independência no autocuidado, por conseguinte, maior qualidade de vida para o indivíduo (ROCHA; MIRANDA, 2013).

Muitos artefatos podem ser empregados para customizar e individualizar escovas, de modo que, o volume do cabo seja aumentado auxiliando na empunhadura e manejo contribuindo na escovação do paciente comprometido. Existem ótimas alternativas para escovas modificadas sendo selecionado de acordo com a particularidade do caso, como uso de silicona de condensação, resina acrílica ativada quimicamente ou massa epóxi, manopla de bicicleta feita de borracha antiderrapante, utilização de abaixadores de língua ou sugadores envolvidos por fita isolante. Em circunstância de dificuldade elevada em exercer pressão no cabo da escova e em segurar a escova, alternativas com escovas de lavar roupas (cerdas removidas) ou tiras de velcro, bolas plásticas ou espumas também podem ser utilizadas (COSTA et al., 2017).

O atendimento odontológico ao paciente geriátrico, sempre que possível, deve buscar a prevenção em associação ao cuidado multiprofissional, conhecendo o paciente e suas particularidades, conservando/restabelecendo as funcionalidades do sistema estomatognático e habilitando cuidadores/familiares para que dessa forma atue restabelecendo função com uma reabilitação funcional embasada na promoção de qualidade de vida (KOCH FILHO et al., 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interrelação da saúde bucal com a sistêmica é evidente, dessa forma, os cirurgiões dentistas possuem papel fundamental na promoção, prevenção, educação e recuperação de saúde, para isso, é importante que o profissional seja capacitado, qualificado, atualizado e possua um olhar humanizado para compreender as nuances pertinentes ao envelhecimento, identificando as possíveis alterações na cavidade bucal, proporcionando assim, atendimento odontológico de qualidade, com a elaboração de um plano de tratamento individualizado, multidisciplinar, com envolvimento do paciente e/ou familiar/cuidador.

REFERÊNCIAS

1. AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. DA. **Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos**. Revista de Odontologia da UNESP, v. 44, n. 2, p. 74–79, 2015.
2. ALENCAR, C. R. B. DE; ANDRADE, F. J. P. DE; CATÃO, M. H. C. D. V. **Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos**. Rsbo, v. 8, n. 2, p. 200–210, 2011.
3. AMORIM, C. C. et al. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa **Acompanhamento Longitudinal do Idoso**. Universidade Federal do Maranhão- UFMA, v. 10, n. 2, p. 10–55, 2014.
4. ANJOS, N. K. C. DOS et al. Relato De Caso De Polifarmácia No Idoso : **Até Onde Pode-Se Considerar Iatrogenia Case Report of Polypharmacy in the Elderly : As Far As Iatrogenia Can**. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 19, n. July, p. 96–99, 2017.
5. BARBOSA, P. D. S. et al. **Odontogeriatría: perfil farmacológico de uma população de idosos de interesse para Odontologia**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 14, n. 4, p. 7–14, 2012.
6. CARNEIRO, J. N. N. et al. **O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica**. Revista Dentística on line, v. 23, p. 11–18, 2012.
7. CÔRTE-REAL, I. S.; FIGUEIRAL, M. H.; CAMPOS, J. C. R. **As doenças orais no idoso - Considerações gerais**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial, v. 52, n. 3, p. 175–180, 2011.
8. COSTA, C. R. R. **Envelhecimento: Influências no Atendimento Odontológico**. Semana Acadêmica: Revista Científica, v. 01, n. 22, p. 1–11, 2012.
9. COSTA, E. H. M. DA; SAINTRAIN, M. V. DE L.; VIEIRA, A. P. G. F. **Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 6, p. 2925–2930, 2010.
10. COSTA, R. M. et al. **O Paciente Diabético na Clínica Odontológica: Diretrizes Para o Acolhimento e Atendimento**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 20, n. 4, p. 333–340, 2016.

11. COSTA, R. M. et al. **Adaptações em escovas dentais para pacientes com distúrbios motores: relato de caso TT** - Adaptations on toothbrushes for patients with motor disorders: case report. *Robrac*, v. 26, n. 77, p. 61–65, 2017.
12. DE VASCONCELOS, L. C. A. et al. **Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do nordeste Brasileiro**. *Cadernos de Saude Publica*, v. 28, n. 6, p. 1101–1110, 2012.
13. FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. **O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos**. *Inter Science Place*, v. 1, n. 20, p. 106–132, 2012.
14. FERREIRA, J. D. F. et al. **Fatores De Risco Para Doenças Cardiovasculares Em Idosos**. *Revista enfermagem online*, v. 11, n. 12, p. 4895–4905, 2017.
15. IRINEU, K. DO N. et al. **Saúde do idoso e o papel do odontólogo: inter-relação entre a condição sistêmica e a saúde bucal**. *Faculdade de Odontologia de Lins\Unimep*, v. 25, n. 2, p. 41–46, 2015.
16. KOCH FILHO, H. R. et al. **Uma década da Odontogeriatría brasileira TT - A decade of Brazilian Geriatric Dentistry**. *Archives of Oral Research*, v. 7, n. 3, p. 295–310, 2011.
17. MENEZES, T. N. DE et al. **Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 4, p. 829–839, 2014.
18. MESQUITA, J. DOS S. DE; SIQUEIRA, M. L. R.; CAVALCANTE, C. A. **Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira?** *Revista Kairós : Gerontologia*, v. 19, n. 1, p. 227–238, 2016.
19. NÚÑEZ, M. DEL R. R. et al. **Geriatric dentistry teaching and the curricular guidelines in dental schools in South American countries**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 6, p. 826–835, 2018.
20. ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. **Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 1, p. 181–189, 2013.
21. SÁ, I. P. C. et al. **Oral health conditions of the elderly at the Lar Samaritano long-term-care facility in São Gonçalo-RJ**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1259–1265, 2012.
22. SCHENKER, M.; COSTA, D. H. DA. **Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in primary health care**. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1369–1380, 2019.
23. SILVA, A. E. R. et al. **A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em idosos?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 181–188, 2019.
24. SOUZA, I. C.-P. et al. **Profiles of dependent hospitalized patients and their family caregivers: knowledge and preparation for domiciliary care practices**. *Remex: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 173–180, 2014.

25. SOUZA, L. M. DE A.; RAMACCIATO, J. C.; MOTTA, R. H. L. **Uso de anestésicos locais em pacientes idosos.** Revista Gaúcha Odontologia, v. 59, n. 0, p. 25–30, 2011.

26. SPEZZIA, S. **Saúde bucal em idosos com osteoporose relato de casos.** Revista UNINGÁ, v. 16, p. 64–69, 2013.

27. VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. DE F. **Saúde bucal : atenção ao idoso.** [s.l.: s.n.].

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA GERONTOFOBIA

Data de aceite: 02/08/2021

Cásio Carlos Pereira Barreto

Psicólogo. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Especialista em Neuropsicologia. Mestre em Administração

Ana Karina da Cruz Machado

Gerontóloga. Especialista em Gerontologia. Especialista em Saúde Mental. Mestra em Educação, professora orientadora

RESUMO: Na sociedade atual temos visto cada vez mais, homens e mulheres fazendo constantes esforços para retardar o envelhecimento. A cultura pelo novo e a associação do ser velho à improdutividade e à inutilidade, resulta na negação dessa fase natural, impactando de maneira negativa na velhice, necessitando de uma intervenção clínica e psicológica que exige maior eficácia no tempo de resposta, evitando sofrimento psíquico maiores, tais como a ansiedade e a depressão, patologias crescentes no segmento idoso. A Terapia Cognitivo Comportamental tem sido apontada como um tratamento eficaz na psicoterapia com idosos. Tal abordagem se baseia na hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de um indivíduo são influenciados pelas percepções que o sujeito tem das situações. O presente trabalho visa apontar a relevância da Terapia Cognitivo Comportamental na terceira idade com relação a Gerontofobia. A metodologia escolhida se trata de uma revisão sistemática de literatura,

extraída nas bases de dados Scielo, Pubmed e PePSI. Como resultados foi percebido que os autores pesquisados concordam que a abordagem cognitivo comportamental tem ampla adesão e sucesso terapêutico. Conclui-se que técnicas abordadas tais como o Registro dos Pensamentos Automáticos Diários (RPD), a modificação dos pensamentos automáticos, treinamento de habilidades, refocalização, role-play e a psicoeducação são recursos psicoterapêuticos de grande valia no processo de aceitação da velhice, na evitação de pensamentos negativos, no tratamento da depressão e ansiedade na terceira idade, além de contribuir com a construção de um modelo de vida mais bem sucedido ao envelhecer.

PALAVRAS-CHAVE: Gerontofobia. Psicoterapia. Terapia Cognitivo Comportamental.

CONTRIBUTIONS OF BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY IN GERONTOPHOBIA

ABSTRACT: In today's society we have seen more and more men and women making constant efforts to delay aging. The culture for the new and the association of the old being with unproductivity and uselessness, results in the denial of this natural phase, negatively impacting old age, requiring a clinical and psychological intervention that requires greater effectiveness in response time, avoiding greater psychological distress, such as anxiety and depression, increasing pathologies in the elderly segment. Cognitive Behavioral Therapy has been identified as an effective treatment in psychotherapy with the

elderly. Such an approach is based on the hypothesis that an individual's emotions, behaviors and physiology are influenced by the subject's perceptions of situations. The present work aims to point out the relevance of Cognitive Behavioral Therapy in old age in relation to Gerontophobia. The chosen methodology is a systematic literature review, extracted from the Scielo, Pubmed and PePSI databases. As a result, it was noticed that the researched authors agree that the cognitive behavioral approach has broad adherence and therapeutic success. It is concluded that techniques addressed such as the Register of Automatic Daily Thoughts (RPD), the modification of automatic thoughts, skills training, refocusing, role-play and psychoeducation are psychotherapeutic resources of great value in the process of acceptance of old age, in avoidance of negative thoughts, in the treatment of depression and anxiety in old age, in addition to contributing to the construction of a more successful model of life as you get older.

KEYWORDS: Gerontophobia; Psychotherapy; Behavioral Cognitive Therapy.

INTRODUÇÃO

É estimado que no ano de 2025 o Brasil tenha 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ou seja, aproximadamente 15% da população será idosa. Segundo Areosa (2004), o envelhecimento da população brasileira é um dos grandes desafios a serem enfrentados.

Bauman (2014), aponta que essa cultura ao novo, ao qual o mundo moderno tanto cultua, vem trazendo impactos na desvalorização do ser humano, pontuando ainda que essa cultura tem gerado dificuldades de aceitação da velhice, enquanto percurso natural da vida e do decorrer do tempo.

Para Souza et al. (2007), o envelhecimento e, particularmente a velhice, tem a possibilidade de ser considerada um momento crítico no ciclo da vida, pois representa uma mudança bastante significativa aos seres humanos. Essa possibilidade dependerá, evidentemente, do estilo de vida adotado pelo indivíduo, representada pela presença de atividades físicas regulares, uma boa alimentação, níveis de estresse sob controle etc., que assim irá emprestar qualidade ou não a esta fase do seu viver. Todavia, a peculiaridade dessa etapa é inquestionável, já que diversos processos são acentuados e outros se originam, tais como a deterioração mnemônica e a interrupção de hormônios sexuais.

Sabe-se que o envelhecimento humano é inevitável, inadiável como a história de um bom livro que vai chegando inexoravelmente ao fim. Como ela é percebida por praticamente todos como uma época de limitações e de dependências, a ânsia em retardar esse processo vem se intensificando de tal forma nas últimas décadas, que altos níveis de angústia e ansiedade vêm sendo germinados, o que gera campo fértil para diversas situações complicadoras, como dependência e depressão. Laslett (1991), aponta a importância e a pregnância, em termos de imaginário cultural, da metáfora médica da velhice, cuja principal consequência foi produzir a identificação entre velhice e doença. O discurso geriátrico atual empreendeu uma tentativa de desfazer essa associação definitivamente, mas Laslett

sugere que esse processo é controverso e acaba encontrando resistências no próprio modo de funcionamento do saber médico.

Cabe salientar que, como a morte é um momento certo e comum a todos os seres vivos, e envelhecer é a etapa imediatamente anterior a esse momento, envelhecer passou a significar caminhar para o morrer, gerando assim uma rejeição diante desse quadro, oriundo do medo da finitude. Dessa forma, nasce então o desejo de não envelhecer acreditando que a jovialidade está mais próxima a imortalidade. Esse sentimento, que faz com que o idoso se sinta humilhado ou desfavorecido, sem importância social, apenas pelo fato de estar velho, ou mesmo arepulsão ou fobia ao velho, é um fenômeno cada vez mais crescente na sociedade, e se chama gerontofobia¹.

Para Oliveira, Fernandes e Carvalho, (2011) percebe-se que ao envelhecer, o idoso se sente desamparado diante de uma sociedade capitalista que só reconhece o valor de um indivíduo por meio do seu trabalho, considerado como uma identidade no qual o idoso perde quando chega a aposentadoria. Essa ideia de utilidade e valor produtivo, repassada de geração para geração, foi-se solidificando de tal forma em praticamente todos os países do globo, ao ponto dos familiares naturalmente e, por vezes inconscientemente, promoverem uma exclusão deste familiar das diversas atividades anteriormente inerentes ao seu cotidiano. A partir disso, é comum surgirem outros sentimentos de medo da rejeição, angústia, incapacidade física ou mental, ocasionando ansiedade, afastamento, isolamento e depressão, sendo essa, mais acentuada nesta fase da vida, por estar aliada a outros fatores, tais como a maior percepção da finitude da vida de si e dos companheiros de sua vida.

Laslett (1991) considera o aumento da longevidade e qualidade de vida – resultantes do avanço das tecnologias médicas – e o surgimento das aposentadorias como os dois principais fatores que, em conjunto, garantem o ingresso dos sujeitos na terceira idade. No entanto, se a nossa intenção se dirige ao entendimento da terceira idade como uma categoria social historicamente construída, cuja inserção no espaço público dá ensejo a novas formações identitárias, parece necessário identificar os fatores que permitiram, influenciaram ou favoreceram sua origem e sua legitimidade no imaginário cultural. Destaca-se como hipótese para o surgimento da terceira idade a generalização e a reorganização dos sistemas de aposentadoria, a substituição dos termos de tratamento da velhice, o discurso da gerontologia social e os interesses da cultura do consumo.

De acordo com Knapp (2004), hoje a Terapia Cognitivo Comportamental está inserida entre os “paradigmas dominantes” no meio da psicologia, graças ao aumento de sua gama de conhecimento e popularidade. Esse papel de destaque se dá em boa parte na possibilidade de suas técnicas serem passíveis de comprovação, o que a distanciou

¹ Gerontofobia vem da palavra latina “geron”, que significa “homem velho”, e a palavra grega “phobos” significando “medo”. Gerontofobia é um medo extremo de envelhecer ou medo dos idosos. Também conhecida como gerascophobia, a palavra gerontofobia é derivada de geronto, que significa velhice do grego gerontae – fobia do grego phobos, que significa medo mórbido.

do caráter excessivamente subjetivo de demais abordagens psicológicas, que assim sendo, tinham diminuindo a credibilidade científica e clínica da própria Psicologia. Aliado a isso, ela carrega a possibilidade da aplicação de seus métodos para praticamente todos os transtornos mentais, além de ser considerada uma terapia breve, se comparada à psicoterapias mais tradicionais.

Na Terapia Cognitivo Comportamental os pensamentos podem ser identificados e modificados. Essas mudanças acarretarão também na alteração das emoções e no comportamento do indivíduo através do processo de psicoeducação do paciente, que consiste em conscientizá-lo da existência de pensamentos automáticos, que por vezes ocorrem de forma disfuncional, provocando em sequência, uma gama de emoções equivocadas que contribuem para um conjunto diverso de distorções cognitivas, culminando em comportamentos prejudiciais ao indivíduo e, por vezes, aos membros dos seus círculos sociais.

No Modelo Cognitivo Comportamental idealizado por Aaron Beck (1997), os pensamentos interferem em como nos emocionamos e como nos comportamos, com isso, umas das alternativas de melhorarmos nosso humor é ressignificando os pensamentos para que sejam funcionais e realistas no âmbito das interpretações diante do futuro, do mundo e de nós mesmos. Para Beck, o terapeuta irá atuar na tríade cognitiva do sujeito, citada acima, compreendendo e reestruturando a maneira que o indivíduo enxerga a si mesmo, ao mundo e ao futuro.

O presente trabalho tem como objetivo, apontar a relevância da Terapia Cognitivo Comportamental na terceira idade, com relação a superação da Gerontofobia. Os caminhos metodológicos percorridos são embasados por uma revisão sistemática de literatura, extraída nas bases de dados Scielo, Pubmed e PePSI.

A justificativa se baseia na contribuição da psicologia, em especial da abordagem cognitivo comportamental, no medo de envelhecer e suas implicações, tendo em vista que essa negação podem trazer problemas de ordem biopsicossocial na velhice, neste sentido, a terapia escolhida tem a sua contribuição na aceitação do envelhecer como uma etapa natural da vida e não, como algo indesejável, fóbico.

Espera-se com isso ampliar a discussão sobre o envelhecimento como natural, desmitificando a cultura do envelhecer patológico, mostrando ainda que, quando o idoso vivencia esse processo com aceitação e naturalidade, a chegada dessa fase pode ser proveitosa e bem sucedida.

METODOLOGIA

Para essa pesquisa foi realizada uma revisão sistemática de literatura. A busca foi extraída na base de dados de bibliotecas digitais e plataformas online como a SciELO, Pubmed e PePSI. Os critérios de inclusão utilizados, foram artigos com os descritores:

medo de envelhecer e psicoterapia; gerontofobia e terapia comportamental; fobia de envelhecer e terapia cognitivo comportamental; envelhecimento, medo e terapia.

O ano de publicação não foi um critério estabelecido como importante, tendo em vista que a temática Gerontofobia é nova, dessa forma, todos os artigos que tinham relevância foram primariamente considerados. A busca se deu em períodos na língua portuguesa e inglesa.

O período de construção do artigo se deu entre os meses de maio a junho do ano em curso. Após a leitura de 18 trabalhos, foram selecionados 11, os quais foram incluídos nesse estudo por estarem em consonância com o objetivo proposto.

Os critérios de exclusão foram aplicados quando encontrados artigos incompletos com outra abordagem psicoterapêutica que não a Terapia Cognitivo Comportamental.

Pensando nas limitações do presente estudo, podemos ressaltar a relevância dessa pesquisa para estudos futuros. Destaca-se que, devido ao tema tão específico, foram estudados ainda, artigos que trouxeram a abordagem cognitivo comportamental com idosos com sintomatologia ansiosa e depressiva.

Trata-se de um estudo exploratório, portanto, sugere-se que pesquisas futuras sejam conduzidas para melhor eficácia e elucidação do objetivo proposto e dos resultados destacados.

REFERENCIAL TEÓRICO

Diversas literaturas abordam que antigamente ser idoso era considerado um privilégio. Os mais velhos eram responsáveis por aconselhar e orientar toda a família e aos mais jovens com relação ao futuro. E envelhecer era símbolo de sucesso, de ter conseguido passar por todas as etapas da vida e deveria ser comemorado (DEZAN, 2015; PETROSA; DUQUE; MARTINS, 2016).

Com o passar dos anos e o avanço do capitalismo a velhice foi comparada com um produto qualquer com data de validade, e ao ficar com aparência de velho, era visto como feio ou inútil, logo, precisaria ser substituído por outro, dessa forma, aos poucos ser idoso era ser excluído socialmente (FEIJÓ; MEDEIROS, 2011).

Para Neri (2001), o envelhecimento pode trazer preocupações, que quando não estão bem definidas ou quando o processo não é bem aceito, pode trazer distanciamento em alguns indivíduos,

Para Borges et al. (2012), cada pessoa ao envelhecer tem seus limites, conferidos ao corpo humano que começam a serem poupados, passando a serem aceitos, e como produtos perdem a compreensão da significância da passagem do tempo, findando no estágio de “estar envelhecendo”. Desta forma, o ato de envelhecer gera ansiedade nesse público, e pode ser agravada pelas pressões sociais, pela mídia, e imagem repassadas, aumentando a preocupação com a aparência, com a finitude e a morte, essa preocupação

excessiva pode desembocar em um transtorno de ansiedade fóbica, conhecido como gerontofobia ou gerascofobia.

A Psicoterapia é fundamental a qualquer tempo de vida, mas através das perspectivas do envelhecer, pode-se enfocar sua relevância seja na acolhida, resgate das memórias, adaptação, autoconhecimento, ressignificação de conceitos pessimistas, encontro de potencial para outras atividades ou ter alguém com quem aquele idoso possa conversar sem julgamentos e com uma escuta atenciosa, disposto a auxiliar no que ele achar pertinente trazer a sessão, tornando-se uma ferramenta para que enfrentem com qualidade os novos desafios trazidos por essa fase da vida (ALVES, 2017).

A ressignificação é importante, haja vista que as experiências que tivemos nos anos iniciais de nossas vidas, auxiliam na formação de nossas crenças, que se consistirão em modelos mentais basilares na nossa forma de pensar, sentir e agir. Se essas crenças não são desafiadas diante de cenários diferentes, elas se enraízam e tenderão a se repetir no futuro, fortalecendo a comprovação somente daquelas ideias defendidas que lhe são consonantes, provocando as ditas distorções cognitivas, base dos diversos sofrimentos de idosos atendidos na clínica psicológica. Assim sendo, quando o paciente idoso vai ao consultório, ele baseia-se na ideia de que não há mais a necessidade de mudança, pois os antigos valores e as novas realidades costumam ser incompatíveis, proporcionando um aumento do desgosto e da frustração, deixando margem para os pensamentos disfuncionais.

Muitos são os autores que defendem que para o tratamento da depressão e da ansiedade, a terapia cognitivo comportamental é o modelo psicoterápico mais consistente (BUTLER et al., 2006; HOFMANN; SMITS, 2008). Nos anos 60, a Terapia Cognitivo surgiu com trabalhos de Albert Ellis, Richard Lazarus, Magda Arnold e Aaron Beck. Neste período, Beck entendeu, ao estudar seus pacientes com depressão, que estes demonstravam um padrão disfuncional negativo de processamento cognitivo. Após esses estudos e observações, Beck desenvolveu o modelo cognitivo da depressão e o objetivo de testar a veracidade dos pensamentos ou das cognições negativas (RANGÉ, 2001).

Técnicas como Nomear as Distorções Cognitivas; Exame das Evidências; Relação Custos x Benefícios; Análise Semântica; Cartões de Enfrentamento; Situação em Perspectiva; Reatribuição; dentre outras, são ferramentas que podem ser utilizadas no confronto dos pensamentos negativos oriundos dessa fase da vida, onde o sujeito se percebe mais limitado, seja pelas condições físicas (consequências de um estilo de vida às vezes desregrado), seja por um número maior de doenças que o acometem em virtude da fragilidade de seu corpo, ou pela inevitável constatação de que a sua vida está se encerrando. Assim sendo, o trabalho do psicólogo se voltará para a ressignificação de pensamentos, que mesmo que se apresentem reais e lógicos, necessitam se adaptar a um novo período daquele indivíduo, para que as possibilidades de realização também possam ser enxergadas.

De acordo com Knapp (2004), hoje a Terapia Cognitivo Comportamental é apontada entre os “paradigmas dominantes” no meio da psicologia, isso se deu devido a sua gama de conhecimento e popularidade desde seu início. Depois que suas técnicas foram difundidas nas décadas de 60 e 70, um período que marcou a “revolução cognitiva” na psicologia, diversos teóricos começaram a aplicar essa abordagem na psicologia clínica, criando assim um amplo escopo de modelos teóricos e técnicas terapêuticas cognitivo-comportamentais disponíveis até os dias atuais (CABBALO,2006).

Para Rangé (2001), a fundamentação da Terapia Cognitivo Comportamental se deu em uma ciência e filosofia do comportamento definida por uma teoria determinista e naturalista do comportamento humano, inserida em um conhecimento científico de metodologia experimental como auxiliar do empirismo e por uma ação objetiva de acordo com os problemas psicológicos.

Em casos mais complexos, como os que exige reabilitação neuropsicológica (tratamento a qual muitos idosos se submetem), a terapia Cognitivo-comportamental também se apresenta como opção de primeira linha. Martins da Silva (2012), aponta que ela é um tratamento de escolha para gestão de muitos transtornos emocionais após os acometimentos cerebrais, podendo ser integrada com reabilitação cognitiva. Citando Willians *et al* (2003), ela ainda aponta que este procedimento se baseia em dois princípios centrais, os quais são:1) que nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos; e 2) que o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamentos e nossas emoções.

Diversas teorias e modelos comportamentais proporcionam estratégias de treinamento. Todavia, a psicologia comportamental se propõe a examinar a relações entre o sujeito e o espaço que o cerca, permitindo assimilações de condutas complicadas na vida habitual dos que passaram por algum dano cerebral.

Por essas condições que na atualidade, a TCC se tornou uma técnica admirada por seus resultados eficazes, suas práticas e objetividade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

RESULTADOS	AUTOR /ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO
Estudos epidemiológicos apontam que 11,6% dos idosos entre até 85 anos apresentam algum transtorno de ansiedade, sendo a Fobia Específica a mais prevalente.	BYERS et al. 2010	PEPSIC
Transtornos ansiosos, bem como transtornos de humor, têm consequências adversas, como os altos índices de mortalidade e a redução da qualidade de vida	VINK; AARTSEN; SCHOEVEERS 2008	PEPSIC
Os fatores de risco para depressão e ansiedade em idosos ocorrem de maneira diferente daqueles observados em adultos, e incluem luto, doenças físicas, incapacidades e dificuldades cognitivas. De forma complementar, a deterioração da saúde física e o declínio cognitivo são apontados como maiores fatores de risco.	BEEKMAN et al. 2000	SCIELO
A proporção de pacientes geriátricos deprimidos que apresentam declínio cognitivo é considerável e pode aumentar a gravidade da depressão	GANGULI et al. 2006	PEPSIC
A Terapia Cognitivo Comportamental é o modelo psicoterápico mais consistente para a depressão e a ansiedade, sobretudo em idosos. Apontada como diretiva e eficaz apresentando melhora acentuada em sintomas depressivos, ansiosos e na mudança de comportamento.	BUTLER et al., 2006; HOFMANN; SMITS, 2008 HENDRIKS et al., 2008; PINQUART; DUBERSTEIN; LYNESS, 2007	PUBMED
As pessoas em geral tem uma ideia ruim sobre o que seria de fato a velhice e com isso, colaboram para a formação de atos discriminatórios, além da formação de natureza perniciosos, de estereótipos .	KARPF 2014	SCIELO
A TCC consiste basicamente em um modelo educativo de terapia, no qual o terapeuta busca ensinar aos pacientes novos comportamentos e crenças adaptativas, para que estas substituam as crenças antigas e disfuncionais.	BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008	SCIELO
Estudo que analisou um grupo de idosos que obtiveram resultados comparando a eficácia da TCC com redução de 51,4% nos sintomas depressivos, de 12,5% nos sintomas ansiosos e aumento de bem-estar subjetivo em 33,3%.	TRISTÁN E RANGEL (2009)	PUBMED
A TCC consegue atuar sobre a perda cognitiva, característica do envelhecimento, por meio do desenvolvimento de estratégias e habilidades para lidar com problemas e situações novas.	LIMA; DERDYCK (2001)	SCIELO
Na Terapia Cognitivo Comportamental as sessões são de origem estruturadas e educativas, estimulando o paciente a ser o seu próprio terapeuta de forma com que ele possa se auto avaliar e modificar pensamentos distorcidos	BECK 1997	PEPSIC

Os eventos externos e internos são determinantes das nossas emoções e assim das nossas ações, causadas pelas interpretações que nós absorvemos diante de situações vivenciadas	RANGÉ, 2001	PUBMED
Questionamento socrático, Psicoeducação, ressignificação, identificação dos pensamentos automáticos; cartões de enfrentamento, entre outros são técnicas aplicadas durante um processo terapêutico com base na abordagem Cognitivo- Comportamental, que contribuem com o processo do autoconhecimento, reflexões e tomada de decisão na mudança de comportamento.	WILSON (2012) KUYKEN; PADESKY; DUDLEY (2010) WRIGHT, BASCO, THASE (2008) DOBSON(2006)	PUBMED PEPSIC

A Terapia Cognitivo Comportamental tem dado respostas no reajuste entre a situação problema e a resposta emocional e comportamental em um dado momento. Rangé (2008), aponta que para cada situação, existe uma técnica para a modificação e aprendizagem, e assim a psicoterapia baseada nessa abordagem enfoca diretamente o comportamento a ser modificado e o ambiente onde esse comportamento ocorre, em vez de investigar variáveis internas ou associadas à personalidade.

Para Karpf (2014) a gerontofobia é uma espécie de fobia, de medo persistente e anormal sem justificativa sobre o envelhecer onde tudo que é relacionado ao fato de ser idoso, de estar idoso, de conviver com alguém idoso, ocasiona infelicidades, independente da saúde e da posição financeira do sujeito fóxico. É mister citar que nas fobias em geral, o elemento fóxico, como descrito acima, pode estar também relacionado a um animal, uma situação ou qualquer outro elemento do cotidiano do indivíduo. Ao estar presente, este tem o poder de causar determinado bloqueio no indivíduo, que se vê imobilizado de agir, liberando assim uma forte carga emocional, e que tende a se instalar cada vez em seu processo cognitivo, incapacitando-o cada vez mais.

No caso do idoso que não aceita o envelhecimento, isso é dado como um comportamento disfuncional que foi aprendido e isso pode ter sido acionado por estímulos internos e externos, e durante a psicoterapia o idoso pode entender a velhice de maneira positiva, contribuir para que ela seja vivenciada de maneira mais saudável e tornar o envelhecer o processo pode ser favorável a melhoria de sua qualidade de vida. Para isso, é necessário um terapeuta cognitivo capaz de aprofundar essas questões necessárias para a mudança de comportamento (LARANJEIRA et.al, 2013).

Interessante citar a observação feita por Peixoto (1998) que, ao comentar o cenário brasileiro, argumenta que a introdução da noção de terceira idade representa uma importação das denominações adotadas pelas políticas públicas francesas, sendo o termo 'velho' gradativamente substituído por 'idoso' nos documentos oficiais.

Entretanto as ambigüidades próprias à nossa realidade fizeram com que certas imagens ganhassem sentidos mais sutis, tanto que o termo 'velho' parece se manter e é comumente utilizado para designar pessoas velhas de classes populares, enquanto 'idoso', mais respeitoso, é utilizado para aqueles de camadas médias e superiores (p.29).

Em idosos, a Terapia Cognitivo Comportamental é apontada como abordagem eficaz, apresentando melhora acentuada em sintomas depressivos, ansiosos e na saúde mental em geral (HENDRIKS et al., 2008; PINQUART; DUBERSTEIN; LYNESS, 2007).

Corroborando com o pensamento acima Caballo (2006), destaca que os terapeutas comportamentais são eficazes em suas técnicas, pois conseguem ofertar um destaque nas características comportamentais do agora sem deixar de lado os dados históricos do paciente. Para o autor, o terapeuta cognitivo comportamental oferece destaque ao reajuste da resposta comportamental como avaliação principal pelo qual analisa o processo terapêutico, tornando o tratamento mais objetivo e nesse sentido, com perspectivas de sucesso mais breve.

Levando em consideração esses aspectos no processo terapêutico, através do modelo de conceituação cognitiva, o paciente consegue detectar e aprender os processos relacionados à sua forma de pensar, formando uma aliança segura de participação ativa tanto do paciente quanto do próprio terapeuta, a fim de focar na resolução de problemas trazidos até a sessão, com o intuito de conquistar o bem-estar na vida do indivíduo (WILSON, 2012).

Assim, à medida em que o paciente relata seus sentimentos e acontecimentos que o incomodam, o próprio terapeuta começa de forma psicoeducativa a descrever alguns termos dentro da situação mencionada pelo paciente, fazendo com que o mesmo compreenda o que são os seus pensamentos, de que forma eles afetam os seus comportamentos, modificando as emoções que incomodam a partir da reflexão do mesmo (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2010).

Outra técnica utilizada e bem sucedida com idosos é a psicoeducação, técnica válida para explicar ao paciente sobre o seu próprio diagnóstico. É uma forma de desmistificar alguns medos ou crenças errôneas sobre o processo terapêutico ou sobre a doença em si. É uma forma do paciente compreender o transtorno, suas causas, sintomas e sinais que podem ajuda-lo na forma de enfrentar as situações eventuais da doença (DOBSON, 2006).

Diversos autores também apontaram no trabalho com idosos, a eficácia do instrumento chamado identificação dos pensamentos automáticos. Essa técnica irá contribuir com o objetivo de realizar uma reestruturação dos pensamentos que são considerados errôneos ou distorcidos da realidade do sujeito, possibilitando a compreensão do que pode prejudicar diretamente em seus comportamentos atuais, ajudando a identificar, avaliar e reestruturar os pensamentos que trazem emoções e atitudes negativas para o paciente (OLIVEIRA, 2011). No caso da pessoa idosa, a contribuição dessa técnica seria a de – uma vez identificado as cognições prejudiciais ao modo de vida do sujeito – modificar o pensamento de que a velhice é uma doença, diminuir /ou extinguir o medo em envelhecer ou a negação da velhice; e a partir de então, ressignificar todos esses aspectos, contribuindo assim, para uma vivência mais realista e adaptada para este idoso.

A partir do momento que o paciente começa a identificar os pensamentos automáticos

que são prejudiciais para a sua saúde mental, o próximo passo é fazer com que o mesmo consiga identificar as suas crenças intermediárias e centrais. Sempre almejando uma forma de tentar reestruturar suas cognições desadaptativas. Para isso, podemos utilizar vários formulários que irão ajudar ao paciente ter essa visão sobre a sua forma de interpretar as situações e sobre as suas crenças (KING; et al,2011).

Depois de compreender os seus pensamentos e identificar que eles estão equivocados, a técnica da ressignificação traz um importante papel de fazer com que o paciente compreenda e consiga dar um novo significado a uma situação que antes lhe trazia mal-estar, medo, preocupação, angústia e etc. É um instrumento que objetiva estimular uma resposta mais racional as situações vivenciadas pelo sujeito (KNAPP, 2004).

Outra intervenção utilizada, denominada por exame de evidências, se trata de uma técnica que ajuda o paciente a pensar sobre evidências positivas e negativas do seu próprio pensamento, levando-o a encontrar novas alternativas, tendo como objetivo procurar corrigir as suas cognições errôneas. Torna-se uma forma do paciente questionar e procurar provar para identificar se realmente o que está pensando é verídico (WILSON,2012).

Já os cartões de enfrentamento são estímulos feitos para o paciente conseguir se motivar diante situações problemas e ajudá-lo a reestruturar seus pensamentos. É uma técnica mais dinâmica, que ajuda o paciente a manter o foco e lembrar sobre os seus objetivos. Torna-se uma possibilidade de impulsionar o paciente a ter motivação a cerca do processo terapêutico e ressaltar o lado positivo dos acontecimentos (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Neste sentido, como visto, a Terapia Cognitivo possui o pressuposto de que as emoções e as respostas comportamentais de uma pessoa são condizentes com a forma de ela interpretar o mundo, em outras palavras, a forma de estruturar o mundo de um indivíduo interfere nos seus pensamentos, emoções e comportamentos, e assim, mudando o entendimento de que o idoso tem sobre a velhice patológica e inútil, surgirá uma nova compreensão acerca do que é envelhecer o que certamente contribuirá para que o mesmo desvincule a ideia da beleza e da jovialidade à garantia de felicidade, e comece a buscar a sua melhor versão nesse período da vida, como uma continuação aos demais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações dispostas no decorrer do trabalho, é notório que a Terapia Cognitivo Comportamental tem sido a abordagem mais bem avaliada no campo da ciência no que diz respeito a mudança de comportamento.

O ato de envelhecer nem sempre é bem aceito, em uma sociedade capitalista que propaga a produtividade e faz culto a beleza associando o feio ao ser velho, e esse sentimento de não pertencimento, pode gerar ansiedade no público idoso, aumentando sua preocupação como ser aceito, como passar ainda mais do tempo, com a finitude ou

chegada da morte. Esses tipos de pensamentos evoluem para um transtorno de ansiedade fóbica, conhecido como gerontofobia, que é a repulsa, medo em se tornar velho.

Apesar da gerontofobia não ter registro na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), ela pode ser percebida pela conduta do indivíduo, sendo essa, uma espécie de fobia, de medo persistente e anormal sem justificativa sobre o envelhecer. Dessa forma, o medo se torna excessivo se consumando um medo patológico.

Em concordância com os autores visto nesse trabalho, foi percebido que a terapia cognitivo comportamental é uma abordagem diretiva e com melhor tempo de resposta. No caso da gerontofobia em específico, destaca-se a importância dessa abordagem, uma vez que o trabalho em conjunto entre terapeuta e idoso no estabelecimento de objetivos da terapia e os sintomas que devem ser analisados, permitirão que os pensamentos que estão distorcidos sejam reajustados, e os que são realistas e trazem emoções não agradáveis passarão por uma busca de soluções de problemas, possibilitando assim melhor aceitação da velhice e a construção de uma vida mais saudável e com mais qualidade a partir desse entendimento.

É importante afirmar que o profissional precisa estar pronto e atualizado acerca das técnicas e dos desafios do envelhecimento, pois a gerontologia se constitui um desafio por si só para os profissionais da saúde. É preciso destacar aqui que um profissional preparado é aquele que consegue identificar os processos de fragilização e fortalecimento que podem ser usados a favor do próprio idoso.

Destaca-se que, falar sobre o medo de envelhecer, remete essa demanda não apenas a preocupação com o corpo, mas também com o medo do abandono, patologias advindas nessa fase entre as quais culminam na incapacidade física ou mental da pessoa idosa.

E para além da terapia cognitivo comportamental, cabe destacar, a importância desses profissionais dentro dos espaços de saúde e sociais, buscando propostas de intervenção com o objetivo de contribuir nas diversas práticas existentes, para que a expectativa de vida dessa população seja prazerosa, ativa e feliz.

Não obstante, é mister apontar que qualquer profissional (particularmente para este trabalho, o terapeuta) precisa analisar-se no tocante a se sentir capacitado ou não para esta atividade, haja vista que a gerontofobia pode se manifestar não somente nos idosos, mas também naqueles mais jovens, que ao observar em alguém mais vivido, possam ali enxergar seu futuro e recusarem a aceitá-lo. O fato de termos uma população cada vez mais idosa; a constatação de que esse é um cenário mundial; que outros países com qualidade de vida e de renda melhores do que o Brasil passam por dificuldades pelo envelhecimento de sua população; e de que o Brasil ainda precisa superar diversos entraves estruturantes, de modo a ofertar minimamente condições iguais aos seus cidadãos, só faz agravar a percepção de que ser “velho” neste país é realmente, não apenas um complicador, mas a certeza de que é a pior experiência da trajetória de sua vida. Para que essa ideia se

trasmute em uma práxis diferente, cabe a todas as camadas populacionais, a concepção de uma nova “terceira idade”.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, C. Psicologia do medo: como lidar com temores, fobias, angústias e pânicos. Tad. de João Batista Kreuch. Ed. Vozes, Petrópolis-RJ, 2007. 304p.

ARAÚJO, L. S.; PIMENTEL, A. A Concepção da Criança na Pós-Modernidade. Revista Psicologia Ciência e Profissão. vol. 7, nº 2, junho, 2007, Belém-PA, p. 184-193.

ALVES, R. M. A Importância da Psicoterapia na Terceira Idade com Enfoque na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): Relato De Experiência Disponível. Trabalho Apresentado no Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH, ano 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD4_SA3_ID2294_14102017160523.pdfAcesso em 7 de junho de 2020.

AREOSA, Sílvia V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? Revista Virtual Textos & Contextos. Porto Alegre, V.3, nº 1, p. 1-12, 2004. Disponível em: < <http://www.pucrs.br/textos/main.htm>>. Acesso em: 08 de junho 2020.

AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho; BULLA, Leonia Capaverde. Contexto Social e Relações Familiares: O Idoso Provedor. In: AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho. Terceira Idade na UNISC: Novos Desafios De Uma População Que Envelhece. EDUNISC. Santa Cruz do Sul, 2008.

BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Ed. Zahar, trad. Plínio Dentzien, Rio de Janeiro-RJ, 2014.

BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck anxiety inventory: manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1997.

BECK, Judith S. Terapia cognitiva para desafios clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2007. BYERS, A.M.etal. Occurrenceofmoodand anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry, v.67, n.5, p.489-496, 2010.

BEEKMAN, A. T. et al. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. American Journal of Psychiatry, v. 157, n. 1, p. 89-95, 2000.

BORGES, C.N.; BUENO, M.G.; LIMA, T.M. Consumo, estética e saúde femininas em páginas e discursos da revista Boa Forma. Congresso de Ciências da Comunicação. Campo Grande- MT. Anais. 2012.

BULLA, L.C.; KAEFER, C.O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. Revista Textos e Contextos. Porto Alegre: PUCRS, vol.2, nº1, 2003. Disponível em: <http://revista.eletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/issue/view/87>Acesso em: 15 de maio 2020.

BULLA, L. C.; KUNZLER, R. B. Envelhecimento e gênero: distintas formas de lazer no cotidiano. In: DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto J. C. da (Org.). Lazer, realização do ser humano: uma abordagem para além dos 60 anos. Porto Alegre: Dora Luzzatto, 2005.

BUTLER, A. C. et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, v. 26, n. 1, p. 17-31, 2006.

CABALLO, Vicente. *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental - Dos Transtornos da Atualidade*. Editora Santos Vol. II – São Paulo, 2006.

GANGULI, M. et al. Depressive symptoms and cognitive decline in late life: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, v. 63, n. 2, p. 153-160, 2006.

HENDRIKS, G. J. et al. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 117, n. 6, p. 403-411, 2008.

HOFMANN, S. G.; SMITS, J. A. J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 69, n. 4, 2008.

KNAPP, Paulo (Org.). *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LASLETT, Peter *A fresh map of life: the emergence of the third age*. Cambridge: Harvard University Press. 1991.

LIMA, C.V.O.; DERDYCK, P.R. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão*. In: RANGE, B. (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MARTINS da SILVA, Katiuscia *in Reabilitação Neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica*. Jacqueline Abrisqueta-Gomez et al. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NERI, Anita L. *Palavras-Chave em Gerontologia*. São Paulo: Alínea, 2008.

OLIVEIRA, MS et. al. *Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. v.7, n. 1, p. 30-34, 2011.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. *Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento*. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos* vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.2008.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. *Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PEIXOTO, Clarice *Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idosos, terceira idade...* In: Barros, Myriam Moraes Lins de (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: FGV. p.69-84.1998.

PINQUART, M.; DUBERSTEIN, P. R.; LYNESS, J. M. *Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis*. *Ageing & Mental Health*, v. 11, n. 6, 2007.

RAZZOUK, D.; ALVAREZ, C. E.; MARI, J. J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: LACERDA, A. L. T. et al. (Ed.). Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RANGÉ, Bernard (Org.). Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRISTÁN, S. V. L.; RANGEL, A. L. G. Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, v. 11, n. 2, 2009.

VINK, D.; AARTSEN, M. J.; SCHOEVEERS, R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. Journal of Affective Disorders, v. 106, n. 1-2, p. 29-44, 2008.

WILSON, Rob; BRANCH, Rhena (Org.). Terapia Cognitivo Comportamental Para Leigos. Rio de Janeiro: ALTA BOOKS, 2012.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

EFEITOS DO EXERCÍCIO AERÓBICO EM PACIENTES IDOSOS COM DAP (DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA): REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 19/05/2021

Bruna Maria Luna Oliveira Lira

Centro Universitário Uninovafapi- AFYA

Teresina – PI

<http://lattes.cnpq.br/0819339107533617>

RESUMO: Introdução: O envelhecimento da população global é algo concreto, com os idosos crescendo em número e destaque. Contudo, aliado a este crescimento, encontra-se a vulnerabilidade ao acometimento de inúmeras patologias, dentre as quais se podem citar as cardiovasculares. A doença arterial periférica é uma patologia que pode desencadear sinais e sintomas que levem a AVCs e/ou infarto, cuja prevalência aumenta com a idade, juntando-se a outras doenças dessa faixa etária. **Objetivo:** analisar, na literatura científica, os resultados do exercício aeróbico para os idosos acometidos pela doença arterial periférica. **Métodos:** realizou-se pesquisa bibliográfica acerca do tema, procedendo-se a uma revisão integrativa dos dados, os quais foram analisados e discutidos. O *corpus* proveio de 520 artigos publicados no período de 2015 a 2021. **Resultados:** foram selecionados 11 artigos, dentre estudos randomizados, revisão de literatura e estudo descritivo (relato de caso), e foram encontrados nos resultados que os tratamentos alternativos para DAP abordados oferecem melhoras significativas quanto à claudicação intermitente, desenvolvendo a

limitação funcional e a qualidade de vida no idoso, devendo ser observadas as condições de saúde do mesmo no ato da prescrição do tipo de treino aplicado. **Conclusão:** concluiu-se, com base nos artigos selecionados, que o exercício aeróbico em idosos com DAP se mostra eficaz, promovendo melhora na qualidade de vida e capacidade funcional; contudo, mais estudos devem ser realizados no intuito de promover uma melhor abordagem sobre a combinação da caminhada com o exercício resistido para o tratamento de idosos com doença arterial periférica.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Doença Arterial Periférica. Tratamento. Exercício.

ABSTRACT: Introduction: The aging of the global population is something concrete, with the elderly growing in number and prominence. However, allied to this growth, there is the vulnerability to the involvement of numerous pathologies, among which cardiovascular diseases can be mentioned. Peripheral arterial disease is a pathology that can trigger signs and symptoms that lead to strokes and / or infarction, whose prevalence increases with age, in addition to other diseases of this age group. **Objective:** to analyze, in the scientific literature, the results of aerobic exercise combined with physical strength training for the elderly affected by peripheral arterial disease. **Methods:** bibliographic research on the topic was carried out, proceeding to an integrative review of the data, which were analyzed and discussed. The corpus came from 520 articles published between 2010 and 2021. **Results:** 11 articles were selected, among

randomized studies, literature review and descriptive study (case report), and it was found in the results that the alternative treatments for PAD addressed offer significant improvements in terms of intermittent claudication, developing functional limitation and quality of life in the elderly, and the health conditions of the elderly must be observed when prescribing the type of training applied. **Conclusion:** it was concluded, based on the selected articles, that aerobic exercise in elderly people with PAD is effective, promoting improvement in quality of life and functional capacity; however, more studies should be carried out in order to promote a better approach on the combination of walking with resistance exercise for the treatment of elderly people with peripheral arterial disease.

KEYWORDS: Elderly. Peripheral Arterial Disease. Treatment. Exercise.

1 | INTRODUÇÃO

A quantidade de pessoas idosas no Brasil tem aumentando de forma progressiva, em consonância com a tendência global. Atualmente, o número de pessoas com mais de 60 anos consiste em 24 milhões de indivíduos e, conforme informações do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2025 essa quantidade irá chegar a 34 milhões, colocando a nação no sexto lugar entre os países com maior contingente populacional (MOURA, 2017).

Os idosos, à medida que crescem em número e destaque, vão desenvolvendo demandas em todos os campos ou áreas possíveis, bem como também vão se mostrando mais vulneráveis ao acometimento de diversas doenças (RIZOLLI; SURDI, 2015). As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas como o motivo mais genérico de óbitos em idosos (MAYS *et al.*, 2015).

Dentre as DCVs de maior acometimento, encontra-se a doença arterial periférica (DAP). A DAP consiste numa extensão da aterosclerose, doença que em que o indivíduo manifesta sintomas de caráter sistêmico, com acometimento, de forma degenerativa, das artérias de grande e médio calibre. Pode se manifestar de maneira crônica ou aguda, tendo como consequência o abalo isquêmico dos órgãos afastados em relação à lesão, nos terrenos cerebral, cardíaco e periférico (SANTOS; DAMATTO, 2017).

A DAP ocorre quando, através da progressão da aterosclerose, o fluxo sanguíneo nas artérias diminui de forma significativa, desencadeando conseqüente perda no aporte de oxigênio nas regiões distais a bifurcação da artéria aorta (MOTA *et al.*, 2017; VAZ *et al.*, 2016).

A doença arterial periférica (DAP) configura numa manifestação clínica relevante das patologias cardiovasculares (DCV) que tem como consequência uma ampliação da morbidade e mortalidade, principalmente na população da terceira idade (MAYS *et al.*, 2015). Representa uma incidência anual que se manifesta em 20 a cada 1.000 indivíduos com idade superior a 65 anos (ALLEN *et al.*, 2015).

Por ser uma doença que apresenta concomitância e profunda relação com patologias relacionadas ao coração e cérebro, a DAP exige uma atenção mais intensa, pois

se sabe que pode impulsionar os índices de acometimentos isquêmicos e suas inevitáveis consequências para o organismo, como ausência de independência e até mesmo a morte (ALVIM *et al.*, 2018).

A principal consequência da DAP consiste na claudicação intermitente, uma dor isquêmica que vai desencadeando, aos poucos, limitação física na pessoa acometida, onde a pessoa vai perdendo, gradativamente, suas capacidades físicas; a partir do momento que essa dor se instala nos membros inferiores, o grau de acometimento pode fazer com o indivíduo até mesmo pare de andar normalmente (GARDNER *et al.*, 2016).

Nesse caso, como alternativa para esses pacientes que são acometidos de fortes dores decorrentes da doença arterial periférica, a literatura atual cita, além dos métodos de caráter invasivo, como a angioplastia e cirurgia, a utilização de exercícios aeróbicos e de força (SANTAREM, 2015).

Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo buscar identificar, na literatura científica, a importância dos exercícios físicos como tratamento para a Doença Arterial Periférica em indivíduos idosos, analisando a necessidade de recomendações para estudos futuros.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo consistiu numa revisão integrativa, de caráter descritivo, em que se promove uma reflexão acerca dos efeitos do exercício aeróbico em conjunto com o treinamento de força para o idoso com doença arterial periférica.

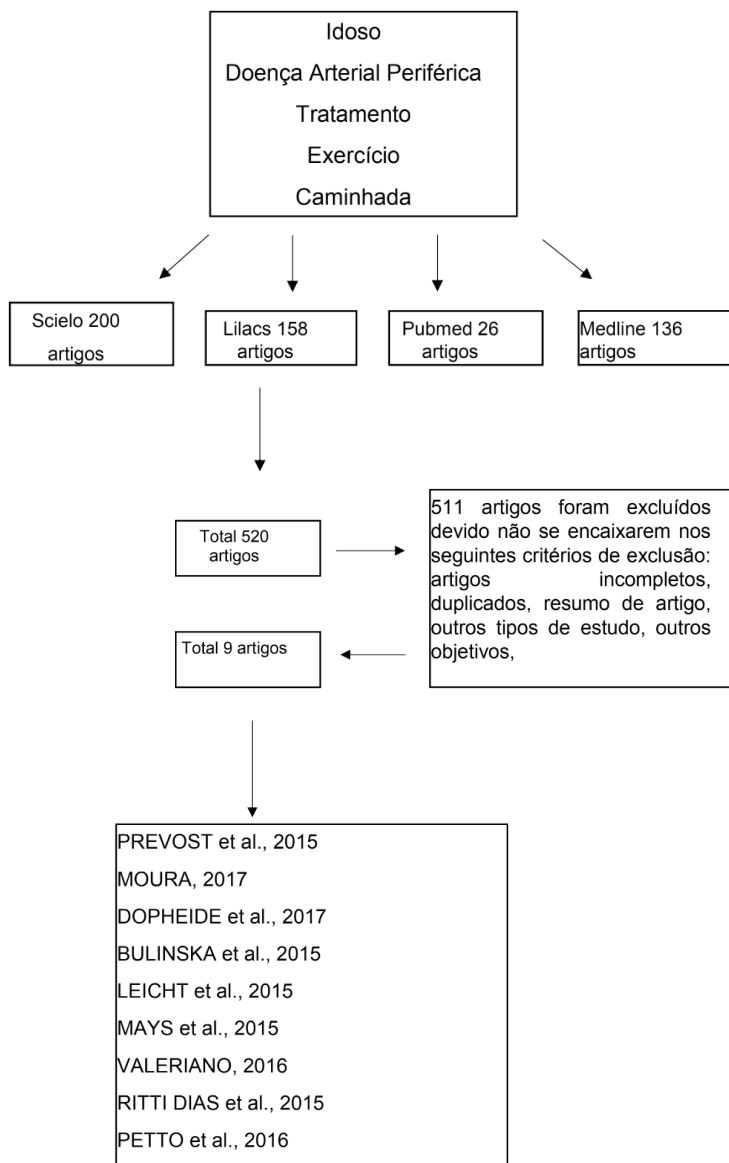
O levantamento da bibliografia se deu nas bases de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no *Scientific Electronic Library* (SciELO), *National Library Medicine* (PUBMED) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), através dos seguintes descritores de saúde selecionados: *idoso, doença arterial periférica, tratamento, exercício*, totalizando 520 artigos que, após seleção conforme os critérios estipulados, tiveram uma diminuição para 09 artigos.

Para os critérios de inclusão das pesquisas foram selecionados os artigos que discutiam mais quantidade de descritores, correspondente, que após leitura, foram catalogados e tiveram seus dados gerais dispostos em forma de quadro, contendo o nome dos autores, ano da publicação, objetivo do estudo, método e resultados. Os critérios de inclusão das pesquisas também consistiram em artigos científicos relacionados à temática e publicados no período compreendido entre 2015 a 2021, tendo como idiomas definidos para o estudo o português e o inglês.

Após a seleção dos resumos dos artigos, foram excluídos aqueles que estavam em outro idioma que não o português e o inglês, bem como aqueles que abordavam apenas tratamentos convencionais da doença e também aqueles que só abordavam faixa etária jovem.

3 I RESULTADOS

No quadro 1 estão expostas em forma de fluxograma os resultados das bases de dados.



No quadro 2 estão os dados de identificação das publicações selecionadas.

Autor/ Ano	Objetivo	Métodos	Resultados
Prevost <i>et al.</i> , (2015)	Verificar a eficácia de programa de exercícios para pacientes com DAP	Pacientes com índice tornozelo-braço (ITB) menor que 0,9 em pelo menos um membro e distância de claudicação absoluta (DAC) \leq 500 metros foram incluídos no estudo. Qualidade de vida (QV) medida pelo SF-36, fatores de risco cardiovascular e parâmetros funcionais foram avaliados em 0, 3, 6 e 12 meses.	Os riscos cardiovasculares foram controlados e estabilizados ao longo do tempo. As pontuações do SF-36 melhoraram significativamente e permaneceram estáveis. A distância de claudicação inicial e absoluta (ICD e ACD), bem como outros parâmetros funcionais melhoraram significativamente (6 meses: +138 m ou + 203% ICD e +139 m ou + 84% ACD).
Moura, (2017)	Avaliar os efeitos do treinamento aeróbico em idosos com DAP.	Revisão integrativa de literatura.	Dentre os artigos selecionados, 5 estudos avaliaram o desempenho da caminhada, 1 abordou a composição corporal, 1 investigou capacidade funcional e qualidade de vida e 1 verificou a inflamação e ativação plaquetária em idosos com DAP.
Dopheide <i>et al.</i> , (2017)	Verificar os resultados do treinamento físico em pacientes com DAP	40 pacientes com claudicação intermitente (CI) [2 grupos: TE supervisionado (SET) vs. TE não supervisionado (nSET), cada n = 20] e 20 controles saudáveis foram incluídos no estudo. A análise de TEM e CAC foi realizada a partir de sangue total por citometria de fluxo.	Em comparação com controles saudáveis, encontramos proporções aumentadas de CAC ($p < 0,0001$) e números semelhantes de TEM em ambos os grupos de TE. No follow-up (FU) as proporções TEM aumentaram ($p < 0,001$) e as proporções CAC diminuíram ($p < 0,01$), mas ambas mais significativamente em SET ($p < 0,001$) do que nSET ($p = 0,01$). Apenas no SET os níveis de fibrinogênio diminuíram e VEGF-A aumentou (ambos $p < 0,05$). Por fim, encontramos em ambos os grupos de TE um aumento significativo na distância percorrida absoluta, mas com um aumento individual maior na SET ($p < 0,01$).

<p>Bulinska <i>et al.</i>, (2015)</p>	<p>Comparar a eficácia do treinamento de caminhada nórdica com vara com o treinamento tradicional em esteira em uma claudicação.</p>	<p>Pacientes com claudicação intermitente (CI) (n = 70; idade = 68,27) na classe II de Fontaine foram randomizados em dois programas de reabilitação de três meses realizados três vezes por semana. TT foi concluído por 31 pacientes, NPW por 21. A capacidade de caminhada foi medida por um teste ergométrico (ETT) com o protocolo de Gardner-Skinner (antes e depois do programa) e teste de caminhada de seis minutos (TC6) (antes, durante e após o programa).</p>	<p>Em um ETT, ambos os grupos alcançaram aumento significativo na DC e MWD ($p \leq 0,005$). No TC6, o grupo NPW atingiu aumento significativo tanto no DC ($p = 0,001$) quanto no MWD ($p = 0,001$), enquanto o grupo TT apenas no MWD ($p = 0,001$).</p>
<p>Leicht <i>et al.</i>, (2015)</p>	<p>Avaliar o impacto de um programa regular de exercícios supervisionados sobre gordura corporal e padrões alimentares de pacientes com DAP com IC.</p>	<p>A gordura corporal, os padrões alimentares e a capacidade de locomoção foram avaliados em 11 adultos saudáveis (Controle) e pacientes com CI pareados por idade e massa que realizaram os cuidados usuais (n = 10; CI-Con) ou exercícios supervisionados (12 meses; n = 10; IC-Ex).</p>	<p>Todos os grupos exibiram gordura corporal e padrões alimentares semelhantes. A capacidade máxima de locomoção foi maior para os participantes do controle e semelhante para os pacientes IC-Ex e IC-Con. O exercício supervisionado resultou em melhorias significativamente maiores na capacidade máxima de caminhada (IC-Ex 148% -170% vs. IC-Con 29% -52%) e aumentos menores na gordura corporal (IC-Ex -2,1% -1,4% vs. IC -Con 8,4% -10%). Os pacientes com IC-Con exibiram aumentos significativamente maiores na gordura corporal em comparação com o controle no acompanhamento (8,4% -10% vs. -0,6% -1,4%).</p>
<p>Mays <i>et al.</i>, (2015)</p>	<p>Determinar a eficácia de um programa de exercícios de caminhada em pacientes com DAP.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado e controlado que incluiu pacientes com DAP (n = 25) que receberam terapia endovascular periférica ou apresentavam claudicação estável. Os pacientes randomizados para o grupo de intervenção receberam um programa abrangente de exercícios de caminhada com base na comunidade com elementos de TMC durante 14 semanas.</p>	<p>O resultado primário nas análises de intenção de tratar (ITT) foi o tempo máximo de caminhada (PWT) em uma esteira graduada. Os desfechos secundários incluíram o tempo de início da claudicação (COT) e os resultados relatados pelo paciente avaliados por meio do Walking Impairment Questionnaire (WIQ).</p>

Valeriano, (2016)	Revisar na literatura terapias alternativas para o tratamento de idosos com DAP	Revisão integrativa de literatura	Foram selecionados 10 artigos, sendo seis ensaios clínicos aleatorizados, duas revisões da literatura, uma revisão sistemática e um estudo de viabilidade. Três desses artigos avaliaram o treino de resistência muscular de membros inferiores (MMII), dois analisaram o fortalecimento de flexores plantares, três abordaram a eletroestimulação muscular, um avaliou o uso do cicloergometro de membro superior e um artigo utilizou aparelho de compressão mecânica da musculatura da panturrilha.
Ritti Dias <i>et al.</i> , (2015)	Analisar efeitos do treinamento de força na capacidade de caminhada de pacientes com claudicação em comparação aos efeitos do treinamento de caminhada	Trinta pacientes com CI foram randomizados em ST e WT. Ambos os grupos treinaram duas vezes por semana durante 12 semanas na mesma taxa de esforço percebido. ST consistia em três séries de 10 repetições de exercícios de corpo inteiro. O WT consistia em 15 sessões de caminhada de 2 minutos. Antes e depois do programa de treinamento de capacidade de caminhada, foram medidos o VO (2), VO (2) de pico na primeira fase do teste de esteira, o índice tornozelo-braquial, a janela isquêmica e a força de extensão do joelho.	ST melhorou a distância de claudicação inicial (358 +/- 224 vs 504 +/- 276 metros; P <0,01), distância total de caminhada (618 +/- 282 a 775 +/- 334 metros; P <0,01), VO (2) na primeira fase do teste de esteira (9,7 +/- 2,6 vs 8,1 +/- 1,7 mL.kg (-1) .minuto; P <0,01), janela isquêmica (0,81 +/- 1,16 vs 0,43 +/- 0,47 mm Hg metros minutos (-1); P = 0,04) e força de extensão do joelho (19 +/- 9 vs 21 +/- 8 kg e 21 +/- 9 vs 23 +/- 9; P <0,01) Aumentos de força correlacionados com o aumento da distância de claudicação inicial (r = 0,64; P = 0,01) e com a diminuição do VO (2) medido na primeira fase do teste de esteira (r = -0,52; P = 0,04 e r = -0,55; P = 0,03). As adaptações após o ST foram semelhantes às observadas após o WT; no entanto, os pacientes relataram menos dor durante o TP do que o WT (P <0,01).
Petto <i>et al.</i> , (2016)	Avaliar a eficácia de um programa de condicionamento em esteira sobre a tolerância de caminhada de um indivíduo com DAP.	Indivíduo masculino, 74 anos, foi submetido a um Teste de Tolerância Máxima à Caminhada (TTMC) em esteira ergométrica a 2,0 km/h e posteriormente a um programa de condicionamento realizado três vezes por semana em sete séries de 80% do TTMC, com um minuto de descanso, a 2,0 km/h durante quatro meses. Após esse período realizou-se novo TTMC.	Foi observado que a TC aumentou 663%, ocorrendo também diminuição do número de paradas para descanso nos percursos habituais. Os resultados sugerem que o treinamento em esteira foi eficiente na melhora da TC nesse indivíduo.

Carvalho <i>et al.</i> , (2020)	Aborda exclusivamente a intervenção com base na prática de exercícios físicos direcionadas aos pacientes com DCV	Revisão integrativa de literatura	
Gommans <i>et al.</i> , (2015)	Analisar a segurança do treinamento físico supervisionado em pacientes com CI.	Dois autores estudaram independentemente ensaios clínicos investigando SET. Os dados foram obtidos no MEDLINE, EMBASE e no Cochrane Central Register of Controlled Trials. As taxas de complicações foram calculadas e expressas como número de eventos por número de pacientes-hora. A utilidade da triagem cardíaca antes de SET foi avaliada em uma subanálise.	O SET pode ser prescrito com segurança em pacientes com CI porque foi encontrada uma taxa de complicações em todas as causas extremamente baixa. A triagem cardíaca de rotina antes de iniciar o SET não é necessária. Nossos resultados podem diminuir as incertezas percebidas em relação à segurança e possivelmente aumentar o uso de SET na prática diária.

Quadro 2 – Identificação dos artigos selecionados nas bases de dados.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Efeitos do exercício aeróbico aliado ao treino físico de força para idosos com Doença Arterial Periférica

Indivíduos que apresentam a DAP tendem a ser tolerantes ao esforço físico, especialmente na capacidade de se locomover; essa incapacidade física aparenta ter associação com a fase de evolução da doença, de maneira que, a medida que a doença avança, mais o indivíduo vai ficando incapaz funcionalmente, ainda mais se a idade vai avançando. Pesquisas de análise de níveis de atividade física e testes de exercícios aeróbicos/caminhada inferiram que a função física e os níveis diários de exercício físico apresentam diminuição conforme a doença vai se agravando.

Sabe-se que a prática do exercício ou atividade física tem capacidade de atenuar ou minimizar de maneira significativa os efeitos do envelhecimento, promovendo a reintegração do idoso as suas atividades cotidianas, melhorando seu bem estar e atenuando efeitos e surgimento de patologias típicas da idade avançada (MOURA, 2017)

No caso da doença arterial periférica, uma vez que já se encontra em ação no corpo, só tende a se desenvolver e prejudicar as atividades diárias do idoso; é dentro desse contexto que o tratamento com exercício físico é indicado, tanto o exercício aeróbico como o treino de força, sendo eficazes para ampliar o tempo de caminhada, por exemplo, atuando na claudicação intermitente, na capacidade funcional e melhora da qualidade de vida (DOPHEIDE *et al.*, 2017).

Grande parte dos estudos analisados é unânime ao afirmar que estes tratamentos alternativos, como a caminhada e o exercício resistido, um bom caminho para a redução

de gastos com tratamentos em grandes centros de reabilitação e procedimentos cirúrgicos, como o uso de métodos e equipamentos de baixo custo (BULINSKA et al., 2015; DOPHEIDE et al., 2015).

O tratamento com exercícios deve ser indicado, primordialmente, pela sua eficácia elevada, uma vez que aproximadamente 70% dos pacientes somente apresentam melhora com este método; além disso, o risco de não dar certo é baixo e o custo também é baixo, se comparado a outras formas de tratamento (LEICHT; CROWTHER; GOLLEDGE, 2015).

Quando se fala em treinamento aeróbico e treino de força aliados, está se falando de treino combinado. Sobre treino combinado, Garcia (2019, p. 21) coloca que o treinamento combinado é um método de treinamento onde o paciente é submetido a treinamento de duas modalidades de EF na mesma sessão: trabalho aeróbico em esteira rolante, cicloergômetro, ou outras modalidades cíclicas, seguido de treino de força, com diversos grupamentos musculares de membros superiores e inferiores. Este método de treinamento surgiu para ser aplicado em cardiopatas e pacientes com DAOP na década de 2000, tendo seus primeiros estudos em pacientes com insuficiência cardíaca nos grupos do Dr. Berlardinelli e Dr. Kitzmann, sendo bastante difundido no mundo e em nosso meio. No Brasil, o pioneiro foi Dr Carlos Eduardo Negrão da unidade de reabilitação do Instituto do Coração (Incor), SP.

A caminhada se faz excelente para os idosos com DAP, pois, além de ser de baixo custo, proporciona melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, atenuando a gordura corporal e promovendo uma melhor circulação sanguínea (MOURA, 2017).

Mays et al. (2015), em seu estudo, ressaltam que os exercícios de força podem atuar revertendo ou retardando os efeitos degenerativos desencadeados pela DAP, que basicamente são os mesmos efeitos decorrentes em idosos sem doença, devido ao sedentarismo e envelhecimento; dentro desse processo degenerativo, pode-se citar redução da massa muscular, alterações das funções nervosas, diminuição da força.

O exercício resistido em indivíduos com DAP é capaz de melhorar a aptidão física, a capacidade deambulatoria aumentando a distância e velocidade de caminhada, também apresenta melhoras na capacidade de subir e descer escadas e na força muscular (VALERIANO, 2016).

Nesse contexto, vale lembrar que alguns indivíduos idosos com diagnóstico de DAP podem apresentar modificações osteomioarticulares, ou seja, desenvolvem medo por quedas, são contrários à caminhada ou então mostram fragilidade ao realizar uma caminhada limitada. Casos assim requerem um tratamento alternativo como o exercício de força, uma vez que fazem uso de posições com maior estabilidade, como fazer exercício sentado ou num supino, por exemplo.

Uma vantagem relevante do treino resistido em relação a outros tipos de exercício físico, principalmente a caminhada, é a falta de manifestação da claudicação no momento de realização do programa de treinamento. Valeriano (2016), em seu estudo sobre doença

arterial periférica, analisou o trabalho de outros autores e observou que nenhum deles relatou o acometimento de claudicação no treino resistido, sendo uma queixa geral dos indivíduos com DAP, e que tem sido indicada como um dos elementos de comprometimento da aderência ao tratamento.

Contudo, em estudo feito com 46 indivíduos, foi verificado que a caminhada também apresenta diversas vantagens para essa faixa etária, servindo, dentre outras coisas, para fortalecer a musculatura, prevenindo fraturas e quedas; melhora o grau de condicionamento físico; diminui o risco de complicações cardíacas; melhora cognitiva; além da melhora da circulação sanguínea, crucial para indivíduos acometidos por DAP (PREVOST et al., 2015).

A caminhada, além de se mostrar eficaz, ainda apresenta a vantagem de ser considerada a mais segura dentre as atividades aeróbicas e, nessa faixa etária de 60 anos ou mais, não deve evoluir para a corrida para que não se tenha lesões nas articulações; além do mais, o tempo de caminhada também deve ser definido para o idoso com DAP devido à claudicação intermitente, que geralmente se manifesta quando o limite de dor do indivíduo é ultrapassado (MOURA, 2017).

Para o exercício resistido, como se trata de uma faixa etária que, normalmente, é acometida por comorbidades variadas, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doenças que afetam o cérebro e o coração, é necessário que a prescrição destes exercícios seja realizada levando em conta essas limitações, além da doença arterial periférica. Para isso, é fundamental que, antes de iniciar o programa de exercícios, o indivíduo se submeta a uma avaliação médica que possibilite diagnosticar quais as patologias existentes para que a condição física seja atestada para a realização do exercício (VALERIANO, 2016; MAYS et al., 2015).

Nesse contexto, uma vez definida a condição física para a realização do exercício, deve se ater ao número de exercícios realizados, bem como os grupos musculares que terão ênfase. Com relação à quantidade de exercícios, a literatura não aponta um número exato, contudo, é sugerido, aproximadamente, de seis a dez exercícios, sendo uma faixa suportada pelo indivíduo idoso com DAP.

Já o estudo de RITTI DIAS et al. (2015) faz uma análise dos efeitos do treinamento resistido em comparação com os exercícios de caminhada, no que se refere a capacidade de andar e nível da dor durante os exercícios, em pessoas de 65 anos, em média; com 30 pacientes, medindo esforço percebido por uma escala, concluiu que tanto o treinamento de força quanto a prática da caminhada são eficazes e promovem a melhora da limitação pessoal, quando executados com duração, frequência e esforço equivalentes.

Petto et al. (2016), que analisou as diferentes formas de tratamento para a DAP, bem como os resultados desses tratamentos, verificou que a realização da caminhada, ao ar livre, pode sim ser uma ótima aliada em pacientes idosos com claudicação, sendo um tratamento de baixo custo e que também ajuda a melhorar a qualidade de vida dos mesmos; ressaltou, porém, que o limite da dor deve ser observado, que a capacidade de

caminhada varia entre as faixas etárias.

Nesse contexto, a literatura também pontua expressamente a dor como fator limitador durante a prática da caminhada, fazendo com que pacientes recorram a métodos alternativos para terem um resultado maior, e é uma preocupação maior entre os indivíduos idosos (MOURA, 2017; ALVIM et al., 2017). Essas terapias alternativas diminuem o tempo das sessões, uma vez que fazem uso de recursos básicos, requerendo apenas uma mínima supervisão; constituem numa alternativa a mais para evitar que a doença evolua, que é o caso do treinamento resistido (VALERIANO, 2016).

Fulano et al. (2020) apontou, em estudo, que os exercícios em geral, seja treinamento aeróbico como treino de força, em pacientes sintomáticos, têm capacidade para alterar a morbimortalidade pela doença, atenuando os sintomas, melhorando a qualidade de vida e ampliando a distância máxima caminhada; os exercícios físicos realizados com supervisão têm se apresentado mais efetivos do que os realizados sem supervisão (CARVALHO et al., 2020).

A supervisão direta, de fato, proporciona uma qualidade e um resultado maior na caminhada de livre de dor, por exemplo, se comparado a um treinamento que não tem supervisão. A atividade física tem se mostrada segura. Na maior parte dos estudos são executadas atividades de caminhada, a fim de buscar sempre a avaliação da claudicação (GOMMANS et al., 2015).

Levando-se em consideração a análise da literatura acerca do tema, pode-se afirmar que tanto a caminhada quanto o exercício de força podem ser úteis como tratamento alternativo para os idosos portadores de doença arterial periférica, desde que observadas as condições de cada tratamento para esta faixa etária.

5 | CONCLUSÃO

Concluiu-se, com esta revisão bibliográfica, que o efeito do exercício físico, aeróbico e exercício resistido, apresenta eficácia para idosos com DAP, para tratar a claudicação intermitente, além de promover melhora na capacidade funcional e na qualidade de vida, além de apresentar baixo custo em relação a outras formas de tratamento.

Contudo, pôde-se observar, na literatura disponível, uma quantidade pequena de estudos referentes à utilização do exercício resistido de força aliado ao exercício aeróbico do tipo caminhada como forma de tratamento para idosos com DAP; ambas as formas de tratamento foram mais analisadas isoladamente, sendo poucos os estudos de comparação.

Desta forma, mais estudos devem ser realizados no intuito de promover uma melhor abordagem sobre a combinação da caminhada com o exercício resistido para o tratamento de idosos com doença arterial periférica, a fim de evidenciar a eficácia dessa aliança para a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Mariana Macedo et al. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. 2017, vol.20, n.4, pp.463-473.

ALVIM, Rafael de Oliveira et al. Prevalência de doença arterial periférica e fatores de risco associados em uma população rural brasileira: Estudo Corações de Baependi. **International Journal of Cardiovascular Sciences.** 31 (4); 405-413, 2018.

ARAGÃO, Danilo Ribeiro do Nascimento. **A percepção do tempo através do processo de envelhecimento.** Portal de Conferências da UnB, 24º Congresso de Iniciação Científica da Unb e 15º do DF, 2018.

BULINSKA, K. et al. Nordic pole walking improves walking capacity in patients with intermittent claudication: a randomized controlled trial. **Journal Disability and Rehabilitation,** v. 38, n. 13, p. 1318-24, 2015

CARVALHO, T.; MILANI, M.; FERRAZ A. S.; SILVEIRA, A. D.; HERDY, A. H.; HOSSRI, C. A. C, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arq Bras Cardiol.**; 114(5):943-987, 2020.

DE LUCCIA, Vice-Coordenador Nelson; COVRE, Marcos R.; PRESTI, Calógero. **Doença Arterial Periférica Obstrutiva de membros inferiores: diagnóstico e tratamento.** 2015.

DINIZ, J.N.; PIRES R.C.C.P. Percepção da doença arterial obstrutiva periférica por pacientes classe I ou II de Fontaine de um Programa de Saúde da Família. **J. Vasc. Bras.,** n. 9, v. 3, p. 124-130, 2015.

DOPHEIDE, J. et al. Influence of exercise training on proangiogenic TIE-2 monocytes and circulating angiogenic cells in patients with peripheral arterial disease. **Clinical research in cardiology.** v.105, p.666-676, 2017.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP** [online], vol.46, n.6, pp.1494-1502, 2015.

GARDNER, A. W. et al. Diabetic women are poor responders to exercise rehabilitation in the treatment of claudication. **J Vasc Surg,** v. 59, n. 4, p. 1036-43, Apr 2016.

LEICHT, A.; CROWTHER, R.; GOLLEDGE, J. Influence of regular exercise on body fat and eating patterns of patients with intermittent claudication. **Int. J. Mol. Sci.** v.16, p. 11339-11354, 2015.

LIMA, A. C. **Avaliação da prevalência de doença arterial obstrutiva periférica e fatores de risco associados em indivíduos com Diabetes Mellitus residentes na cidade de Santa Cruz-RN.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MANZARO, S. C. F. **Envelhecimento: idoso, velhice ou terceira idade?** 2015.

MAYS, R. J. et al. Community-based walking exercise for peripheral artery disease: An exploratory pilot study. **Vasc Med,** v. 20, n. 4, p. 339-47, Aug 2015.

MOTA, T. C. et al. **Doença arterial obstrutiva periférica**: revisão integrativa. v. 53, n. 1, p.120-5, jul.-set., 2017.

MOURA, Gilcilene Garcia de. **Efeitos de treinamento aeróbico em idosos com doença arterial periférica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação). Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2017.

PETTO, Jefferson et al. Eficácia de um programa de condicionamento físico intervalado sobre a tolerância de caminhada em um indivíduo com doença arterial obstrutiva periférica. **Fisioterapia Brasil**, v. 12, n. 6, 2016.

PREVOST, A. et al. Education and home based training for intermittent claudication: functional effects and quality of life. **Eur J Prev Cardiol**, v. 22, n. 3, p. 373-9, Mar 2015.

RITTI-DIAS, R. M. et al. Strength training increases walking tolerance in intermittent claudication patients: randomized trial. **J Vasc Surg**, v. 51, n. 1, p. 89-95, Jan 2015.

SANTOS TAVARES, Darlene Mara et al. Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 21-27, 2015.

SANTOS, Sione Cordeiro; DAMATTO, Ricardo Luiz. **Os benefícios do exercício resistido para idosos**. O mundo da Saúde, 2017.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

VALERIANO, Mariane Cássia Paixão. **Existem terapias alternativas ao tratamento convencional aplicáveis em idosos com Doença Arterial Periférica?** Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação). Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2016.

VAZ, C. et al. Doença Arterial Periférica e Qualidade de Vida. **Angiologia e Cirurgia Vasculiar**, Lisboa, v.9, n.1, p. 17-23 2016.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 89-101, 2018.

CAPÍTULO 6

FONOAUDIOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Frances Tockus Wosiacki

Universidade Tuiuti do Paraná
Fonoaudióloga, Mestranda em Distúrbios da
Comunicação- UTP
Curitiba- Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8423271556507562>

Ana Cristina Guarinello

Universidade Tuiuti do Paraná
Fonoaudióloga, Doutora em Linguística - UFPR
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4471825150364756>

Adrielle Barbosa Paisca

Universidade Tuiuti do Paraná
Fonoaudióloga, Mestranda em Distúrbios da
Comunicação – UTP
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5906642690646665>

Telma Pelaes de Carvalho

Instituto Federal do Paraná
Enfermeira, Doutora e Pós-doutora em
Distúrbios da Comunicação - UTP
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1926420088217255>

Ana Paula Hey

Universidade Tuiuti do Paraná
Enfermeira, Mestra em Cirurgia- PUC PR
Docente da Universidade Tuiuti do Paraná
Curitiba- Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0321209362147365>

Débora Lüders

Universidade Tuiuti do Paraná
Doutora em distúrbios da comunicação- UTP
Curitiba- Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4946745761725328>

Roberta Vettorazzi Souza Batista

Universidade Tuiuti do Paraná
Graduanda em Fonoaudiologia- UTP
Curitiba- Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5361215260853980>

Giselle Aparecida de Athayde Massi

Universidade Tuiuti do Paraná
Fonoaudióloga, Mestre e Doutora em
Linguística - UFPR. Pós-doutora em Promoção
de Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública
de Portugal
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9028356645604400>

RESUMO: Introdução: A sociedade atual potencializa a longevidade, tomando-a como conquista, porém, nega aos velhos o seu valor e importância social. Nesse contexto, dentre as diferentes áreas do conhecimento, a Fonoaudiologia é uma área que permeia as relações interpessoais, atuando no âmbito da linguagem, voz, motricidade oral, saúde coletiva, que incidem nas relações cotidianas, capazes de promover autonomia e qualidade de vida da população idosa. **Objetivo:** Conhecer, por meio de uma revisão bibliográfica integrativa, como a Fonoaudiologia trabalha com a qualidade de vida da população idosa. **Método:** Revisão do tipo sistemática e integrativa de textos de estudos

desenvolvidos no contexto brasileiro, publicados no período entre 2009 e 2020 nas bases de dados Scopus e Lilacs. Os descritores utilizados envolveram os termos ‘velhice’, ‘qualidade de vida’ e ‘fonoaudiologia’, combinados com o boleano “and”. **Resultados:** Dez artigos foram selecionados. Todos envolvidos com melhora da qualidade de vida, após intervenções clínicas. Nesse sentido, ressaltam os efeitos das intervenções na auto-confiança e positividade vinculada à fala, mastigação e aparência facial, além de melhora nos domínios físicos e psíquicos relacionados a audição. Porém, nenhum estudo voltou-se à qualidade de vida a partir de histórias de vida, empoderamento e autonomia de pessoas idosas. **Conclusão:** Foi possível perceber a necessidade de ampliar o foco da pesquisa e do trabalho clínico fonoaudiológico para além dos sintomas. Há que se desenvolver estudos em que o trabalho clínico e/ou voltado à promoção da saúde, para além do foco em dificuldades, possa dar voz ao sujeito em aspectos que tocam suas condições de vida.

PLAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Fonoaudiologia; Qualidade de vida; Revisão Sistemática.

PHONOAUDIOLOGY AND QUALITY OF LIFE IN OLD AGE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Today’s society enhances longevity, taking it as an achievement, however, it denies old people its social value and importance. In this context, among the different areas of knowledge, Speech Therapy is relevant because it operates in fields that permeate interpersonal relationships, that can be in the scope of language, voice, oral motor skills, and collective health, which affect everyday relationships, promoting autonomy and quality of life of the elderly population. **Objective:** To learn, through an integrative bibliographic review, how speech therapy works with the quality of life of the elderly population. **Methods:** Systematic and integrative review of study texts developed in the Brazilian context, published between 2009 and 2020 in the Scopus and Lilacs databases. The descriptors used involved the terms ‘old age’, ‘quality of life’ and ‘speech therapy’, combined with the boolean ‘and’. **Results:** Ten articles were selected. All involved in improving the quality of life, after clinical interventions. In this sense, they emphasized the effects of interventions on self-confidence and positivity linked to speech, chewing and facial appearance. Improvement in the physical and psychological domains related to hearing. However, no study has focused on quality of life based on life stories, empowerment and autonomy of elderly people. **Conclusion:** It was possible to perform the need to expand the focus of research and clinical speech therapy work beyond the symptoms. It is necessary to develop studies where clinical and/or health promotion work, in addition to focusing on difficulties, can give the subject a voice in all aspects that affect their life conditions.

KEYWORDS: Aging; Quality of Life; Speech, Language and Hearing Sciences; Systematic Review.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é inerente à vida, comum a todos os homens e mulheres e, portanto, natural (WILLIG, 2012). Entretanto, a velhice tem assumido uma conotação negativa, a

qual, desconsiderando condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos, atribui ao velho um lugar marginalizado. Essa posição marginal vincula-se a uma visão simplista que enfoca as pessoas idosas como incapazes de atender às expectativas de produção e acumulação de capital, próprias de uma sociedade de consumo, em que apenas o novo é valorizado. Assim, ainda que a sociedade atual potencialize a longevidade, entendendo-a como uma conquista de toda a humanidade, nega aos velhos o seu valor e importância social (SHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Estudos apontam obstáculos para a compreensão da naturalidade do processo de envelhecimento, uma vez que enfocam negativamente as mudanças físicas, próprias desse processo, em detrimento do entendimento da velhice como conquista (GAMBURGO; MONTEIRO, 2009; FERREIRA *et al.*, 2012). No encaixo de uma perspectiva que entende a velhice como parte do curso da vida, repleta de possibilidades e potencialidades, que extrapolam o mero prolongamento da vida de homens e mulheres, bem como de suas mudanças fisiológicas, este estudo busca apontar para a urgência da necessidade de voltar a atenção para as condições de vida das pessoas idosas, na atualidade.

Tais condições, tanto de um ponto de vista subjetivo como de um ponto de vista objetivo, devem ser consideradas para que seja possível promover Qualidade de Vida (QV) do sujeito que envelhece. Por um viés subjetivo, é preciso levar em conta os projetos de vida individuais e os sentimentos que fazem parte das histórias de vida das pessoas. Conforme Minayo *et al.*, 2000, esses sentimentos se vinculam a representações sociais que são formadas durante a vida, a partir da compreensão que cada pessoa estabelece sobre bem-estar, felicidade, amor e satisfação. De um ponto de vista mais objetivo, a qualidade de vida pessoal e comunitária é analisada em função de uma gama de fatores, tais como os biológicos, sociais, econômicos, educacionais e políticos, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas e programas essenciais para balizar a Promoção da Saúde (PNPS, 2018).

Segundo a World Health Organization, 1994, a QV é descrita como a compreensão de cada indivíduo sobre o lugar que ocupa nos âmbitos da cultura, dentro do meio social em que vive e se constitui. Essa definição, em conjunto com a Política Nacional de Promoção de Saúde, indica que, de forma geral, os processos de produção da saúde devem fundamentar-se na construção de projetos que se desenvolvam por meio da escuta qualificada, deslocando a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de histórias de vida e da participação social das pessoas (PNPS, 2018). Trata-se de uma estratégia que convoca diferentes atores, o Estado, a comunidade e cada indivíduo a participar dos processos de promoção de saúde, oportunizando a pluralidade de ações, conhecimentos e experiências (MENDES *et al.*, 2016).

Com o intuito de mobilizar a sociedade, no sentido de promover e discutir a relevância da Promoção da Saúde da população idosa, a OMS produziu e disponibilizou o documento intitulado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”. Neste, o termo “ativo”

refere-se à participação contínua dos idosos nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis da comunidade em que se insere, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005). Trata-se de uma política que ressalta a importância de a sociedade desenvolver um olhar voltado para as potencialidades da pessoa que envelhece.

Alinhada a essa visão e compreendendo os aspectos envolvidos na promoção do envelhecimento ativo, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada em 2006, apresenta como finalidades centrais a recuperação, a manutenção, a promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas. Nessa direção, a PNSPI aponta para a necessidade do preparo de profissionais para atender a população idosa, com relação à QV dessa população, bem como a relevância de disciplinas voltadas aos estudos gerontológicos na formação profissional da área saúde. Contudo, pesquisas ressaltam a baixa difusão dos conhecimentos acerca da velhice e, também, a falta de sintonia entre as instituições de Ensino Superior com as demandas da nova realidade demográfica (NUCCI *et al.*, 2013).

A contradição percebida entre as necessidades apontadas por políticas públicas e a formação dos profissionais da saúde, em parte, fundamenta-se em um contexto socioeconômico neoliberal. Neste, o aumento da expectativa de vida se imiscui ao prolongamento da juventude com enfoque na prevenção da velhice, enfatizando recursos voltados ao antienvelhecimento e à patologização deste período da vida, inviabilizando a compreensão de que a velhice é parte do ciclo vital e, portanto, inevitável (ROSA *et al.*, 2015; CERQUEIRA, 2017).

Em função de uma perspectiva medicalizante, serviços voltados a promoção da saúde, na velhice, são secundarizados, dando lugar a procedimentos voltados, ora à prevenção da velhice e ora à cura desta etapa da vida. Diferentemente do entendimento de que existe tratamento capaz de interromper o envelhecimento, as políticas públicas demandam a formação de profissionais que trabalhem com a amplitude das possibilidades e compreensão das vivências do processo de envelhecer. Dentre as diferentes áreas de conhecimento, a Fonoaudiologia viabiliza atuação nos campos da linguagem, audição, voz, motricidade orofacial e saúde coletiva, relevantes para promoção e manutenção da QV de idosos. Pois, esses campos permeiam condições da comunicação que mediam as relações interpessoais e, portanto, são determinantes para a participação social do idoso.

Dessa forma, extrapolando o caráter exclusivamente orgânico ou curativo, comum nos modelos biomédicos de intervenção, a Fonoaudiologia, sob uma perspectiva da promoção da saúde, tem a possibilidade de estabelecer parcerias junto aos idosos, com o intuito de (re)significar práticas e relações cotidianas, capazes de promover a autonomia e QV para estes sujeitos (BERTACHINI LA, 2007). Por entender a pertinência da atuação fonoaudiológica voltada à QV da população idosa e considerando que o número de pesquisas fonoaudiológicas voltadas ao envelhecimento vêm crescendo nos últimos anos, ressalta-se a

importância de realizar uma revisão integrativa da literatura para analisar estudos primários que abordam a velhice, a QV e a fonoaudiologia. Essa análise pode oferecer recursos para o desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para a criação de novos campos de inserção e intervenção profissionais junto aos idosos (ALVES-SILVA, 2013).

Assim, o presente trabalho tem como objetivo conhecer, por meio de uma revisão bibliográfica integrativa, como a fonoaudiologia trabalha com a QV da população idosa.

METODOLOGIA

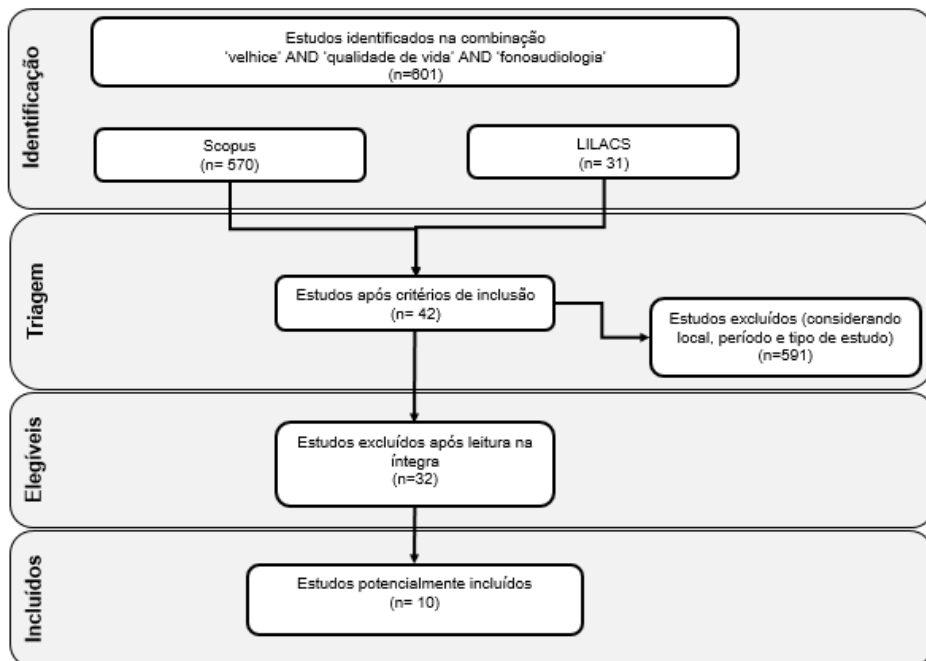
Este estudo é de natureza bibliográfica, do tipo integrativa, o qual a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido acerca de uma determinada temática. Tal revisão foi, de acordo com Mendes et al (2008) realizada em seis etapas distintas: 1) estabelecimento da questão de pesquisa; 2) busca de material bibliográfico; 3) análise dos resultados; 4) categorização dos resultados; 5) avaliação dos estudos incluídos; 6) discussão dos resultados. Com relação ao estabelecimento da questão norteadora, este estudo, voltado ao tema da velhice, está estruturado a partir da seguinte indagação: Como a fonoaudiologia tem trabalhado com a QV da população idosa nos últimos onze anos?

No que se refere à busca do material bibliográfico, os estudos primários que compõem esta revisão foram pesquisados nas bases Scopus e Lilacs. Para a realização da busca dos artigos, foram combinados descritores envolvendo os termos 'velhice', 'qualidade de vida' e 'fonoaudiologia', com o uso do boleano "and". Foram incluídos artigos científicos disponíveis eletronicamente, desenvolvidos no Brasil e publicados entre 2009 e 2020, sendo excluídos trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações.

A seleção dos artigos foi primeiramente realizada através da leitura dos títulos e dos resumos. Dos 601 estudos encontrados nessa primeira fase, 570 estavam inseridos na base de dados Scopus e 31 na Lilacs. Na sequência, foram excluídos os estudos cujos sujeitos não eram pessoas idosas, ou seja, com idade igual ou superior a 60 anos. Também foram excluídos estudos que não abordaram as temáticas utilizadas nos descritores de busca; estudos de revisão de literatura bibliográfica, integrativa ou sistemática, restando 42 artigos, os quais foram lidos integralmente.

Após essa leitura, um total de 32 artigos foram excluídos pelo fato de terem em sua amostra sujeitos de idades variadas, sem apontar especificidades vinculadas aos idosos e por não responderem à questão norteadora da pesquisa. Portanto, dez artigos foram selecionados e analisados ao longo desta revisão. Na análise dos dez artigos selecionados, verificou-se as características metodológicas de cada um, seus objetivos, os principais resultados e como dialogam com a pergunta norteadora da presente pesquisa.

O processo de análise e seleção dos artigos pode ser verificado no Fluxograma 1 que segue:



RESULTADOS

O número de trabalhos encontrados indica uma quantidade restrita de artigos científicos elaborados, no Brasil, envolvendo velhice, fonoaudiologia e qualidade de vida. Essa situação fica mais evidente se for levado em conta o fato de que a presente revisão de literatura compreendeu um período de 11 anos, de 2009 a 2020. Do total de 10 artigos, quatro tratam dos efeitos e do impacto das terapias e intervenções fonoaudiológicas, um vincula a QV ao uso do aparelho auditivo, tendo em vista a avaliação da satisfação/benefício do mesmo e cinco abordam diretamente a QV. Desses cinco, dois comparam a possibilidade auditiva antes e após adaptação de aparelho auditivo, outro vincula a restrição da participação social em relação à perda auditiva, o quarto avalia a QV de idosos com baixa visão antes e após intervenção fonoaudiológica, e o quinto verifica o efeito da cognição no benefício obtido com o uso de próteses auditivas e na QV de idosos.

Na sequência, para explicitar os resultados deste estudo, são apresentados 3 quadros. O quadro 1 foi desenvolvido com o intuito de sintetizar as principais informações que caracterizam as publicações analisadas, o quadro 2 descreve a caracterização dos idosos participantes dos estudos que integram a presente revisão e, no quadro 3, estão explicitados os aspectos fonoaudiológicos e a qualidade de vida dos idosos. Os artigos estão identificados pelos numerais entre 1 e 10.

Estudo	Título	Autoria Ano de Publicação Base de Dados	Tipo de Produção Método do Estudo	Participantes	Objetivo	Resultados
1	Effects of sensory neuromuscular electrical stimulation on swallowing in the elderly affected by stroke - A pilot study	Mituuti et al. (2018) - SCOPUS	Estudo Piloto - Quantitativo	Idosos com relato médico de AVC e acompanhamento neurológico clínico regular, de, no mínimo de 6 meses.	Avaliar o efeito da estimulação elétrica neuromuscular sensorial na deglutição em pacientes idosos com seqüela de AVC.	A estimulação elétrica resultou em diminuição da disfagia e melhora na qualidade de vida relacionada à deglutição.
2	Effectiveness of Vocal Therapy for the Elderly When Applying Conventional and Intensive Approaches: A Randomized Clinical Trial	Godoy et al. (2018) - SCOPUS	Artigo Original - Quali-Quantitativo	Idosos participantes de 16 sessões de terapia vocal, em grupo	Verificar os efeitos do método Terapia Vocal para Idosos e as diferenças na eficácia do tratamento quando este foi administrado de forma intensiva ou convencional.	Houve melhora na qualidade de vida relacionada à voz.
3	The Impact of Dysphagia Therapy on Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease as Measured by the Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWALQOL)	Ayres et al. (2016) - SCOPUS	Artigo Original - Quantitativo	Sujeitos com doença de Parkinson e diagnóstico de disfagia	Avaliar a qualidade de vida de pessoas com Doença de Parkinson, antes e após a terapia fonoaudiológica	Verificou-se melhora na qualidade de vida relacionada à deglutição após terapia fonoaudiológica
4	Hearing aid handling skills: Relationship with satisfaction and benefit	Campos et al. (2014) - SCOPUS	Artigo Original - Estudo prospectivo transversal, correlacional	Usuários idosos com e sem experiência no uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)	Verificar se habilidades relacionadas ao uso e manuseio de AASI influenciam no benefício e satisfação dos usuários.	Não houve diferença na satisfação dos usuários com maior ou menor habilidade de manipulação do AASI. As habilidades de manipulação estavam relacionadas ao benefício obtido com o uso do AASI.

Estudo	Título	Autoria Ano de Publicação Base de Dados	Tipo de Produção Método do Estudo	Participantes	Objetivo	Resultados
5	Dysphonia as the primary complaint in a case of myasthenia gravis: diagnosis and speech therapy	Nemr et al. (2013) - SCOPUS	Relato de caso - Qualitativo	Mulher com disfonia diagnosticada com miastenia	Relatar o caso de uma idosa, discutindo os resultados do tratamento médico e fonoaudiológico propostos.	Os trabalhos médico e fonoaudiológico foram positivos e reforçaram a relevância deste último para proporcionar melhor qualidade de vida ao sujeito.
6	Implant-supported palatal lift prosthesis in a patient with velopharyngeal incompetence: A case report	Montagner et al. (2011) - SCOPUS	Relato de caso - Qualitativo	Mulher que após AVC apresentou insuficiência velofaríngea	Descrever o uso de implantes dentários no tratamento da incompetência velofaríngea	Houve melhora da QV dos participantes, a qual está relacionada a melhora da fala, mastigação e aparência facial, determinantes da auto-confiança da participante.
7	Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting	Mondelli e Souza (2012) - SCOPUS	Artigo Original - Quali - Quantitativo	Indivíduos portadores de perda auditiva, atendidos em uma Clínica de Fonoaudiologia.	Verificar por meio do instrumento WHOQOL (World Health Organization of Life Questionnaire), a qualidade de vida de deficientes auditivos antes e após a adaptação AASI.	Houve melhora significativa na qualidade de vida dos participantes, quanto às oportunidades de atividades de lazer.
8	Quality of life and participation restrictions, a study in elderly	Magalhães e Lório (2011) - SCOPUS	Artigo Original/ Questionário quantitativo	Idosos com perda auditiva	Estudar os efeitos da intervenção fonoaudiológica por meio de adaptação de próteses auditivas na qualidade de vida do idoso e restrição de participação, segundo sexo e faixa etária.	Há menor auto percepção das restrições de participação após a intervenção do HHIE. (Hearing Handicap Inventory for the Elderly) Há melhora na qualidade de vida após intervenção fonoaudiológica.

Estudo	Título	Autoria Ano de Publicação Base de Dados	Tipo de Produção Método do Estudo	Participantes	Objetivo	Resultados
9	Life quality of low- vision elderly people: Before and after hearing and speech intervention	Monteiro e Carvalho (2015) - SCOPUS	Artigo Original/ Descritivo	Idosos com baixa visão adquirida	Avaliar a qualidade de vida de idosos com baixa visão adquirida, antes e após intervenção auditiva e de fala.	Após os encontros, os participantes apresentaram melhorias nos aspectos dos dois questionários resultado relacionado a QV (LVQOL) Low Vision Quality-of-Life Questionnaire e (NEIVFQ-25) 'National Eye Institute Visual Function Questionnaire, diminuindo o grau de dificuldade na realização das atividades.
10	Cognition and benefit obtained with hearing aids: a study in elderly people	Rocha e Martinelli (2020) - SCOPUS	Artigo Original - Estudo prospectivo, transversal com amostra de conveniência	Idosos com perda auditiva neurossensorial simétrica de grau moderado adquirida, sem experiência anterior com o uso de próteses auditivas.	Verificar o efeito da cognição no benefício obtido com o uso de próteses auditivas e na qualidade de vida de idosos com perda auditiva	O estudo comparativo antes e após intervenção revelou melhora significativa relacionada aos escores do 10-CS (cognitive screening), no questionário de restrição de participação HHIE (Hearing Handicap Inventory for Elderly), no esforço de escuta e alguns domínios do questionário de QV, SF36 (Short Form Health Survey 36). Houve melhora da QV após três meses de uso de aparelho auditivo. Não houve efeito da cognição no benefício obtido com o uso de próteses auditivas.

QUADRO 1 - Identificação e descrição dos estudos.

Fonte: As autoras.

Estudo	Nº de Idosos	Faixa Etária	Sexo	Estado Civil	Grau de Instrução	Fontes de Renda	Valor de Renda	Com Quem Reside
1	13	De 67 a 79 anos	- Mas - Fem	NI	Nível médio de escolaridade no Ensino Fundamental	NI	NI	NI
2	56	Média de idade de 68,83 ± 6,04	NI*	NI	NI	NI	NI	NI
3	10	média (DP) de 62,2 (11,3) anos	8 - Mas 2 - Fem	NI	NI	NI	NI	NI
4	26	Média de idade 70,43	NI	NI	NI	NI	NI	NI
5	1	84 anos	Feminino	NI	NI	NI	NI	Sozinha
6	1	66 anos	Feminino	NI	NI	NI	NI	NI
7	30	60 anos ou mais	17 - Mas 13 - Fem	NI	NI	NI	NI	NI
8	50	idades variando de 60 a 74 anos	27 - Mas 23 - Fem	NI	NI	NI	NI	NI
9	52	Entre 60 e 91 Anos	NI	NI	81% Ensino Fundamental	Aposentadoria	NI	NI
10	17	Média de idade De 77 ± 6,57	8-Mas 9-Fem	NI	Os idosos do grupo sem alteração cognitiva apresentaram escolaridade média de 11,4 anos e os do grupo com alteração cognitiva apresentaram média de 6,8 anos.	NI	A classe econômica predominante é inferior a um salário mínimo, que equivale a renda de R\$726, de oito idosos (47,1%).	NI

*NI – Não Informado; Fonte: As autoras

QUADRO 2 - Caracterização societária de pessoas idosas.

Estudo	Queixa	Trabalho Fonoaudiológico	Considerações acerca da QV
1	Disfagia pós AVC	Sessões de terapia conduzidas 3 vezes por semana e distribuídas em 4 semanas. Cada sessão ocorreu em duas etapas de 10 minutos de exercícios miofuncionais, com um intervalo de 2 minutos entre as fases.	A QV foi considerada a partir do uso do protocolo WAL-QOL (Quality of Life in Swallowing Disorders), o qual foi usado para retratar a influência de terapias fonoaudiológicas sobre a melhora na qualidade da deglutição e sua relação com a QV.
2	Queixas vocais	Realização de 16 sessões de terapia vocal com dois grupos de idosos. Para o Grupo 1, as sessões ocorreram 4 vezes por semana, no Grupo 2, foram realizadas duas sessões por semana.	A QV foi mencionada, na medida em que foi constatada melhoria de padrões vocal após o trabalho fonoaudiológico, indicando efeito benéficos nos parâmetros sócio-emocionais.
3	Disfagia	Sessões de terapias individuais, realizadas durante quatro encontros, com 30 minutos cada, em que os pacientes receberam orientações sobre alimentação e uma atividade, reconhecida pela literatura, como manobra do queixo para baixo.	A QV foi abordada, tendo em vista o fato de a disfagia ter um efeito negativo sobre a mesma. Segundo o texto, a intervenção fonoaudiológica pode reduzir esse efeito, minorando a frequência dos sintomas e sensação de medo.
4	Perda auditiva	Aplicação de teste prático, reconhecido como Practical Hearing Aid Skills Test (PHAST) para avaliar habilidades de manuseio do AASI, em situação de reconsulta dos usuários.	A QV foi atrelada ao impacto positivo da utilização do AASI, minorando percepções de desvantagens sociais e emocionais consequentes da perda auditiva, por parte dos participantes.
5	A paciente mencionou que sua voz era "horrível e desagradável", dificuldade em ser compreendida pelos outros. Também se queixou de engasgos e tosse constantes.	Avaliação diagnóstica e processual da qualidade de vida relacionada à voz, com programa de fonoterapia semanal, enfatizando técnicas para fechamento glótico, articulação dos sons da fala.	A descrição da QV esteve atrelada à mudança positiva na qualidade de vida relacionada a voz.
6	Insuficiência velopalatina, como seqüela de AVC com dificuldade de engolir e falar	Terapia de fala Terapia de fala após implante de prótese de elevação palatina.	Aspectos relacionados à QV foram investigados pelos pesquisadores, levando em conta melhora da fala, da mastigação e da aparência facial, promovendo autoconfiança e maior positividade ao sujeito.
7	Perda auditiva	Diagnóstico audiológico e aplicação do questionário WHOQOL-Bref. Seleção e adaptação de AASI, bem como orientação para uso e higiene do AASI. Acompanhamento mensal para ajustes, sem treinamento auditivo. Reaplicação do WHOQOL-Bref após 3 meses.	Após uso do AASI foi percebida melhora na QV nos domínios físico, psicológico e social. No domínio meio ambiente não houve melhora significativa.
8	Perda auditiva	Avaliação audiológica, aplicação dos instrumentos HHIE e Inventário de Qualidade de Vida SF-36. Realização de 7 encontros bimestrais para acompanhamento e orientações sobre AASI e estratégias de comunicação. Reaplicação dos instrumentos HHIE e Inventário de Qualidade de Vida SF-36.	Observou-se menor autopercepção de restrições de participação após intervenção fonoaudiológica nas escalas social e emocional segundo HHIE. Segundo o SF-36, houve melhora na QV nos aspectos Capacidade Funcional, Físico, Vitalidade, Emocional, Social e Saúde Mental após intervenção fonoaudiológica.
9	Baixa visão adquirida	Terapia de audição e fala durante 3 meses, cujos encontros pautaram-se nos seguintes temas: *Atividades da vida diária *Auxílio Óptico e Não-Óptico *Leitura e Escrita.	Após três reuniões da intervenção fonoaudiológica, a comunicação e a qualidade de vida de idosos com baixa visão teve melhorias nos aspectos relacionados com os itens avaliados nos dois questionários utilizados para esta pesquisa: LVQOL e VFQ-25.

Estudo	Queixa	Trabalho Fonoaudiológico	Considerações acerca da QV
1	Disfagia pós AVC	Sessões de terapia conduzidas 3 vezes por semana e distribuídas em 4 semanas. Cada sessão ocorreu em duas etapas de 10 minutos de exercícios miofuncionais, com um intervalo de 2 minutos entre as fases.	A QV foi considerada a partir do uso do protocolo WAL-QOL (Quality of Life in Swallowing Disorders), o qual foi usado para retratar a influência de terapias fonoaudiológicas sobre a melhora na qualidade da deglutição e sua relação com a QV.
2	Queixas vocais	Realização de 16 sessões de terapia vocal com dois grupos de idosos. Para o Grupo 1, as sessões ocorreram 4 vezes por semana, no Grupo 2, foram realizadas duas sessões por semana.	A QV foi mencionada, na medida em que foi constatada melhoria de padrões vocal após o trabalho fonoaudiológico, indicando efeito benéfico nos parâmetros sócio-emocionais.
3	Disfagia	Sessões de terapias individuais, realizadas durante quatro encontros, com 30 minutos cada, em que os pacientes receberam orientações sobre alimentação e uma atividade, reconhecida pela literatura, como manobra do queixo para baixo.	A QV foi abordada, tendo em vista o fato de a disfagia ter um efeito negativo sobre a mesma. Segundo o texto, a intervenção fonoaudiológica pode reduzir esse efeito, minorando a frequência dos sintomas e sensação de medo.
4	Perda auditiva	Aplicação de teste prático, reconhecido como Practical Hearing Aid Skills Test (PHAST) para avaliar habilidades de manuseio do AASI, em situação de reconsulta dos usuários.	A QV foi atrelada ao impacto positivo da utilização do AASI, minorando percepções de desvantagens sociais e emocionais consequentes da perda auditiva, por parte dos participantes.
5	A paciente mencionou que sua voz era "horrível e desagradável", dificuldade em ser compreendida pelos outros. Também se queixou de engasgos e tosse constantes.	Avaliação diagnóstica e processual da qualidade de vida relacionada à voz, com programa de fonoterapia semanal, enfatizando técnicas para fechamento glótico, articulação dos sons da fala.	A descrição da QV esteve atrelada à mudança positiva na qualidade de vida relacionada a voz.
10	Perda auditiva	Avaliação dos grupos, G1- sem alteração cognitiva, e G2- sugestivo de alteração cognitiva segundo triagem cognitiva 10-CS, através de Protocolo de estudo: questionário de avaliação de restrição de participação – HHIE, escala de depressão geriátrica – EDG, questionário de qualidade de vida – SF36 e avaliação do esforço de escuta por meio da escala visual analógica. Na sequência, os idosos receberam as próteses auditivas. Após três meses de uso efetivo da amplificação, o protocolo foi reaplicado com a inclusão do Questionário Internacional – QI-AASI.	Os resultados obtidos, a partir da aplicação do Questionário de qualidade de vida – SF36, demonstraram que, após a adaptação das próteses auditivas, houve melhora significativa na qualidade de vida dos idosos nos domínios capacidade funcional e estado geral de saúde. Observou-se, além disso, que, em todos os domínios do questionário SF36, a média obtida na etapa de reavaliação foi superior à encontrada na avaliação inicial.

QUADRO 3 – Qualidade de Vida de Pessoas idosas em atendimento clínico fonoaudiológico.

Fonte: as autoras.

Conforme explicitado no Quadro 3, a Fonoaudiologia, envolvida com a QV de pessoas idosas, desenvolveu trabalhos vinculados a disfagia, a queixa vocal, a perda auditiva e a baixa visão. Assim, a partir desse Quadro 3, é possível afirmar que estudos fonoaudiológicos envolvidos com a QV de idosos foi dividido em duas categorias explicitadas a seguir: 1) QV focada na doença 2) QV para indicar os resultados de uma intervenção fonoaudiológica.

1) QV focada na doença

Essa categoria representa os artigos em que a QV aparece atrelada a uma

dificuldade apresentada pelos participantes da pesquisa. Trata-se de uma categoria que abrange os estudos em que são citadas intervenções fonoaudiológicas, vinculando melhorias na QV a partir do próprio trabalho fonoaudiológico voltado à cura ou à reabilitação de acometimentos físicos, como é o caso da perda auditiva e da insuficiência velopalatina, conforme recortes dos textos apresentados na sequência.

[...]O uso do AASI reduziu a autopercepção da restrição de participação, conforme resultados do HHIE (Handicap Inventory for the Elderly), nos quesitos de percepções sobre desvantagens sociais e emocionais consequentes da perda auditiva.[...] (estudo 4)

[...]A prótese de palato elevador foi eficiente no tratamento de incompetência velofaríngea por causa da vedação do esfíncter velofaríngeo obtida através da elevação do palato mole, reduzindo discurso hipernasal e promovendo discurso mais apropriado para o paciente.[...] (estudo 6)

[...]Os achados deste estudo demonstraram que os idosos apresentaram redução da autopercepção das restrições de participação após um ano de uso das próteses auditivas.. [...] (estudo 8)

2) QV para indicar os resultados de uma intervenção fonoaudiológica

Por fim, a terceira categoria representa os estudos que voltaram sua atenção para o efeito da intervenção fonoaudiológica na qual a qualidade de vida dos participantes. Nesses estudos buscou-se indicar que a intervenção fonoaudiológica pode interferir positivamente na QV dos participantes. é tida como uma possibilidade de análise dos resultados de trabalhos terapêuticos desenvolvidos com idosos. Na sequência estão apresentados recortes textuais dos estudos que compõem esta revisão integrativa.

[...]O protocolo SWAL-QV (Quality of Life in Swallowing Disorders) foi aplicado nos períodos pré e pós-3 meses de terapia para verificar o impacto da terapia na qualidade de vida relacionada com a deglutição do indivíduo.[...] (1)

[...]Quanto à melhoria sócio-emocional observada apenas 1 mês após o final do tratamento, vale a pena considerar que este foi o período em que os pacientes tiveram a oportunidade de experimentar mais situações de comunicação e foram capazes de quantificar a melhoria no desempenho vocal bem como o seu efeito emocional durante as atividades sociais.[...] (2)

[...] Houve melhora na comunicação e na QV após intervenção fonoaudiológica com sujeitos idosos com Baixa Visão Adquirida.[...] (9)

DISCUSSÃO

Por meio dos resultados encontrados, verificou-se que há uma quantidade limitada de publicações científicas, no cenário brasileiro, voltadas à caracterização sociodemográfica de idosos que buscam atendimento clínico fonoaudiológico e na investigação de como a qualidade de vida desta população é considerada. Este resultado não parece corresponder

ao aumento progressivo da população que está envelhecendo e ao acompanhamento que é realizado na clínica fonoaudiológica, na atenção a qualidade de vida desta população.

Sobre as características metodológicas dos textos analisados percebeu-se a prevalência de pesquisas de natureza quantitativa. Nenhum artigo voltou-se para as singularidades dos participantes, desvinculadas do acometimento de doenças e limitações físicas. Nos objetivos que podem ser observados no quadro 1, os estudos que compõem a presente revisão apresentam uma prevalência na investigação dos efeitos do trabalho fonoaudiológico, no que se refere a verificação da eficácia das intervenções profissionais junto à população idosa. São estudos que apresentam resultados positivos vinculados a intervenções fonoaudiológicas, indicando que a atuação fonoaudiológica intervém na melhoria da QV e da saúde de pessoas idosas (MENDES, 2015).

Porém, faz-se necessário refletir sobre a inserção de ações capazes de envolver a promoção da saúde no âmbito da fonoaudiologia e da necessidade de que novos estudos sejam realizados, possibilitando a ampliação de trabalhos voltados para a promoção da saúde e para empoderamento de idosos no reconhecimento de suas histórias de vida. Os estudos encontrados nesta pesquisa mostram que o que vem sendo priorizado nas produções acadêmicas são ações curativas, atreladas à uma formação que ainda prima pela atuação fundamentada no saber biomédico, o qual, aliado a perspectivas biologicistas e mecanicistas, pressupõe uma abordagem curativa das doenças (MORAES, 2012, apud MASSI *et al*, 2018). Essa formação reforça a concepção de uma ótica simplista da velhice, que toma o envelhecimento como uma sucessão de perdas orgânicas e contribui para a desumanização da velhice. (OLIVEIRA *et al.*, 2011, apud MASSI *et al*, 2018).

É fato que a saúde e a QV têm um elo bastante estreito. Segundo Buss, 2000, a saúde incide na QV à medida que proporciona boas condições para se ter uma vida social. Para tanto, é necessário não só a prestabilidade de assistência médica capaz de auxiliar em doenças e déficits de saúde, mas que seja possível promover saúde em toda sua amplitude. Nessa direção, convém ressaltar que, segundo OMS, 2005, o envelhecimento bem sucedido não é considerado como ausência de doença. Sobre essa constatação, emerge o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde e definido como “o processo de otimizar oportunidades para saúde”. Assim, independentemente se o processo de envelhecimento é acometido por doenças ou não, é possível promover a participação e segurança de modo a realçar a QV, na medida em que as pessoas envelhecem. Para tanto, a promoção da saúde tem se mostrado essencial no alicerce das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

Os estudos que compõem esta revisão integrativa evidenciam a atuação clínica focada em avaliar a cura de patologias e o antes, durante e após intervenções fonoaudiológicas, tendo em vista a QV como uma consequência da cura de doenças. No entanto tal perspectiva, indica fragilidades, pois, a partir do viés da promoção da saúde, entende-se que é necessário voltar-se para o sujeito, sua história de vida e suas

possibilidades, para além de acometimentos patológicas.

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), é reconhecida a importância do engajamento social do idoso independentemente se o processo de envelhecimento é acometido por patologias ou não. Tal política reconhece a necessidade de que profissionais da saúde atuem na complexidade do tema da qualidade de vida, reconhecendo a importância da participação ativa do idoso nos âmbitos sociais, entendendo que tal participação envolve princípios como o da independência, autonomia e autorrealização (MASSI *et al*, 2018). Entretanto, na leitura dos artigos foi possível verificar que ainda são poucos os estudos que se desenvolvem pelo viés da promoção da saúde. Assim sendo, a produção científica da fonoaudiologia deve ser ampliada para potencializar a atuação desses profissionais no âmbito da promoção de saúde (MOLINI-AVJONAS, 2010).

Na sequência, é possível observar no quadro 2, que todos os estudos evidenciaram o número de participantes e a idade. Com relação ao gênero apenas o artigo 2 não apresentou tal dado. Nenhum dos artigos pesquisados caracterizou o estado civil, apenas os artigos 1,9 e 10 caracterizaram o grau de instrução, o estudo 9 tem a especificidade de ter desenvolvido um trabalho de linguagem e o mesmo também foi o único a caracterizar a fonte de renda sem apresentar o valor da renda, juntamente com os demais artigos que também não apresentaram a fonte de renda com exceção do artigo 10 que apresentou tal valor. O artigo 5 foi o único que caracterizou com quem a participante da pesquisa reside.

A ausência de dados sobre as características sociodemográficas da população idosa das pesquisas demonstra que estudos da área da Fonoaudiologia, que abordam a QV, não caracterizam os idosos participantes, se atendo predominantemente a questões de idade e gênero. Tais dados deveriam ser considerados como relevantes, pois a atenção à saúde do idoso requer dos profissionais uma avaliação cuidadosa, capaz de conceber cada idoso a partir de suas singularidades. Essa visão mais ampla do idoso pode fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas à essa parcela da população (PILGER, 2011).

Contudo, observou-se nesta pesquisa que poucos estudos descrevem as características societárias de seus participantes, o que parece evidenciar que o foco das produções de artigos científicos volta-se aos acometimentos patológicos e não aos idosos em si, como indivíduos com desejos, dificuldades e características únicas. Observa-se, assim, que os artigos científicos da área da Fonoaudiologia não estão em consonância com as políticas públicas voltadas a população idosa que priorizam o protagonismo de tal população.

Segundo a Política de Promoção da Saúde, 2018, é preciso priorizar concepções de práticas de cuidado à saúde que preconizem a pessoa e não suas patologias. Para tanto, ao citar as práticas de cuidado em saúde pode-se observar que:

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele. Disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas,

de seu sofrimento e de seus sucessos, enfim de sua vida. Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Como dizíamos, estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. (BOFF, p. 91, 1999,)

Em relação ao quadro 3, os resultados foram categorizados a partir da perspectiva dos fonoaudiólogos sobre o trabalho com a qualidade de vida na qual a mesma está vinculada a queixas, doenças e trabalhos voltados para a cura das mesmas. Dentre as queixas evidenciadas estão a voz, dificuldade na deglutição, disfagia e a mais evidente, a perda auditiva. Quatro dos 10 artigos relatam a perda auditiva como patologia na qual o fonoaudiólogo desenvolve suas intervenções. Segundo estudo (CARNIEL, 2017), a queixa auditiva é relevante entre os motivos que levam os idosos a buscarem serviços fonoaudiológicos, tal busca frequentemente está vinculado a questões auditivas. No Brasil, os dados do Censo Demográfico mostram que 24,5 milhões de brasileiros tem algum tipo de deficiência, dentre eles, 5,7 milhões são deficientes auditivos. Vários estudos revelam o predomínio de perda auditiva entre idosos acima de 60 anos, quando comparados às demais faixas etárias. Há relatos na literatura científica (FRANCELIN *et al.*, 2010; SOGEBI,2015) de que, aproximadamente, um terço dos idosos apresenta alguma dificuldade auditiva.

O estudo 3, ao abordar fatores que afetam a saúde dos idosos participantes da referida pesquisa, mostram que a sensação de medo ao deglutir é um fator subjetivo que influencia a QV. Esse fator pode ser constatado, na medida em que o questionário utilizado, no referido estudo era aberto, evitando respostas pré estabelecida e possibilitando que os idosos participantes pudessem discorrer sobre aspectos subjetivos relacionados aos sintomas da disfagia.

Pesquisas que se atêm a subjetividade abrem espaço para aspectos singulares vinculados à QV. Paschoal, 2006, considera a subjetividade essencial para mensurar a qualidade de vida, pois é possível considerar a percepção de cada pessoa participante da pesquisa e assim valorizar a opinião individual das mesmas, não é possível avaliar qualidade de vida a partir de um modelo estanque.

Estudiosos da QV reconhecem que trata-se de um tema complexo por envolver a subjetividade e que, portanto, são múltiplos os métodos para compreensão e pesquisa da mesma. Porém, conforme Tani , 2002, é percebido que grande parte dos estudos se atêm a descrição de indicativos da qualidade de vida a exemplo das condições de saúde e educação, que viabiliza estudos que englobam um número grande de pessoas, mas em contrapartida desconsideram a singularidade que faz parte da subjetividade individual de cada ser humano, limitando as possibilidades de análise da singularidade, de como está a qualidade de vida própria de cada pessoa.

A revisão integrativa aqui proposta, assim como na pesquisa de Seild e Zannon, 2004, demonstra que os estudos que pesquisaram qualidade de vida, em sua maioria, apoiam-se no uso de instrumentos de avaliação que proporcionam apenas a análise

de sintomas e da capacidade funcional, muitas vezes direcionados para patologias específicas. Assim, é preciso realizar pesquisas que compreendam que além da utilização de instrumentos padronizados de avaliação, é preciso analisar os estudos qualitativamente a fim de aprofundar o entendimento das condições de qualidade de vida, entendendo a realidade subjetiva da população idosa.

Além do entendimento da complementariedade de análises gerais quantitativas, e análises que focam em características singulares e são qualitativas, também é necessário considerar as estruturas sócio- culturais dos participantes, ao avaliar sua qualidade de vida. Pois, tais características definem condições de indivíduos que convergem para o coletivo e que envolvem processos individuais e coletivos da sociedade (BREIHL, 2006).

Considerando que não existe uma única perspectiva para enfrentar os desafios que envolvem análises gerais e singulares dentro da temática da QV, faz-se necessário ampliar as pesquisas de fonoaudiólogos e profissionais da saúde nesta área, entendendo sua relevância social e seus respectivos desafios, para assim, abrir novos campos de pensamento, considerando a investigação e o planejamento de políticas públicas em saúde e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Levando-se em conta as possíveis limitações decorrentes das bases de dados consultadas e dos critérios de inclusão e de exclusão especificados, a presente revisão permitiu descrever a produção científica sobre a QV de idosos que buscam atendimento clínico fonoaudiológico. Nesta análise, foi possível perceber que fonoaudiólogos que voltam-se a trabalhos com qualidade de vida estão fazendo pesquisa relacionando mais as possibilidades de progresso em relação a diagnóstico, antes e após o trabalho fonoaudiológico do que na promoção da saúde, nas condições de vida e na história dos sujeitos idosos. Os trabalhos voltam-se para queixas fonoaudiológicas, doenças e a avaliação da qualidade de vida antes durante e após intervenção fonoaudiológica e não para os sujeitos e suas histórias de vida como apresentado nos termos da promoção da saúde.

Nesta análise, foi possível perceber a necessidade de ampliar o foco da pesquisa do trabalho clínico fonoaudiológico, para além dos sintomas fonoaudiológicos, mas que levem em conta as histórias de vida de pessoas idosas, promovendo o empoderamento e autonomia dessas pessoas, tal como proposto pelas políticas públicas. Há que se desenvolver estudos e pesquisas em que o trabalho clínico, para além do foco na patologia, possa dar voz ao sujeito em aspectos que tocam sua qualidade de vida tanto de um ponto de vista objetivo como subjetivo.

REFERÊNCIAS

ALVES-SILVA, *et al.* **Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde.** *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p. 820-830, Dec. 2013.

BARDIN, L. (2011). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BERTACHINI, L.A. **Comunicação na longevidade – aspectos fonoaudiológicos em gerontologia.** In: Papaléo Netto, M. *Tratado de Gerontologia.* São Paulo: Editora Atheneu; 2007. p. 479-546.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 91.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BREIHL, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-77, 2000

CAMARGO, *et al.* **Percepção de idoso sobre a restrição da participação relacionada à perda auditiva.** *CoDAS*, Curitiba v. 30, n. 4 2018.

CAMPOS, M.O., Neto, J.F.R. **Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde.** *Rev Baiana Saúde Pública* 2008; 32(2):232-240.

CARNIEL, *et al.* **Implicação do uso do aparelho individual na qualidade de vida de idosos.** *CoDAS*, 2017, 29(5):e20160241.

CERQUEIRA, B.M. **Míticas do envelhecimento: em busca de uma vida saudável.** *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v.53,n.1,2017.

FERREIRA, O.G.L., *et al.* **Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, Sept. 2012

FERNANDES, E.L., CINTRA, L.G. **A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia da Saúde da Família: relato de caso.** *Revista de Atenção Primária a Saúde.* 2010;13(3):380-5.

FRANCELIN, M. A.S., MOTTI, T.F.G., MORITA, L. **As ligações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos.** *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 1, pág. 180-192, março de 2010.

FRIAS, L., LOPES, N. **Considerações sobre o conceito de dignidade humana.** *Rev. direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, pág. 649-670, dezembro de 2015.

GAMBURGO, L.J.L., MONTEIRO, M.I.B. **Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 28, p. 31-41, Mar. 2009.

GOLFIERI, E., *et al.* **Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE 1.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(8):1623-1635, ago, 2 015.

GUIMARÃES, J.R.S. **Envelhecimento populacional e oportunidades de negócios: um estudo de caso do potencial de mercado da população idosa.** Demografia dos negócios: campo de estudo, perspectivas e aplicações, p. 167- 185, 2006.

LOPES, S.M.B. **Cultura, Linguagem e Fonoaudiologia: uma escuta do discurso familiar no contexto da saúde pública** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001

MASSI, G., *et al.* **Envelhecimento ativo: um relato de pesquisa- intervenção.** Rev. CEFAC, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 5-12, Feb. 2018.

MENDES, R., FERNANDEZ, J.C.A., SACARDO, D.P. **Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 40, n. 108, p. 190-203, Mar. 2016.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P., GALVAO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

Ministério da Saúde, **Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MOLINI-AVEJONAS, D.R., MENDES, V.L.F., Amato, C.A.H. **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(3):465-74.

MORAES, G.V.O.B. **Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

NUCCI, P., *et al.* **O envelhecimento na ótica da fonoaudiologia.** Tuiuti: Ciência e Cultura, Curitiba,n. 47, p. 139-154, 2013.

OLIVEIRA, M.C.R., FERNANDES, M., CARVALHO, R.R. **O papel do idoso na sociedade capitalista contemporânea: uma tentativa de análise.** In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. Anais; Agosto de 2011; UFMA. Maranhão.

FERNANDES, J.S.G., ANDRADE, M.S. **Representações sociais de idosos sobre velhice.** Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 68, n. 2, p. 48-59, ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Contribuição da Organização Mundial da Saúde para o segundo encontro mundial sobre envelhecimento**, realizada em Madrid, 2002. Tradução realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2005.

PASCHOAL, S. M. P., SALLES, R. F. N., FRANCO, R. P. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. (Org.). *Geriatrics. Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2006

PILGER, C., MENON, M.H., MATHIAS, T.A.F. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 19, n. 5, p. 1230-1238, Oct. 2011.

ROSA, C.M., VERAS, L., ASSUNCAO, A. **Reflexos do tempo: uma reflexão sobre o envelhecimento nos dias de hoje**. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 1027-1044, nov. 2015.

SCHNEIDER, R.H., IRIGARAY, T.Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 25, n. 4, p. 585-593, Dec. 2008.

SEILD, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-8, 2004.

SOGEBI, O. A. **Estudos de impedância da orelha média em pacientes idosos: implicações na perda auditiva relacionada à idade**. Braz. j. otorhinolaryngol., São Paulo , v. 81, n. 2, p. 133-140, Apr. 2015. SOLEMAN, C., MARTINS, C.L. **O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica**. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 1241- 1253, Aug. 2015.

TANI, G. **Esporte, educação e qualidade de vida**. In: MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R. (Orgs.). *Esporte como fator de qualidade de vida*. Piracicaba: UNIMEP, 2002. p.103-16.

WILLIG, M.H. **As histórias de vida dos idosos longevos de uma comunidade: o elo entre o passado e o presente**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of life assessment an annotated bibliography**. Geneva: World Health Organization, 1994.

ZANIN, L.E., ALBUQUERQUE, I.M.N., MELO, D.H. **Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte**. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 17, n. 5, p. 1674-1688, Oct. 2015 .

CAPÍTULO 7

QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE SAÚDE EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE PARKINSON

Data de aceite: 02/08/2021

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Universidade da Região de Joinville
Joinville – SC

Thaine Andressa Ruschel

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Daniela dos Santos

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Marilda Moraes da Costa

Associação Educacional Luterana
Faculdade IELUSC -
Joinville – SC

Paulo Sérgio Silva

UniSociesc
Joinville – SC

Tulio Gamio Dias

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da
USP
São Paulo - SP

Eduardo Barbosa Lopes

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Lucas Castilho Lopes

Universidade Federal de Santa Catarina - SC

Laísa Zanatta

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Joyce Kelly Busolin Jardim

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Caroline Lehnen

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Vanessa da Silva Barros

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Liamara Basso Dala Costa

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Heliude de Quadros e Silva

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Youssef Elias Ammar

Universidade do Sul de Santa Catarina
Tubarão – SC

RESUMO: A doença de Parkinson – também conhecida como mal de Parkinson – é uma patologia que afeta o sistema nervoso central – SNC gerando a sua degeneração de modo progressivo acarretando na diminuição do hormônio dopamina, o qual é neurotransmissor responsável pela atividade normal do cérebro, estando sua diminuição diretamente ligada ao surgimento da patologia, afetando a qualidade de vida, que é representada pelo grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Como tratamento, a fisioterapia tem papel fundamental para melhorar a qualidade de

vida para amenizar os sintomas e a progressão da doença. O objetivo do estudo foi analisar a qualidade de vida e o perfil de saúde do indivíduo portador da Doença de Parkinson. A pesquisa é do tipo descritiva, com delineamento transversal e uma abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 11 indivíduos diagnosticados com Parkinson. A coleta de dados foi realizada através de um questionário misto online, desenvolvido através do Google Docs®, contendo informações e características gerais dos participantes, um questionário sobre o perfil de saúde de Nottingham (PSN) e por último um questionário que avaliou a qualidade de vida em indivíduos com Parkinson (PDQ-39). Como resultado, o questionário PSN trouxe uma média de pontos de 13,7 indicando pior percepção de saúde, onde a pontuação mínima foi 4 pontos e a máxima foi de 30 pontos. O PDQ-39 apresentou 45,8% na média do score final, principalmente nas dimensões de desconforto corporal (58,3%), atividade de vida diária (55,4%), mobilidade e suporte social (50%). Com esse estudo, foi possível observar que a qualidade de vida dos participantes está grandemente afetada, devido aos sintomas, grau e progressão da doença, podendo levar a um quadro depressivo e tendo como resultado uma pior percepção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Parkinson. Qualidade de vida.

QUALITY OF LIFE AND HEALTH PROFILE IN INDIVIDUALS WITH PARKINSON'S

ABSTRACT: Parkinson's disease - also known as Parkinson's disease - is a pathology that affects the central nervous system - CNS progressively causing its degeneration resulting in a decrease in the dopamine hormone, which is the neurotransmitter responsible for normal brain activity, its decrease being directly linked to the appearance of the pathology, affecting the quality of life, which is represented by the degree of satisfaction found in family, loving, social and environmental life. As a treatment, physiotherapy plays a fundamental role in improving the quality of life in order to alleviate symptoms and disease progression. The aim of the study was to analyze the quality of life and the health profile of the individual with Parkinson's disease. The research is descriptive, with a cross-sectional design and a quantitative and qualitative approach. The sample consisted of 11 individuals diagnosed with Parkinson's. Data collection was carried out through a mixed online questionnaire, developed through Google Docs®, containing information and general characteristics of the participants, a questionnaire on the health profile of Nottingham (PSN) and finally a questionnaire that evaluated the quality of life in individuals with Parkinson's (PDQ-39). The PSN questionnaire brought an average of 13.7 points indicating a worse perception of health and the PDQ-39 presented 45.8% in the average of the final score. With this study, it was possible to observe that the quality of life of the participants is greatly affected, due to the symptoms, degree and progression of the disease, which can lead to a depressive condition and resulting in a worse perception of health.

KEYWORDS: Physiotherapy. Parkinson. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson - também conhecida como mal de Parkinson – é uma

patologia que afeta o sistema nervoso central – SNC gerando a sua degeneração de modo progressivo acarretando na diminuição do hormônio da dopamina, o qual é o neurotransmissor responsável pela atividade normal do cérebro, estando sua diminuição diretamente ligada ao surgimento da patologia (GOULART et al., 2004)

Dentre as alterações presentes no Parkinsoniano estão: o tremor, descrito como de repouso e costuma envolver principalmente as mãos; a rigidez que leva a uma limitação na amplitude de movimento e resistência à movimentação; a bradicinesia pela lentificação dos movimentos; instabilidade postural e alterações musculoesqueléticas alterando o equilíbrio e provocando desvios posturais (SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011)

Estes desvios posturais acarretam em uma diminuição da expansão pulmonar devido à rigidez do tórax que, por sua vez, compromete o movimento natural da respiração levando à limitação progressiva da ventilação pulmonar (PEREIRA, 2006)

Tais alterações necessitam de um tratamento fisioterapêutico para que haja um processo de reabilitação dos pacientes portadores da doença de Parkinson. Esse tratamento é desenvolvido com exercícios motores, tais como, por exemplo, o treinamento de marcha e de atividades de vida diária, a terapia de relaxamento e exercícios respiratórios (ARAÚJO, 2007).

Com isso, o comprometimento da qualidade de vida pode apresentar um declínio de acordo com os sintomas, grau da doença e sua progressão, sendo assim, se faz necessário a elaboração de uma estratégia de intervenção adequada com o objetivo de minimizar os sintomas e lentificar a progressão da doença, através do conhecimento dos fatores relacionados à percepção da qualidade de vida (SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011)

Por conta de todas as alterações citadas acima, é possível observar a dificuldade que pessoas portadoras da doença de Parkinson apresentam quando se trata da qualidade de vida e independência funcional. Dessa forma, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar através de questionários se há realmente alteração na qualidade de vida e como isso afeta a vida desses indivíduos.

Levando em consideração as características da patologia e o já exposto acima, chega-se ao seguinte questionamento: Há diminuição da qualidade de vida do indivíduo com Parkinson? É possível constatar que alterações estão presentes na vida dessas pessoas, mensurando através de questionários específicos para essa patologia?

À vista disso, motivou a escolha do tema da pesquisa, pois é de grande importância o levantamento de dados para análise da qualidade de vida desses indivíduos e como eles se portam diante da situação.

Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa foi avaliar a qualidade de vida e perfil de saúde em indivíduos portadores da doença de Parkinson. Já os objetivos específicos foram avaliar a qualidade de vida desses indivíduos e o perfil de saúde deles.

MÉTODOS

Tipo de pesquisa

A pesquisa é do tipo descritiva, com delineamento transversal e uma abordagem quanti-qualitativa.

Quanto aos objetivos

O estudo foi definido como descritivo e com abordagem quantitativa. Com o objetivo de exigir do investigador informações sobre o que deseja estudar, a pesquisa do tipo descritiva pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Procura responder questões sem interferir na realidade, observa a motivação para aquela ação na busca por responder questões sem interferir na realidade e pode ter objetivos de familiarizar-se com um fenômeno ou descobrir uma nova percepção ou analisar pontos de vista de diferentes fontes (FONSECA, 2012).

Quanto aos procedimentos técnicos

Para os procedimentos técnicos, o estudo caracterizou-se como pesquisa transversal, no qual é realizado através de coleta de dados que pode ser realizada através de entrevista, observações ou busca de informações ou dados em bancos de dados e documentos (SILVEIRA, 2009)

Quanto à abordagem

Por fim, apresentando abordagem quantitativa, onde tem como base a utilização de dados mensuráveis com a utilização de questionários, cálculos de medida e precisão, elaboração de índices e escalas e procedimentos estatísticos explicando sua existência, relação ou influência sobre outra variável, preocupando-se com o que é comum à maioria das situações. Busca analisar a frequência da ocorrência para medir a veracidade ou não daquilo que está sendo investigado (FONSECA, 2012).

Esse tipo de abordagem é atrelado à formulação de hipóteses através de verificação, demonstração, testes e lógica matemática que exigem uma relação entre causa e efeito para apoiar a conclusão em dados estatísticos e teses (ZAMBELLO et al., 2018)

Amostra e Local

A amostra foi composta por 11 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 40 a 80 anos e diagnosticadas com a doença de Parkinson.

Procedimentos éticos

O projeto foi encaminhado para devida aprovação do Comitê de Ética da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe- UNIARP segundo as recomendações da resolução 466/12 do conselho nacional de saúde para pesquisa científica com seres humanos.

Após a devida aprovação, através do parecer número 4.143.053/2020 foi iniciada a coleta de dados, por meio da divulgação da pesquisa nas redes sociais Facebook®, Instagram® e Whatsapp®.

Procedimentos para coletas de dados

Para responder aos objetivos propostos neste estudo, a coleta de dados foi realizada através de um questionário online misto, desenvolvido na plataforma Google Docs®, disponível neste link <<https://forms.gle/ypDt1GoT2v3NLIwS8>>.

A captação dos participantes aconteceu através da divulgação do link do questionário nas redes sociais Facebook®, Instagram® e Whatsapp® da acadêmica e da orientadora. O período de coleta aconteceu entre os meses de julho a setembro/2020.

A avaliação foi composta com questões referentes as características gerais dos participantes, pela aplicação do questionário sobre o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) e outro que avaliou a qualidade de vida (PDQ-39) em indivíduos com Parkinson. Estes foram respondidos pelos participantes portadores de Parkinson, e caso o participante não conseguisse responder sozinho ao questionário, este poderia ser auxiliado por um familiar ou até mesmo profissional responsável pelos seus cuidados. Os questionários que foram utilizados estão descritos abaixo:

1. Questionário de características gerais dos participantes:

É um questionário direcionado contendo informações que caracterizam os participantes, como por exemplo: nome; idade; escolaridade; se realiza tratamento fisioterapêutico; entre outras perguntas, sendo do tipo fechadas e de múltipla escolha.

2. Questionário de Perfil de Saúde de Nottingham (PSN):

É um questionário amplo de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido originalmente para avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas. Utiliza uma linguagem de fácil interpretação e oferece uma medida simples da saúde física, social e emocional do indivíduo, sendo considerado clinicamente válido para distinguir pacientes com diferentes níveis de disfunção e para detectar alterações importantes no quadro de saúde do paciente ao longo do tempo. Refere-se a um questionário auto administrado, constituído de 38 itens, baseados na classificação de incapacidade descrita pela Organização Mundial da Saúde, com respostas no formato sim/não. Os itens estão organizados em seis categorias que incluem nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas. Cada resposta positiva equivale a um escore de um (1) e cada resposta negativa corresponde a um escore zero (0), concluindo uma pontuação máxima de 38. Resultados da pontuação mais próximos de zero (0) indicam pior percepção de saúde, e pontuações mais próximas de trinta e oito (38) indicam boa percepção de saúde (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004).

3. Questionário de qualidade de vida para indivíduos com Parkinson (PDQ-39):

É um questionário bastante utilizado e uma escala específica para essa patologia. É

composto por 39 questões e dividida em domínios, sendo eles: mobilidade, composto por 10 itens; atividade de vida diária, com 6 itens; bem-estar emocional, 6 itens; estigma da doença, 4 itens; apoio social; 3 itens; cognição, 4 itens; comunicação, 3 itens; e desconforto físico corporal, com 3 itens (PONTES et al., 2017).

Como alternativa de resposta, apresenta cinco opções: “Nunca”; “raramente”; “algumas vezes”; “frequentemente” e “sempre” (VASCONCELOS et al., 2015). A pontuação varia de 0 a 4, sendo que nunca equivale a 0; de vez em quando, equivale a 1; às vezes, equivale a 2; frequentemente, equivale a 3; sempre equivale a 4 (PONTES et al., 2017).

A pontuação geral varia de 0 a 100, onde o 0 significa menor problema e 100 um maior nível de problema e pior qualidade de vida. Essa pontuação é dividida pelos domínios citados anteriormente, sendo que no domínio bem-estar emocional a pontuação varia de 0 a 24, onde traz questões sobre como se sentiu no último mês; no domínio Estigma, onde é abordado questões sobre situações que a pessoa viveu em meio ao público, tem como pontuação de 0 a 16; no domínio apoio social, varia de 0 a 12; no domínio cognição, vai de 0 a 16, abordando questões relacionadas à concentração, memória, entre outros; já no item comunicação, varia de 0 a 12 e tem como objetivo avaliar se o indivíduo tem capacidade de comunicação; no domínio desconforto corporal, varia de 0 a 12 (PONTES et al., 2017).

A pontuação para cada domínio é calculada de acordo com a seguinte fórmula: a soma dos escores do paciente para cada questão, dividido pelo resultado da multiplicação de 4 (sendo a pontuação máxima para cada questão) e pelo número total de questões de cada divisão. Seu resultado deve ser multiplicado por 100. A pontuação total varia de 0 a 100, onde o 0 significa menor problema e 100 um maior nível de problema e consequentemente pior qualidade de vida (LANA et al., 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 11 pacientes, com de idade entre 70 a 80 anos (45,5%), com o ensino superior completo (54,5%), casados ou em uma união estável (63,6%) que manifestaram o início dos sintomas entre os 60 e 70 anos (63,6%), com o tempo de 5 a 10 anos de diagnóstico da doença apontando (63,6%), praticantes de atividade física (90,9%) e de fisioterapia (81,8%), estes dados aparecem na Tabela 1 abaixo.

	N	%
Gênero		
Feminino	3	27,3
Masculino	8	72,7
Idade		
40 a 50 anos	1	9,1
51 a 60 anos	2	18,2
61 a 70 anos	3	27,3
71 a 80 anos	5	45,5
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	2	18,2
Ensino fundamental completo	2	18,2
Ensino médio incompleto	1	9,1
Ensino superior completo	6	54,5
Estado Civil		
Casado/união consensual	7	63,6
Divorciado	4	36,4
Início dos sintomas		
30 a 40 anos	2	18,2
41 a 50 anos	1	9,1
51 a 60 anos	1	9,1
61 a 70 anos	7	63,6
Tempo diagnóstico doença		
entre 1 a 5 anos	3	27,3
entre 6 a 10 anos	7	63,6
entre 11 a 15 anos	1	9,1
Pratica atividade física		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
Realiza fisioterapia		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2

Tabela 1 – Perfil da amostra.

Fonte: Autora (2020).

A tabela 2 demonstra os resultados individuais obtidos através do Questionário do Perfil de Saúde de Nottingham, onde a pontuação máxima é de 38 pontos. Quando a pontuação estiver mais próxima de zero é o indicativo de pior percepção de saúde, e quanto mais próxima de 38 estiver a pontuação melhor é percepção de saúde.

Através dos resultados é possível observar que a amostra atingiu uma média na

pontuação de 13,7 ($\pm 8,1$) sendo indicativo de pior percepção de saúde. A pontuação individual está exposta na Tabela 2 e no Gráfico 1.

O conceito de qualidade de vida está relacionado a vários elementos dentro da autoestima e bem-estar pessoal e engloba vários aspectos como a capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estilo de vida, entre outros fatores. Tem como variável o nível sociocultural, faixa etária e aspirações pessoais individuais (VECCHIA et al., 2005).

De forma geral, a qualidade de vida é representada pelo grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e com as alterações consequentes da doença há diminuição da qualidade de vida acarretando em limitação das atividades e dependência parcial ou total (SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011)

Os resultados apresentados pela amostra corroboram com o trabalho de Goulart et al. (2004), que realizou um estudo avaliando o desempenho funcional e qualidade de vida (PSN) entre indivíduos adultos e idosos e um grupo com pacientes com Parkinson, sendo assim, a análise final dos dados também encontrou uma pior percepção da qualidade de vida nos indivíduos com Parkinson quando comparado aos adultos e idosos.

Participante	Pontuação individual
A	17
B	15
C	5
D	17
E	4
F	19
G	17
H	5
I	30
J	5
K	17

Tabela 2 – Pontuação do questionário do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN).

Fonte: Autora (2020).

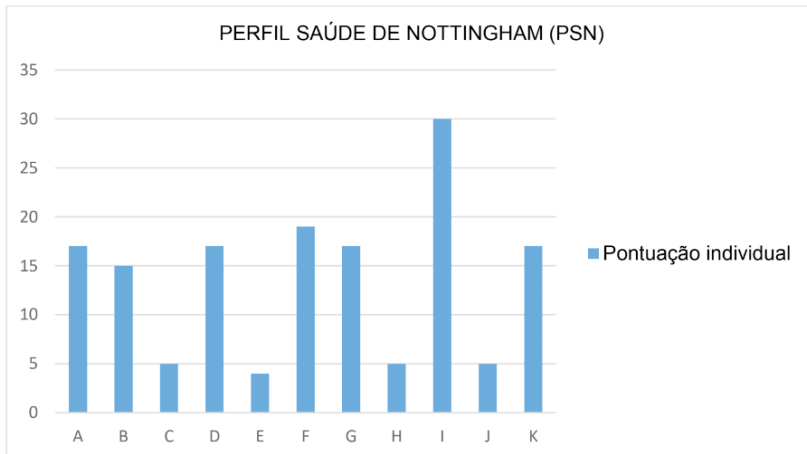


Gráfico 1 – Pontuação do questionário do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN).

Fonte: Autora (2020).

A Tabela 3 demonstra os resultados obtidos através do questionário PDQ-39, nos quais os valores da pontuação geral variam de 0 a 100, onde o 0 significa menor problema e 100 um maior nível de problema, e conseqüentemente pior qualidade de vida. É possível observar que os itens avaliados se apresentaram em nível médio, representando uma qualidade de vida regular, com 45,8% na média do score final.

As dimensões onde apresentou maior score foram de mobilidade e suporte social com 50%, atividade de vida diária com 55,4%, e o desconforto corporal com 58,3%.

A qualidade de vida desses indivíduos e seu comprometimento pode apresentar um declínio de acordo com os sintomas, o grau da doença e sua progressão, sendo assim, se faz necessário a elaboração de uma estratégia de intervenção adequada com o objetivo de minimizar os sintomas e lentificar a progressão da doença, através do conhecimento dos fatores relacionados à percepção da qualidade de vida (SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011).

Com isso, o comprometimento mental e emocional desse indivíduo é diretamente afetado de acordo com a evolução e complicações secundárias da doença, trazendo como consequência a piora da qualidade de vida e o nível de capacidade dele. Por conta disso, ao compreender o estágio da doença e buscar o tratamento adequado se faz necessário para manter e melhorar a qualidade de vida, visando o bem estar físico e psíquico de quem possui a doença (VASCONCELOS et al., 2015)

Com a evolução da doença surgem novas alterações que levam ao comprometimento da qualidade de vida dentro de outras dimensões do questionário, sendo eles os sintomas motores, a cognição, desconforto corporal, bem-estar emocional e comunicação. Dessa forma, as dimensões de atividade de vida diária e cognição apontaram diferença entre os

grupos leve e grave, e moderado e grave (NAVARRO-PETERNELLA; MARCON, 2012)

Os distúrbios que denigrem a percepção da qualidade de vida estão relacionados com o desenvolvimento de atividades motoras, sendo assim, os dois domínios que apresentaram maiores níveis de comprometimento foram a mobilidade e a atividade de vida diária, envolvendo situações de lazer ou tomar banho, onde o suporte motor deve ser adequado (SILVA; DIBAI FILHO; FAGANELLO, 2011).

No estudo realizado por Souza et al., (2007) que teve como objetivo avaliar a utilidade do questionário em questão, realizando a comparação de grupos de paciente com e sem flutuação motora, encontrou nos domínios de mobilidade, atividade de vida diária, comunicação e desconforto corporal maior escore no grupo dos pacientes com flutuação motora. Com isso, se comparado a pacientes com mais de 5 anos de evolução da doença e pacientes com 5 anos ou menos da doença, o primeiro grupo mostra um escore pior em relação ao PDQ-39, se comparado com os primeiros anos da doença. Dessa forma, os resultados apresentados pela amostra confirmam com o estudo deste autor.

	Média escore cada questão	Score final (%)
Mobilidade	20,0	50,0
Atividade vida diária	13,3	55,4
Bem estar	9,3	38,8
Estigma	5,1	21,3
Suporte Social	14,0	50,0
Cognição	5,6	46,7
Desconforto Corporal	7,0	58,3
Pontuação total	74,3	45,8

Tabela 3 – Resultado da pontuação do questionário de Qualidade de vida para indivíduos com Parkinson (PDQ-39).

Fonte: Autora (2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Parkinson é uma patologia que causa impactos negativos na qualidade de vida, autoestima, em aspectos sociais e econômicos, mas principalmente alterações físicas e psicológicas ao portador da doença.

Com esse estudo foi possível analisar através dos questionários, que a qualidade de vida dos participantes está grandemente afetada devido aos sintomas e grau da doença, principalmente em questão de mobilidade, atividades de vida diária e desconforto corporal, podendo levar a um quadro de depressão e tendo como resultado uma pior percepção de saúde.

A maior dificuldade enfrentada na realização desse estudo foi a pouca quantidade de indivíduos com Parkinson para responder o questionário, onde quem participou foi muito prestativo por conta do nível de complexidade do questionário. Outra dificuldade encontrada foi a escassez de literatura com a mesma metodologia. Sugere-se que a metodologia deste estudo seja associada com um protocolo de tratamento, podendo assim observar a efetividade da fisioterapia na recuperação da qualidade de vida dos pacientes com Parkinson.

Dessa forma, a fisioterapia tem papel fundamental no tratamento, prevenção da evolução da doença e principalmente a promoção de saúde para esses pacientes, através de exercícios que ajudem na mobilidade, equilíbrio e auxiliem na manutenção do quadro do indivíduo para reintegrá-lo na sociedade com uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. S. M. K. F. C. M. V. C. N. P. G. DOENÇA DE PARKINSON: COMO DIAGNOSTICAR E TRATAR. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 2, n. 2, p. 19–29, 2007.

FONSECA, R. C. V. DA. **Metodologia do Trabalho Científico**. 1. ed. Curitiba: [s.n.].

GOULART, F. et al. Analysis of functional performance in patients with Parkinson's disease. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 1, 2004.

LANA, R. et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 5, Oct. 2007.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S. Quality of life of a person with Parkinson's disease and the relationship between the time of evolution and the severity of the disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 384–391, Apr. 2012.

PEREIRA, J. S. Distúrbio respiratório na doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**, v. 1, n. 1, p. 23–26, 10 Oct. 2006.

PONTES, S. S. et al. QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 44–56, 2017.

SILVA, J. A. M. G.; DIBAI FILHO, A. V.; FAGANELLO, F. R. Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, p. 141–146, Mar. 2011.

SILVEIRA, T. E. G. D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: [s.n.].

SOUZA, R. G. et al. Quality of life scale in parkinson's disease PDQ-39 - (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, n. 3b, p. 787–791, Sep. 2007.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 905–914, Aug. 2004.

VASCONCELOS, K. C. et al. Percepção da Qualidade de Vida na Doença de Parkinson após Fisioterapia Aquática. **Saúde em Revista**, v. 15, n. 39, p. 17–23, 30 Apr. 2015.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246–252, Sep. 2005.

ZAMBELLO, A. V. et al. **Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico**. 1. ed. Penápolis: [s.n.].

TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Data de aceite: 02/08/2021

Caroline Saraiva Machado

Graduando em Medicina pelo Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP
Parnaíba-PI
<https://orcid.org/0000-0001-6530-4871>

Palloma de Sousa Silva

Graduando em Medicina pelo Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP
Parnaíba-PI
<http://lattes.cnpq.br/7688287459242965>

Rômulo Sabóia Martins

Graduando em Medicina pelo Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP
Parnaíba-PI
<http://lattes.cnpq.br/1638518800037248>

Rowena Torres Castelo Branco

Graduando em Medicina pelo Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP
Parnaíba-PI
<http://lattes.cnpq.br/3055181520457183>

Yndri Frota Faria Marques

Graduando em Medicina pelo Instituto de Ensino Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP
Parnaíba-PI
<http://lattes.cnpq.br/1224851520694805>

Virgínia Araújo Albuquerque

Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí – UFPI
<http://lattes.cnpq.br/5507054929431318>

RESUMO: O trabalho aborda o tema, Transtorno Opositor Desafiador (TOD), o qual acomete indivíduos jovens e que possuem características impulsivas e de oposição em relação à autoridade. O objetivo é elucidar as principais características do transtorno. Método: Revisão de literatura, qualitativa e sistemática. Resultados: A finalidade dessa pesquisa é alertar para o reconhecimento e diagnóstico precoce e com isso, evitar condições de pior prognóstico como o Transtorno de Conduta(TC), ou na vida adulta do Transtorno Antissocial. Conclusão: O impacto social causado por essa psicopatologia, corrobora com a necessidade de intervenção adequada e individualizada, baseada no correto diagnóstico do transtorno em questão.

PALAVRAS-CHAVE: “Transtorno Opositor Desafiador”, “Comportamento Agressivo”, “Transtorno de Conduta”.

CHALLENGING OPPOSITE DISORDER: A LITERARY REVIEW

ABSTRACT: The work addresses the theme, Oppositional Defiant Disorder (ODD), which affects young individuals who have impulsive and oppositional characteristics in relation to authority. The objective is to elucidate the main characteristics of the disorder. Method: Literature review, qualitative and systematic. Results: The purpose of this research is to alert for early recognition and diagnosis and, therefore, to avoid conditions with a worse prognosis such as Conduct Disorder (CT), or in adult life, Antisocial Disorder. Conclusion: The social impact caused by this psychopathology corroborates the need

for adequate and individualized intervention, based on the correct diagnosis of the disorder in question.

KEYWORDS: “Oppositional Challenging Disorder”, “Aggressive Behavior”, “Conduct Disorder”.

INTRODUÇÃO

O transtorno opositor desafiador(TOD) consiste em uma condição caracterizado por comportamentos negativistas, hostis e desafiadores persistentes, em que o indivíduo não assume culpa e que costumam causar dificuldade de convívio e inserção no meio social. Inclusive, esse comportamento disruptivo culmina com um déficit no aprendizado. Por tanto, é um transtorno de externalização, associado a manifestação de agressividade e impulsividade. É um quadro mais comum no sexo masculino, possivelmente atrelado a maior agressividade e ao desinteresse nos estudos por esse gênero. Em relação, aos fatores de risco que podem ser observados e são mais relevantes, têm-se relações conflituosas entre familiares, uso de álcool/drogas, crianças que sofrem de abuso ou agressão física/mental, parentes que apresentem problemas psiquiátricos e abandono. Caso não seja indentificado esse distúrbio na criança, esse quadro pode evoluir, posteriormente, para um transtorno de conduta ou até mesmo na fase adulta, após os 18 anos para o transtorno de personalidade antissocial.O diagnóstico de TOD, inclui segundo DSM-5, enraiver-se frequentemente, discussão com figuras de autoridade, culpar os outros, aborrecer terceiros, desafiar regras, se ofender facilmente, respostas coléricas quando contrariado, rancor e vingança quando desafiados. Lembrando que precisa ocorrer no período mínimo de 6 meses. O tratamento ideal é associar apoio a criança, psicólogo a criança e aos pais para melhora de interação e de comportamento e medicamentos, tais quais, irão depender da situação e progressão do caso.

OBJETIVOS

Apresentar de modo geral as principais características envolvidas no TOD.

MÉTODOS

A pesquisa é uma revisão de literatura, qualitativa e sistemática. Os artigos foram selecionados, a partir do banco de dados do google acadêmico e foram publicados dentre os anos de 2005 a 2019, em português e inglês. Além disso, foram utilizadas revistas e livros nacionais. Foram excluídos da análise todos os que possuíam alguma inconsistência ou tinham referência duvidosa. Foram incluídos todos que abordavam o TOD com referência confiável. Os descritores utilizados foram: “Transtorno Opositor Desafiador”, “Comportamento Agressivo”, “Transtorno de Conduta”.

RESULTADOS

Este trabalho, tem a intenção de informar as características e as implicações, caso não seja realizado intervenções de início no TOD. Pois, como foi visto pode levar a condições de pior prognóstico, o dito Transtorno antissocial e também ocasiona deficiência cognitiva, comportamental e social, além de causar enormes transtornos para pessoas próximas, como familiares e amigos. Logo, a relevância está em trazer informação de um transtorno que é pouco disseminado e conhecido, para alertar da necessidade de fazer uma abordagem eficaz e precoce.

CONCLUSÃO

O Transtorno Opositor Desafiador, embora apresente uma baixa prevalência 3,5%, está atrelado a comportamentos de agressão e violação sociais e de direito de terceiros, com importância tanto no desenvolvimento como relação interpessoal do acometido. Por isso, é essencial uma avaliação no comportamento e nas particularidades desenvolvidas de cada indivíduo, para obter um diagnóstico correto e direcionar as medidas necessárias de um modo individualizado.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, V. L. M. L.; SANTOS, W. D. V. Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência. *Psicologia. pt. O portal dos psicólogos*, 2018.

BARROS, Patrícia; SILVA, Fábio Barbirato Nascimento. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2006, 2.1: 55-66.

CANZI, CAMILA CÁSSIA, et al. Transtorno desafiador de oposição: Revisão literária sobre as características do distúrbio e importância de um diagnóstico precoce baseado em um estudo de caso. *ANAIS ELETRÔNICO CIC*, 2019, 17.17.

DONATO, Christiane Ramos. Como o transtorno opositivo desafiador pode prejudicar as relações sociais e escolares no colégio de aplicação. *Scientia Plena Jovem*, 2017, 5.1.

FRANÇA, Francys Karlus Maia, et al. OPPOSITE DISORDER, CHALLENGE AND CONDUCT OF MINOR CONDUCT: A CASE STUDY TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR E TRANSTORNO DE CONDUTA EM MENOR ADOTIVO: UM ESTUDO DE CASO.

PAULO, Marta Montovanelli de; RONDINA, Regina de Cássia. Os principais fatores que contribuem para o aparecimento do Transtorno Desafiador Opositor. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 2010, 01-07

VILHENA, Karime; DE PAULA, Cristiane Silvestre. Problemas de conduta: prevalência, fatores de risco/proteção; impacto na vida escolar adulta. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 2018, 17.1.

CAPÍTULO 9

O IMPACTO DA NOTÍCIA REFERENTE À SÍNDROME DE DOWN E A VISÃO QUE AS FAMÍLIAS TÊM SOBRE A CRIANÇA PÓS DIAGNÓSTICO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 11/05/2021

João Batista Porto Lima Filho

Universidade Tuiuti do Paraná. Fonoaudiólogo,
Mestre em Distúrbios da Comunicação – UTP
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9360004867446751>

Ana Cristina Guarinello

Universidade Tuiuti do Paraná. Fonoaudióloga,
Mestre em Educação – Universidade Bristol e
Doutora em Estudos Linguísticos UFPR
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4471825150364756>

Tânia Maestrelli Ribas

Pontifícia Universidade Católica de Goiás –
PUC Goiás. Fonoaudióloga, Mestre e Doutora
em Ciências da Saúde FM – UFG
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0200911871913505>

Adriele Barbosa Paisca

Universidade Tuiuti do Paraná. Fonoaudióloga,
Mestranda em Distúrbios da Comunicação – UTP
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5906642690646665>

Rosane Sampaio Santos

Universidade Tuiuti do Paraná. Fonoaudióloga,
Mestre em Distúrbios da Comunicação UTP
e Doutora em Medicina Interna e Ciências da
Saúde – UFPR
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9670082735829503>

Giselle Aparecida de Athayde Massi

Universidade Tuiuti do Paraná. Fonoaudióloga,
Mestre e Doutora em Linguística - UFPR.
Pós-doutora em Promoção de Saúde - Escola
Nacional de Saúde Pública de Portugal
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9028356645604400>

RESUMO: Introdução: No momento em que a família recebe o diagnóstico referente à Síndrome de Down (SD) acaba passando por um processo de medo e angústia. **Objetivo:** O presente estudo analisou discursos produzidos por familiares acerca do impacto do diagnóstico de SD e a visão que eles têm sobre a criança. **Metodologia:** Este estudo é de caráter qualitativo, transversal e analítico, sendo elaborado a partir da Análise Dialógica do Discurso. O instrumento utilizado na pesquisa foi uma entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa, e responderam a entrevista, três integrantes de três famílias: um pai e duas mães. As entrevistas foram realizadas, entre janeiro e março de 2020, de forma individual e oralmente, em local reservado de uma Associação, frequentada pelos sujeitos com SD. **Resultados:** A análise dos discursos produzidos pelos pais indica que eles, estão atravessados por vozes, historicamente, enraizadas em uma visão mecanicista acerca da Síndrome de Down, a qual associa quaisquer dificuldades do sujeito apenas aos seus aspectos orgânicos. **Considerações Finais:** Destaca-se ainda a importância do fonoaudiólogo no acolhimento familiar, promovendo escuta, e assim contribuindo no processo de ressignificação

desses discursos em relação ao seu filho e a Síndrome de Down.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down, Diagnóstico, Família, Fonoaudiologia.

THE IMPACT OF THE NEWS RELATING TO DOWN'S SYNDROME AND THE VIEW THAT FAMILIES HAVE ABOUT THE CHILD AFTER DIAGNOSIS

ABSTRACT: Introduction: The moment the family receives the diagnosis related to Down Syndrome (DS), it ends up going through a process of fear and anguish. **Objective:** The present study analyzed discourses produced by family members about the impact of the diagnosis of SD and their view of the child. **Methodology:** This study is of a qualitative, transversal and analytical character, being elaborated from the Dialogic Discourse Analysis. The instrument used in the research was a semi-structured interview. Three members of three families participated in the research and answered the interview: one father and two mothers. The interviews were conducted, between January and March 2020, individually and orally, in a reserved place of the Association itself, frequented by subjects with DS. **Results:** The analysis of the speeches produced by the parents indicates that they, are historically crossed by voices, rooted in a mechanistic vision about Down Syndrome, which associates any difficulties of the subject only to its organic aspects. **Final Considerations:** The importance of the speech therapist in family care is also highlighted, promoting listening, and thus contributing to the process of reframing these discourses in relation to his son and Down's Syndrome. **KEYWORDS:** Down Syndrome, Diagnosis, Family, Speech Therapy.

INTRODUÇÃO

No momento em que uma família recebe o diagnóstico referente à Síndrome de Down (SD), além de passar por um processo de medo e angústia, geralmente, se vê tendo de decidir a respeito do início da intervenção clínica com a criança, incluindo o tratamento fonoaudiológico (CAMARGO; SILVA; CUNHA, 2012).

A Fonoaudiologia, em geral, baseia sua atuação em duas perspectivas diferentes. Uma delas, fundamentada em uma ótica mecânica e organicista, ao receber a família, organiza-se a partir de três etapas. Na primeira etapa, realiza o que é denominado de anamnese, buscando saber sobre causas orgânicas, que justificam os “déficits” relacionados a aspectos fonoaudiológicos, tais como motricidade oral, voz e linguagem. Na segunda etapa, o profissional inicia os testes e procedimentos de avaliação, para descrever aspectos fonoaudiológicos, destacando possíveis alterações. E após elaborar um diagnóstico, a partir de um plano de trabalho, inicia-se a terceira etapa, conhecida como a etapa terapêutica propriamente dita (ARANTES, 2001).

Essas etapas, que seguem critérios padronizados, estão fundamentadas em um trabalho prescritivo e em baterias de testes, que se propõem a mensurar o desenvolvimento da criança, encaixando-a em parâmetros considerados como “normal” ou “patológico”. No caso específico das deficiências, essas, em geral, são enquadradas no que é considerado “anormal” e divididas em níveis que vão dos mais leves aos severos (ARANTES, 2001).

Para discutir essa visão normalizadora, cabe ressaltar estudos de autores como Arantes, 2001, e Canguilhem, 1966/1990, os quais relatam que o “normal” não é mensurável. Por isso, para os autores citados anteriormente, não é possível aplicar uma bateria de testes com a intenção de dizer a uma família que a criança não está dentro do padrão “normal”. Cada pessoa, que faz parte de uma dada sociedade, apresenta singularidades e os testes quantitativos as desconsideram. Nessa direção, é possível afirmar que cada sujeito, com ou sem SD, é único, sendo impossível comparar uma pessoa com outra.

A outra perspectiva, a qual fundamenta esse trabalho, pauta-se em uma ótica dialógica, que se afasta de um trabalho que considera apenas aspectos orgânicos e testes quantitativos. Toma o sujeito de um ponto de vista singular, considerando a comunidade em que ele se insere e as produções discursivas que estão ao seu redor. Porém, cabe salientar que não é objetivo do presente estudo discutir ou confrontar a vertente biomédica, mas apresentar uma outra possibilidade de atuação da Fonoaudiologia a partir da perspectiva dialógica, a qual tem sido pouco explorada por essa ciência.

Nessa direção, é possível afirmar que todas as produções discursivas sobre os problemas que uma criança com SD podem apresentar derivam de construções narrativas instituídas historicamente. São construções que se elaboram desde o período em que tal síndrome foi reconhecida por John Langdon Down, no ano de 1866. Nesse ano, entrelaçando-se com um conhecimento já existente na época, a SD foi vinculada a um estereótipo de retardo mental, levando crianças com SD a serem tratadas como retardadas, por exemplo. Assim, ressalta-se que as produções discursivas que indicam que uma criança com SD irá apresentar diversos problemas motores, cognitivos e linguísticos, e que deve necessitar de intervenção fonoaudiológica, também fazem parte de construções históricas e sociais.

Nesta segunda abordagem, a Clínica Fonoaudiológica integra aspectos sociais e históricos que compõem a vida de cada sujeito, incluindo suas queixas, sintomas, dificuldades e possibilidades. Pautado em tal abordagem, o trabalho fonoaudiológico considera esses aspectos, para entender a constituição de cada sujeito, bem como seu processo de apropriação da linguagem. No caso do sujeito com SD, a Fonoaudiologia, fundamentada na perspectiva dialógica, considera que ele, como qualquer pessoa, se constitui na e pela linguagem. E, assim, leva em conta o fato de que é na e pela linguagem que uma criança com SD encontra sentido para o que a envolve, incluindo o diagnóstico relacionado à SD e os prognósticos que a acompanham. Pois, é por meio da relação com o outro - pai, mãe, irmã, irmão, professora, médico, fonoaudiólogo, que seu organismo vai ser nomeado e impregnado de conotações positivas e negativas.

A partir da perspectiva sócio-histórica, o fonoaudiólogo pode analisar as produções discursivas de cada sujeito com SD e de sua família, tendo em vista os ditos que compõem seus enunciados. Em outras palavras, esse profissional passa a considerar a atividade dialógica que estabelece com os pacientes e com seus familiares mais próximos (MASINI, 2004).

Isto posto, o presente estudo pretende analisar discursos produzidos por familiares acerca do impacto do diagnóstico de SD e a visão que eles têm sobre a criança diagnosticada.

METODOLOGIA

Este estudo é de caráter qualitativo, transversal e analítico, sendo elaborado a partir da Análise Dialógica do Discurso (ADD). De forma geral, o método qualitativo de pesquisa caracteriza-se por abordar questões relacionadas às singularidades das situações sociais e dos sujeitos envolvidos. De maneira mais específica, na ADD, de acordo com Massi *et al.*, 2020, a análise dos dados volta-se a produções discursivas, considerando os sujeitos, suas histórias de vida e as comunidades em que se inserem.

Estudos fundamentados em uma ótica dialógica, viabilizam a ampliação da visão em relação ao sujeito e as suas potencialidades. Pois, de acordo com a perspectiva dialógica, é possível considerar relações estabelecidas entre o singular e o social, permitindo uma discussão aprofundada acerca das singularidades desses sujeitos (BERBERIAN; MASSI; ANGELIS, 2006).

E com esse entendimento, entrevistas narrativas podem se constituir como um método potente para coleta de dados. Elas permitem o aprofundamento das investigações, a combinação de histórias de vida com aspectos sociais, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam e justificam as ações dos participantes (MUYLAERT *et al.*, 2014).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº 1.755.890. Os critérios para inclusão dos participantes consideram os seguintes aspectos: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) ser pai, mãe ou responsável de crianças ou adolescentes que frequentavam uma Associação, situada em uma cidade do Sul do Brasil, voltada ao atendimento multiprofissional de pessoas com SD. Foram excluídos sujeitos, cujos filhos não eram atendidos pelo pesquisador.

Tendo em vista tais critérios, todos os responsáveis por crianças atendidas pelo pesquisador, na referida Associação, foram convidados a participar da seleção da amostra. Três famílias se dispuseram a participar e, assim, realizaram-se entrevistas com integrantes das três famílias: um pai e duas mães. Para terem suas identidades preservadas, os participantes são chamados pelos seguintes nomes fictícios: Maria, Renata e José.

O instrumento utilizado na pesquisa foi uma entrevista semi-estruturada, compostas por sete questões: 1) “Em que momento tal notícia foi passada?”; 2) “Como foi o momento da notícia para você?”; 3) “Como que foi a notícia para a família?”; 4) “O que você conhecia sobre SD antes do seu(sua) filho(a) nascer?”; 5) “Conte-me sobre seu(sua) filho(a)?”; 6) “Quando você pensa em SD, o que vem na sua cabeça?”; 7) “O que você acha que as pessoas pensam sobre seu(sua) filho(a)?”. Além desse instrumento, para coleta de dados pessoais dos participantes, tais como estado civil, escolarização e renda, foram consultados

os prontuários disponíveis na Associação, voltada ao atendimento de pessoas com SD.

Quanto às etapas de execução, primeiramente, familiares/responsáveis de sujeitos com SD, em atendimento fonoaudiológico, na Associação em questão, foram convidados a participar da pesquisa. Após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas, entre janeiro e março de 2020, de forma individual e oralmente, em local reservado da própria Associação, frequentada pelos sujeitos com SD. Elas foram gravadas em áudio no aparelho SM-A107M/32DL e tiveram a duração média de 15 minutos. Depois foram transcritas, na íntegra, e analisadas a partir da perspectiva dialógica, fundamentadas na ADD.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da pesquisa estão organizados em quatro eixos. O primeiro, abrange dados pessoais dos participantes e os demais eixos dizem respeito a produções discursivas de familiares acerca do impacto do diagnóstico de Síndrome de Down em famílias e a visão que têm sobre a criança.

PRIMEIRO EIXO: PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Sr^a Maria é dona de casa, possui ensino médio completo. Ela é casada e mãe de dois filhos. Seu esposo é operador de máquinas e a família tem renda per capita de até meio salário-mínimo.

Sr^a. Renata é dona de casa, possui ensino médio completo e é separada do marido. Ela e seu filho com SD possuem pouco contato com o pai da criança, que exerce a profissão de advogado. A Sr^a. Renata mora com seus pais e com outros dois filhos. A família tem renda per capita de até meio salário mínimo.

Sr^o. José é mestre de obras e tem ensino médio incompleto. Ele é casado, sua esposa é costureira e, juntos, possuem três filhos. A renda familiar é de até meio salário mínimo por pessoa.

A partir dos aspectos referentes ao perfil dos participantes, verifica-se que um é do sexo masculino, enquanto duas são do sexo feminino. Quanto à escolaridade, todos os participantes estudaram até o ensino médio, sendo seu José, o único que não o concluiu. No que se refere a renda, todas as famílias, têm uma renda de até meio salário mínimo por pessoa. No estudo feito por Oliveira e Limongi, 2011, com pais de crianças com SD, foi concluído que o fator socioeconômico tem influência no entendimento sobre a SD, na qualidade de vida e no processo terapêutico de seus filhos, podendo impactar no processo de diagnóstico da SD.

SEGUNDO EIXO: O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA SD

Para compreender os sentidos atribuídos pelas famílias ao diagnóstico de SD, foram respondidas as questões que estão apresentadas na sequência, acompanhadas das produções discursivas engendradas pelos participantes:

Quem informou sobre a SD?"; "1) Em que momento tal notícia foi passada?"

Sr^a. Renata:

- "A pediatra veio falar assim pra mim, mãe precisamos conversar, daí eu falei assim, ixe, aconteceu alguma coisa, meu filho morreu. Mas, não, ela falou assim, mãe, olha o menino no berço, veja se tem alguma coisa, se ele é igual aos irmãos, se ele tem alguma coisa diferente. Fui lá, olhei, e falei, tem mão, tem braço, tem olho, tem pé, num tem nada, ele é normal. Daí, ela falou assim, olha o tamanho do crânio do seu filho, aí eu falei, as vezes a gente tem que fazer um vestibular porque tem coisa que eles perguntam pra gente que a gente não sabe responder. Eu não sabia que a Síndrome de Down tinha cabeça menor, crânio, isso pra mim, eu nunca tive e num fiquei sabendo. Eu nunca que ia estudar antes deu ter ele, eu nunca quis saber sobre uma criança com Síndrome de Down. Daí ela falou, ele tem Síndrome de Down, espere o pior: ele não vai falar, não vai andar, não vai fazer nada. Daí, eu falei, meu Deus. Eu saí de lá chorando, que eu falei, ixe, espere o pior. Ela falou bem assim, ele nasceu com um problema neurológico, e tudo vai se dificultar daqui pra frente, tudo vai ser difícil daqui pra frente".

Em relação ao momento do diagnóstico da SD, a Sr^a Renata recebe a notícia após o parto, em dado momento em que a médica lhe chama, segundo a mãe, e passa a marcar os possíveis sinais da SD presentes na criança para a mãe, de uma forma aparentemente ríspida, levando-a a entrar em um estado de desespero e choro. Nota-se que a forma como o diagnóstico é passado, influencia em como a família pode lidar com a notícia, como relata Skotko *et al*, 2009.

Apartir do relato da Sr^a Renata, aponta-se, também, para a importância do profissional levar em conta a escolaridade das pessoas para quem repassam diagnósticos. Neste caso, sua escolaridade e sua compreensão de mundo podem ter dificultado o entendimento do que a médica informou. Por isso, o diagnóstico deve ser elaborado com a família, de forma dialogada. Não se trata de simples informação sobre os dados da síndrome, mas de toda uma construção singular sobre a síndrome, que envolve disponibilidade, acolhimento, escuta e troca de conhecimentos envolvendo o profissional e a família.

A fala da médica, de acordo com o que a Sr^a Renata enfatizou, vai contra os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, que prezam a qualidade dos serviços prestados no SUS, através de uma boa articulação entre profissional da saúde e usuário do sistema (PNPS, 2014). Segundo a fala da Sr^a Renata, em momento algum, os potenciais que todas as pessoas, com ou sem SD apresentam, foram enfatizados. Pelo

contrário, foi frisado que a situação da criança, a partir do diagnóstico, seria dificultada.

Além disso, a narrativa da Sr^a Renata evidencia falta de acolhimento, também um dos princípios do PNPS, por parte da profissional, que não ofereceu um momento de diálogo e de escuta para essa mãe, em um momento significativamente delicado, impactando negativamente no processo inicial de aceitação da SD. É necessário que a equipe esteja preparada para o momento de dar uma notícia, vinculada à existência de uma síndrome, visto que, como é possível acompanhar no caso da Sr^a Renata, a falta de preparo profissional pode gerar maior sofrimento nas famílias, com possíveis consequências na relação a ser estabelecida com a criança. Nesse sentido, a articulação dos profissionais de saúde com as famílias visa minimizar seu sofrimento, empoderando-as para que possam ressignificar suas respectivas visões sobre a SD e seus filhos (NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2010; SILVA; DESSEN, 2003; MARTINS, 2002; PNPS, 2014)

Ainda neste segundo eixo, vinculado ao momento em que diagnóstico da SD é repassado às famílias, foram elaboradas mais duas questões - “2) *Como foi o momento da notícia para você?*”; “3) *Como que foi a notícia para a família?*” – e suas respostas estão explicitadas abaixo.

Sr^a Maria:

“Foi difícil porque era tudo novo e eu não conhecia. Nunca tive contato com uma criança com síndrome de Down, não tinha caso na família. Então, é tudo novo. A princípio a gente se assusta, né? Que vai ser, o que vô fazê, mas depois a gente se acalma, vai procurá, pesquisá, mas a gente tem mais medo. É como vai ser a criança, tipo, não medo da criança, é medo da sociedade, do preconceito, [...] mas, depois você começa a pesquisá, e vê que não é tudo aquilo, vê que não é tão fácil, [...] mas, o medo é mais na hora da notícia, depois aquele medo passa[...]”.

- “A família meio fico chocada, sabe? Porque nunca, também, tiveram contato, queriam perguntá o porquê, da onde que tava vindo, se o problema era comigo, ou com pai, ou com da família, sabe? Mas, depois ela virou xodó e todo mundo gosta”.

Nota-se que, para a Sr^a Maria o diagnóstico da SD, não foi fácil de aceitar. Lipp, Martini e Oliveira-Menegotto, 2010, destacam que esse momento envolve sentimentos de insegurança e medo diante de algo desconhecido, já que até então, não fez parte da rotina dessas famílias estabelecer vínculo com pessoas com SD, além do fato do rompimento do desejo do filho imaginário. Por isso, o diagnóstico da SD deve ser elaborado com as famílias de maneira clara e objetiva para que os familiares possam afastar a representação imaginária do bebê e, assim, buscar o suporte necessário para enfrentar a angústia e o medo gerados pelo diagnóstico (KELLOGG *et al*, 2014).

TERCEIRO EIXO: CONHECIMENTO SOBRE SD

Para compreender o que as famílias sabiam sobre a SD antes de ter um filho com

esse diagnóstico, foi elaborada a seguinte questão: “4) O que você conhecia sobre SD antes do seu(sua) filho(a) nascer?”.

Sr^o. José:

“Olha, antes do meu filho nascer, eu conhecia a síndrome de Down, a gente conhecia a síndrome de Down, como que eu posso de explicar? Como uma deficiência. Antes! Mas, hoje eu percebo que não, são pessoas normais, pessoas, crianças normais, aprende ler, aprende escrever, tem profissão. Pra mim, acabou aquele negócio de deficiência, são pessoas normais”.

A partir da fala apresentada pelos pelo Sr José, pode-se inferir que as famílias constroem visões sobre SD a partir de estigmas sociais, formados historicamente em função de posições negativas acerca desses sujeitos, que marcam-os apenas como deficientes, sem perceber as potencialidades que apresentam. Cunha, Blascovi-Assis e Fiamenghi Jr., 2010, discutem que essa visão contribui para a superproteção sobre os filhos, velada por um sentimento de lugar de dependência que tais filhos terão ao longo de sua vida, o qual acaba por desconsiderar seu lugar de sujeito singular e falante.

Esse sentimento de superproteção é caracterizado de tal forma que deixa a criança em um lugar de incapacidade, não por ser incompetente para realizar atividades, mas por haver uma falta de expectativas sobre ele. E essa falta de expectativas está intimamente relacionada aos estigmas construídos historicamente pela sociedade (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Portanto, o conhecimento inicial sobre a síndrome, por parte da família, deve ser construído em conjunto com os profissionais de saúde, que participam desse momento do diagnóstico. Essa produção dialógica deve ser proporcionada às famílias, para que possa haver uma desconstrução dos estigmas que envolvem a SD, os quais ainda anunciam forte reprovação sobre suas características, levando essa população à marginalização.

QUARTO EIXO: VISÃO DOS PAIS SOBRE A CRIANÇA COM SD

Para compreender a visão que as famílias possuem sobre a criança com SD, foram elaboradas as seguintes questões: “5) Conte-me sobre seu(sua) filho(a)?”; “6) Quando você pensa em SD, o que vem na sua cabeça?; “7) O que você acha que as pessoas pensam sobre seu(sua) filho(a)?”.

Sr^o. José

- “Meu filho, pra mim, é uma criança normal, que não tem, a gente conversa, ele entende o que a gente fala, ele não é uma pessoa assim, ele não é uma criança assim, diferente de uma criança normal. Pra mim ele é normal, isso pra gente, pros pais, né. Claro que lá fora, ele tem esse problema da síndrome, mas ele é uma criança muito amorosa, [...] é um filho exemplar, maravilhoso pra mim”.

“Ai, olha, eu pra mim, hoje, como se diz...sobre a síndrome, crianças que precisa de

uma atenção diferente né, aí se é um grau mais avançado, então precisa. Mas, são crianças muito queridas, pessoas normais, pessoas inteligentes, como se diz, a inteligência de uma pessoa com Síndrome de Down às vezes é até mais que a minha própria inteligência, coisas que talvez eu demore pensar, ele já pensou, eu, pra mim, síndrome não é defeito”.

–“Olha, pelo que a gente conversa com amigos, eles acham ele uma criança muito querida, educada, porque ele é uma criança educada, tem hora que tem umas brincadeira dele, mas ele é uma criança educada, chega, dá bom dia, conversa na escola, as professora, os aluno, os coleguinha, todo mundo conhece ele pelo nome, é pra lá, pra cá, da abraço, ajudam ele a fazer as coisas, então, eu pra mim, eles falam que é uma criança normal”.

No quarto eixo, a partir do relato do Sr José, pode-se inferir a visão que esses pais têm sobre seus filhos atualmente. É possível acompanhar, como a partir da vivência e da informação, estigmas nos quais eles estavam submersos sobre a SD podem ser superados, dando lugar a um espaço de abertura, novas possibilidades e de muita luta, para combater todo o estereótipo social que ainda envolve a SD.

Atualmente, para o Sr José, a SD não é defeito, pois, na sua visão, a síndrome não faz com o que seu filho seja menos capaz do que outras pessoas.

Percebe-se, em sua fala, a singularidade de seu filho, e suas possibilidades de o aceita-lo, de acordo com suas histórias e vivências, resignificando suas visões sobre a Síndrome de Down em suas vidas, afastando-se de uma visão pautada apenas na deficiência, na qual só havia espaço para ressaltar as dificuldades do sujeito por sua condição orgânica (WUO, 2006).

O processo de resignificar a SD por parte dos pais, precisa ultrapassar a imagem da síndrome baseada apenas em aspectos orgânicos. A partir do diálogo com familiares e pessoas que tinham um bom conhecimento sobre a SD, as possibilidades discursivas dos pais foram ampliadas, resignificando assim a conotação negativa sobre a SD e a concepção sobre seus filhos. Infere-se, portanto, que não basta considerar apenas o aspecto orgânico da SD e, sim, a singularidade de quem a possui.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse estudo, percebe-se que os discursos dos pais, em geral, estão atrelados a vozes historicamente enraizadas, em uma visão organicista acerca da Síndrome de Down, a qual associa quaisquer dificuldades do sujeito apenas aos aspectos orgânicos da síndrome. São discursos que apontam para o fato de tal visão ser propagada, até mesmo, por profissionais de saúde, que devem ter uma postura distinta, pautada no acolhimento da família, na escuta de suas dificuldades e no apontamento de potencialidades de seus filhos com SD.

Desse modo, a partir de uma concepção dialógica, em contraste com a visão organicista, verificou-se por meio desse texto que o impacto da notícia pode potencializar

o medo e a insegurança por parte dos pais, pois além do pouco conhecimento que têm sobre a SD, essa é carregada de estereótipos sociais, que recaem sobre dificuldades relacionadas a mesma. São estigmas que desconsideram a unicidade de cada pessoa, a qual é construída socialmente. Além disso, cabe destacar a importância do profissional de saúde, em buscar não somente repassar a notícia, mas sim elaborá-la, por meio da escuta e do acolhimento voltado à família que está recebendo e processando o diagnóstico da SD.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, M.L.T., PINTO, E.B., GHIRARDI, MIG., LICHTIG, I., MASINI, E.F.S., PASQUALIN, L. **Conceituando deficiência.** Rev. Saúde Pública, 34 (1): 97-103, 2000 www.fsp.usp.br/rsp.

ARANTES, L. **diagnóstico e clínica de linguagem.** Tese (Doutorado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Área de concentração: Linguística Aplicada e Estudos da linguagem. 2001.

BERBERIAN, A.P. **Letramento: referências em saúde e educação.** In: BERBERIAN, A.P.; MASSI, G.A.; ANGELIS, C.C.M (orgs) São Paulo: Plexus Editora, 2006.

CANGUILHEM, G., (1966/1990) **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária.

CAMARGO, M.M., SILVA, M.F.F., CUNHA, M.C. **Impacto do diagnóstico de Síndrome de Down em mães e suas repercussões em relação ao desenvolvimento de linguagem das crianças.** Distúrb Comun, São Paulo, 24(2): 165-172, setembro, 2012.

CUNHA, A.M.F.V., BLASCOVI-ASSIS, S.M., FIAMENGI, Jr, G.A. **Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(2):444-451, 2010.

KELLOGG, G., SLATTERY, L., HUDGINS, L., ORMOND, K. **Attitudes of Mothers of Children with Down Syndrome Towards Noninvasive Prenatal Testing.** J Genet Counsel (2014) 23:805–813.

LIPP, L.K., MARTINI, F.O., OLIVEIRA-MENEGOTTO, L.M. **Desenvolvimento, escolarização e síndrome de Down: expectativas maternas.** Paidéia set-dez. 2010, Vol. 20, No. 47, 371-379.

MARTINS, D.A. **Cuidando do portador de síndrome de Down e seu signifiante.** Ciênc Cuidado Saúde 2002; 1(1): 117-22.

MASINI, M.L.H. **O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos pós-graduandos Linguística aplicada e estudos da linguagem; 2004.

MASSI, G., CARVALHO, T.P., PAISCA, A.B., GUARINELLO, A.C., HEY, A.P., BERBERIAN, A.P., TONOCCHI, R. **Promoção de saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência: uma pesquisa dialógica.** Saúde e Pesqui. 2020 jan-mar; 13(1): 7-17 - e-ISSN 2176-9206

Ministério Da Saúde. **Política Nacional De Promoção Da Saúde (PNPS).** Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014

MUYLAERT, C.J., SARUBBI, J.R.V., GALLO, P.R., NETO, M.L.R., REIS, A.O.A. **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.** Rev Esc Enferm USP 2014; 48(Esp2):193-199.

NUNES, M.D.R., DUPAS, G., NASCIMENTO, L.C. **Atravessando períodos nebulosos: a e Atravessando períodos nebulosos: a experiência família da criança portadora da Síndrome de Down.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 64, núm. 2, marzo-abril, 2011, pp. 227-233.

OLIVEIRA, E.F., LIMONGI, S.C.O. **Qualidade de vida de pais/cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down.** J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(4):321-7.

SILVA, N.L.P., DESSEN, M.A. **Crianças com Síndrome de Down e suas interações familiares.** Psicol Reflex Crit 2003; 16(3): 503-14.

SKOTKO, B.G., KISHNANI, P.S., CAPONE, G.T. **Diagnóstico pré-natal da síndrome de Down: a melhor forma de dar a notícia.** Am J Med Genet A. Novembro de 2009; 149A (11): 2361-7.

WUO, A.S. **A construção social da Síndrome de Down.** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

CAPÍTULO 10

ESTUDO DE CASO DE UMA PACIENTE PORTADORA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, COM BASE NO PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO DE UMA CLÍNICA ESCOLA DE VITÓRIA-ES

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Danielle Karla Garioli Santos Schneider

FAESA Centro Universitário Espírito Santense,
Professora da Unidade de Odontologia
Vitória - Espírito Santo
https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=19CB80F40B1540ADCD258EE1773D4C6#

Giulia Koehler Miranda Simões

FAESA Centro Universitário Espírito Santense
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/8896205710178284>

Marina Bragatto Rangel Nunes

FAESA Centro Universitário Espírito Santense
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/9236117885067441>

Henrique de Souza Chaves

FAESA Centro Universitário Espírito Santense
Vitória - Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4711841648809405>

RESUMO: O atendimento ao paciente com TEA ainda é um imenso desafio entre os cirurgiões-dentistas, exigindo do profissional conhecimento, além de comandos mais específicos e diretos, com a intenção de que o tratamento seja mais acolhedor para o paciente. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é descrito como uma desordem complexa abrangendo o desenvolvimento neurológico

do paciente, causando sinais de alterações no convívio social, linguagem e motricidade, e também comportamentos estereotipados e repetitivos. A hipersensibilidade a sons altos e a fotosensibilidade também são características bastante comuns nestes pacientes. Foi realizado um estudo de caso descritivo com o objetivo de responder a uma anamnese específica voltada para pacientes autistas e utilizando como referência informações de uma paciente com TEA fora do padrão clássico de Kanner. Esta anamnese coletou os dados através do prontuário odontológico utilizado em uma clínica-escola do município de Vitória-ES. O estudo concluiu que o prontuário não possui resposta precisa para as perguntas apresentadas e inclusive, grande parte delas foram respondidas por meio de um atendimento prévio à paciente. Isso ocorreu devido à falta de dados contidos no prontuário da paciente. Por fim, constata-se a necessidade de integrar uma anamnese específica para pacientes com TEA, associada ao prontuário odontológico, quando houver o atendimento a Pacientes com Deficiência (PcD).

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, Saúde bucal, Abordagem.

CASE STUDY OF A PATIENT WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER, BASED ON THE DENTAL PRONOUNCEMENT OF A CLINIC SCHOOL OF VITÓRIA-ES

ABSTRACT: The treatment of an patient with Autism Spectrum Disorder (ASD) still been a big challenge among dental surgeon, requiring professional knowledge, besides more specific

commands with the intention of making a welcoming treatment for the patient. ASD is described as an complex disorder including the neurological development of the patient, causing signs of changing in social life, language and motor skills and also stereotyped and repetitive behaviors. The hypersensitivity from loud sounds and the photosensitivity are common features on those patients as well. A descriptive study case with the purpose of answering an specific anamnesis turned to ASD patients with a different standard from Kanner. This anamnesis collected the data through the dental records of a clinic-school. The study concluded that the medical record does not have a precise answer to the questions presented and, in fact, most of them were answered through previous patient care. This was due to the lack of data contained in the patient's medical record. Finally, there is a need to integrate a specific anamnesis for patients with ASD, associated with the dental record, when assisting Disabled Patients (PwD).

KEYWORDS: Autism, Oral health, Approach.

1 | INTRODUÇÃO

Quando o assunto é comportamento, quais condutas devem ser tomadas frente ao tratamento odontológico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista? Atualmente, o termo oficial e correto que foi estabelecido pela Convenção das Nações Unidas é “Pessoas com Deficiência” (PcD), declarando que o indivíduo apresenta algum tipo de limitação permanente sem que deprecie quem a tem. PcDs, em especial os autistas são pouco citados ou até mesmo esquecidos. Dito isso, torna-se essencial a conscientização da população acerca do transtorno, a fim de que se compreendam as limitações e dificuldades no dia a dia desses indivíduos e de suas famílias.

Este estudo se faz relevante a ponto de instruir cirurgiões-dentistas ou alunos da área, a atender estas pessoas da melhor maneira possível, através da identificação dos problemas clínicos presentes, e, por consequência, resultar em melhores prognósticos. Para isso, se sustentou em responder a uma anamnese específica direcionada para pacientes que possuem TEA, baseado em informações contidas no prontuário odontológico.

Com isso, o objetivo é avaliar o prontuário odontológico utilizado no atendimento a PcDs, utilizando como caso, uma paciente portadora do TEA, fora do padrão clássico de Kanner, atendida em uma clínica-escola de Odontologia, localizada no município de Vitória, Espírito Santo (ES).

2 | O PACIENTE COM TEA

O autismo, cientificamente conhecido como “Transtorno do Espectro Autista (TEA)”, é uma condição neurológica representada por comportamentos comprometidos no âmbito da interação social e afetiva. Desta maneira, diagnóstico e prognóstico precoces são determinantes para a evolução comportamental do indivíduo durante toda a sua vida (MIELE, AMATO, 2016).

Os pacientes com TEA possuem características muito individuais e na maioria das vezes, se diferenciam uns dos outros. Entretanto, alguns desses atributos são comuns, como por exemplo, o déficit na interação social (maior nos indivíduos considerados normotípicos) e essas particularidades podem estar associados a uma série de comportamentos disfuncionais, tais como o ato de apontar ou levantar a mão, como outra forma de comunicação (BACKES, et al., 2017).

A comunicação dos autistas é feita por diversas maneiras, existindo a verbal e a não verbal. Quanto menor for essa comunicação e mais restrita for a fala do paciente, mais objetivo deverá ser o cirurgião-dentista. O comando deve ser simples, direto e previsível, o que tornará o atendimento odontológico mais exitoso, claro e objetivo (BRIGNELL, et al., 2018).

Diante desse contexto, o diagnóstico do paciente que apresenta TEA é feito por meio da psiquiatria e da neurologia, e geralmente as características típicas aparecem até os três anos de idade (AMARAL et al., 2016). Assim, estalar os dedos, movimentar as mãos com movimentos denominados “*flapping*” e ter comportamentos estereotipados e repetitivos, em geral, dentro de uma mesma rotina, podem ser características que auxiliam na conclusão e na definição do que representa o indivíduo autista. (GOMES et al., 2019).

Gomes e colaboradores (2019), diziam que existem níveis para a sua classificação e é fundamental que toda a família se organize dentro dessa nova realidade. O Nível 1 de classificação do TEA é tido como o mais simples dos três, e caracteriza-se pela presença de déficits sutis na comunicação e nas interações sociais. Quando providos de apoio, alcançam uma evolução notória em seus comportamentos. Dentro do Nível 2, o autista possui déficits mais acentuados na comunicação verbal e não verbal, além de apresentar limitações nas interações sociais mesmo com a existência de apoio. Já o Nível 3, é o mais severo da classificação e a capacidade de interação social desse paciente é muito reduzida. Inusualmente há respostas às propostas sociais apresentadas o que torna extremamente necessária a presença de apoio substancial.

3 I PACIENTE COM TEA E SEUS FAMILIARES

Os pais quando recebem o diagnóstico de que seu filho é acometido pelo transtorno autista, apresentam uma organização familiar que se caracteriza da seguinte maneira: uma nova agenda de horários vinculados a atendimentos, consultas, alimentação, entre outras necessidades. Essa organização pode gerar uma carga de estresse inicial (MONTE, PINTO, 2015, P.7)

Pinto e colaboradores (2016) declaram que um dos fatores responsáveis pela angústia nos familiares dos pacientes com TEA é a recusa frente ao transtorno, o que provoca demora na conclusão do diagnóstico. Uma vez que não se tem um diagnóstico fechado, os pais têm a esperança de que o problema da criança não possui gravidade, criando assim, falsas expectativas de que os sinais e sintomas sejam algo transitório e

passível de resolução. Nas fases iniciais, é comum que os familiares vivenciem sentimentos mais intensificados e isso pode ocorrer por conta da desinformação. Os autores ainda defendem que uma das formas de aceitar a nova realidade, pode ser a criação do vínculo paciente-família, desde o momento em que o profissional revela o diagnóstico. Isso pode melhorar a forma de lidar com as consequências da notícia.

Zatblotsky e colaboradores (2013) relatam que a falta de apoio paterna influencia negativamente na saúde das mães das crianças portadoras de TEA, visto que, pode causar uma maior propensão ao risco de isolamento social e estresse. Isso acontece porque, de maneira geral, os pais podem não ter tempo de comparecer às consultas, assim como podem também, não ter tempo para participar de decisões relacionadas ao dia a dia da criança. Essas mães, com alta carga de estresse ou depressão, impactam de forma negativa na saúde da criança com TEA, pois as habilidades parentais estão diminuídas e os problemas psicológicos e emocionais são gerados no filho (PINTO et al., 2016).

Para Amaral et al. (2016), o condicionamento dos pais deve ser realizado em conjunto com o da criança. Assim, os momentos de insegurança não são transmitidos para o filho, seja por carregarem traumas passados em atendimentos anteriores, ou até mesmo por chegarem ao atendimento com o conceito pré-formado de que será tudo muito difícil e exaustivo.

4 | O PACIENTE COM TEA E A ODONTOLOGIA

Indivíduos, principalmente crianças, com espectro autista costumam apresentar muita dificuldade quando o assunto é a higiene bucal. A dentição decídua destes pacientes costuma ter um índice de lesões cáries mais elevadas em comparação à dentição decídua de crianças “normais”, entretanto, esse índice se iguala na fase da dentição permanente. O autista, em sua maioria, apresenta muita seletividade alimentar, com alta ingestão de açúcar e carboidratos, geralmente atribuída aos costumes familiares. Por isso, é imprescindível ressaltar a importância da alimentação saudável para os pais. (SANT’ANNA et al., 2017).

Souza (2017) afirma que os pacientes com TEA não tem controle nos movimentos da língua tornando-se um fator que pode interferir durante o exame clínico, correndo o risco de perfurações por instrumentais. O autor ainda assegura que, para um melhor resultado no atendimento odontológico, é importante que se crie um vínculo entre o cirurgião-dentista e o paciente autista. Técnicas devem ser adaptadas na intenção de proporcionar consultas menos traumáticas e mais resolutivas. Os pacientes com TEA possuem maior sensibilidade auditiva a diversos barulhos, o que pode provocar comportamentos inesperados. Assim, o uso de canetas de alta rotação é para o cirurgião-dentista, um desafio no atendimento odontológico a esses pacientes.

O autista também pode apresentar hipossensibilidade ou hipersensibilidade sensorial. Ele pode apresentar-se sensível a qualquer toque e se assustar facilmente em situações

aparentemente inusitadas. (POSAR, VISCONTINI, 2018).

Durante o atendimento odontológico prestado a pacientes com TEA, nenhuma abordagem existente na literatura da Odontopediatria deve ser descartada. O profissional deve estar atento a como o paciente reage às diversas situações. Também deve-se ter em mente que existe um tempo limitado de atendimento, devido à ansiedade do autista e à necessidade de condicioná-lo (CIULLA, 2017).

5 | MÉTODO

O método utilizado foi o Estudo de Caso Descritivo, elaborado por meio do preenchimento de uma ficha de anamnese específica e direcionada a pacientes com Transtorno do Espectro Autista, tendo o Prontuário Odontológico da clínica-escola da FAESA-Centro Universitário Espírito Santense, localizada em Vitória-ES, como parâmetro para a coleta de dados.

A anamnese específica para pacientes com TEA indicada para conduzir o estudo foi formulada e apresentada como sugestão no ano de 2018. Benevenuto e colaboradores (2018) expuseram um questionário de “Atendimento individualizado ao paciente autista no ambiente odontológico, como uma proposta de anamnese”, a ser aplicado na Clínica de Portadores de Necessidades Especiais (PNE) – denominada mais apropriadamente de PcD - da FAESA (Figura 1 e Figura 2).

A paciente do estudo é portadora do TEA e, desde o ano de 2019, está em tratamento odontológico na disciplina de PcD da graduação. Para o levantamento dos dados, foi respondido o questionário da anamnese específica para pacientes com TEA, tendo como referência as informações presentes no prontuário odontológico (Figura 3 e Figura 4).

No dia três de julho de 2020, a Clínica Odontológica da FAESA cedeu uma cópia do prontuário da paciente, com a permissão da Coordenação do Curso de Odontologia e da Supervisão da Clínica. Tal fonte foi selecionada por incluir informações importantes a respeito da paciente, como a história pregressa e atual. Foram coletados todos os dados obtidos entre setembro de 2019 e março de 2020.

O estudo levou em conta os aspectos éticos, garantindo a fidelidade das informações coletadas que foram fornecidas pelo responsável da paciente e consentidas por ele, a ser objeto de estudo por meio da ciência e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

QUESTIONAMENTOS		RESPOSTAS			
1. Relevantes ao aspecto sensorial e motor:					
Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som?	Sim ()	Não ()	Qual(is)?		
Apresenta desconforto aos sons e ruídos?	Sim ()	Não ()	Qual(is)?		
Prefere qual o tipo de ambiente?			Claros ()	Escuros ()	
Franze, cobre ou fecha os olhos quando na presença de luz não natural?	Sim ()	Não ()			
Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente?			Sim ()	Não ()	
Evita contatos físicos?			Sim ()	Não ()	
Possui dificuldade(s) motora(s)?	Sim ()	Não ()	Qual(is)?		
Realiza movimentos repetitivos?	Sim ()	Não ()	Qual(is)?	Frequência:	
2. Relevantes à comunicação:					
Possui fala diferente?	Sim ()	Não ()	Explique:		
Conversa através de outro(s) recurso(s) que não por voz?	Sim ()	Não ()	Qual(is):		
Comunicam-se com desconhecidos?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Compartilha objetos e pensamentos?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Sorri em situações de felicidade?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Sorri para outro familiar que não os responsáveis?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
3. Relevante ao comportamento:					
Demonstra interesse em presentes?	Sim ()	Não ()	Qual(is):		
Gosta de música?	Sim ()	Não ()	Qual(is):		
Gosta de filmes e desenhos?	Sim ()	Não ()	Qual(is):		

Interage com pessoas que não sejam amigos ou familiares?	Sim ()	Não ()			
Presta atenção ao menos momentaneamente quando alguém o aborda?	Sim ()	Não ()			
Distrai-se com facilidade?	Sim ()	Não ()			
Escuta histórias por pelo menos 10 minutos?	Sim ()	Não ()			
Compreende o significado de “não”?	Sim ()	Não ()			
É impulsivo	Sim ()	Não ()			
Obedece á ordens?	Sim ()	Não ()			
Reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros?	Sim ()	Não ()			
4. Relevantes a higiene bucal:					
O que é usado para fazer sua higiene bucal?	Escova mecânica ()	Escova elétrica ()	Fio dental ()	Raspador de língua ()	
Frequência:	()	()	()	()	
Realiza a higiene da boca sozinho?	Sim ()	Não ()			
Algum relato machucados na boca?	Sim ()	Não ()	Motivo\Frequência:		
Quando foi a primeira vez ao dentista?	Bebê ()	Criança ()	Adolescente ()	Adulto ()	
5. Em relação á hábitos:					
Rói unhas?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Estala dedos?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Possui dificuldade para dormir?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Apresenta tiques?	Sim ()	Não ()	Frequência:		
Exige um ambiente sempre sem mudanças?	Sim ()	Não ()			
Existe algum desafio comportamental ou peculiaridade específica que não tenha sido perguntada e que você considere importante que a equipe odontológica esteja ciente?					

Figura 1- Questionário da anamnese específica e direcionada para pacientes com TEA.

Fonte: BENEVENUTE, L.A.; SOBREIRA, M.I.T; DAMAS, N.T.H (2018).

6 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o preenchimento do questionário da anamnese específica para indivíduos com TEA e tendo como base os dados coletados no prontuário odontológico, o caso da paciente foi estudado e os resultados foram descritos em 3 categorias: 1- Anamnese preenchida com dados coletados do prontuário odontológico; 2- Anamnese preenchida com dados coletados através dos atendimentos clínicos à paciente; e 3- Anamnese não preenchida por falta de dados no prontuário e durante os atendimentos clínicos à paciente. A divisão em categorias foi definida, pois os dados encontrados no prontuário odontológico da paciente não foram o suficiente para a obtenção de todas as respostas do questionário da anamnese específica. As categorias 1, 2 e 3 estão descritas a seguir (Quadro 1, Quadro 2 e Quadro 3).

QUESTIONAMENTO	RESPOSTA
O que é usado para fazer sua higiene bucal? Escova mecânica, elétrica, fio dental, raspador de língua? Frequência?	Escova de dente, 2x ao dia.

Quadro 1- Categoria 1: Anamnese preenchida com dados coletados do prontuário odontológico.

QUESTIONAMENTO	RESPOSTA
Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som?	Sim.
Realiza higiene da boca sozinha?	Não realizava antes de começar o tratamento na clínica da FAESA. A higiene bucal dela era muito ruim, o pai tinha pouca orientação e a mãe é ausente do tratamento odontológico.
Apresenta desconforto aos sons e ruídos?	Sim, principalmente sons altos e barulhos.
Prefere qual tipo de ambiente? Claros ou escuros?	Claro.
Franze, cobre ou fecha os olhos quando na presença de luz não natural?	Não demonstrou nenhuma dessas características.
Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente?	Não.
Evita contatos físicos?	Sim, evita-se abraçar, porque ela demonstra se incomodar.
Possui dificuldades motoras?	Não.
Realiza movimentos repetitivos? Quais? Frequência?	Não durante os atendimentos.
Possui fala diferente? Explique.	Não.
Conversa através de outros recursos e não por voz?	Sim, utiliza com alta frequência os desenhos para comunicação.
Comunica-se com desconhecidos?	Pouco.

Compartilha objetos e pensamentos?	Pouco.
Sorri em situações de felicidade?	Sim e muito, principalmente quando ela fala dos seus desenhos.
Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição?	Sim, já demonstrou medo e aflição.
Demonstra interesse em presentes?	Sim.
Gosta de filmes e desenhos?	Gosta muito de desenhos.
Interage com pessoas que não sejam amigos ou familiares?	Sim, interage bem com todos da clínica.
Presta atenção ao menos momentaneamente quando alguém o aborda?	Sim.
Distrai-se com facilidade?	Sim.
Compreende o significado de “não”?	Sim.
Obedece a ordens?	Sim.
Reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros?	Sim.
Possui dificuldade para dormir? Frequência?	Sim, o pai relatou que a ansiedade atrapalha. Usa medicamentos para controle. Não temos informações sobre frequência.
Apresenta tiques?	Sim, principalmente quando desenha.
Exige um ambiente sempre com mudanças?	Não.
Existe algum desafio comportamental ou peculiaridade específica que não tenha sido perguntada e que você considere importante que a equipe odontológica esteja ciente?	A paciente é extremamente motivada pelos desenhos. Esse é seu escape durante as esperas e fica ansiosa pelo fim do atendimento para que possa desenhar. Enquanto desenha tem um super-foco notável.
Algum relato de machucados na boca?	Não.

Quadro 2- Categoria 2: Anamnese preenchida com dados coletados através dos atendimentos clínicos à paciente.

QUESTIONAMENTOS	RESPOSTAS
Sorri para outro familiar que não os responsáveis?	Sem informação.
Gosta de música?	Sem informação.
Escuta história por pelo menos 10 minutos?	Nunca foi tentado uma conversa direta por mais de 10 minutos, então sem informação.
É impulsivo?	Sem informação.

Rói unhas?	Sem informação.
Estala dedos?	Sem informação.
Quando foi a primeira vez ao dentista?	Sem essa informação. Apenas sabe-se que a FAESA foi o primeiro local em que a paciente conseguiu realizar o tratamento odontológico com sucesso.

Quadro 3- Categoria 3: Anamnese não preenchida por falta de dados no prontuário e durante os atendimentos clínicos à paciente

O questionário da anamnese específica, desenvolvido por Benevenuto e colaboradores (2018) e proposto para indivíduos com TEA foi escolhido para orientar o estudo de caso da paciente selecionada, no entanto, não foi possível obter todas as respostas apenas pelos dados contidos no prontuário odontológico. Isso levanta mais uma vez a discussão da importância de existir uma anamnese específica para pacientes que apresentem distúrbios comportamentais diagnosticados, corroborando com os autores criadores do questionário selecionado para o estudo.

Dentre as informações contidas no prontuário, foi identificado que a paciente realiza sua higiene bucal por meio de uma escova mecânica, na frequência de duas vezes ao dia. Amaral (2016) afirma que o paciente com Transtorno do Espectro Autista apresenta altos índices de biofilme e cárie e segundo o autor, um dos motivos desta situação clínica acontecer são as limitações na coordenação motora, dificultando a higienização correta da cavidade bucal. Sant'Anna e colaboradores (2017) asseguram ainda que os portadores de autismo têm a sua higienização comprometida, visto que possuem dificuldades na compreensão dos comandos que lhe são dados, e ressaltam também a importância da demonstração visual durante o processo de escovação por meio de vídeos ou por outra alternativa.

O resultado do estudo apontou que as informações obtidas, em sua grande maioria, foram coletadas durante os atendimentos clínicos à paciente (categoria 2 dos resultados), e ali estão incluídos elementos fundamentais ligados ao comportamento, aspecto sensorial e motor, comunicação e higiene bucal dos indivíduos portadores do TEA. As informações que não foram obtidas através do prontuário da paciente, nem pelos atendimentos (categoria 3 dos resultados), de modo geral, eram questionamentos em relação aos hábitos pessoais, como por exemplo roer unhas e estalar dedos.

Dentro do questionário existem perguntas específicas que tratam do comportamento do paciente, o que é algo extremamente pertinente, visto que a abordagem do profissional será baseada nestas informações. Os resultados do estudo mostram que a paciente se distrai com facilidade, apresenta tiques e evita contatos físicos. Concordando com esses comportamentos, Ciulla (2017), descreve ainda que o autista costuma se isolar do mundo, possui uma atenção reduzida, não consegue focar no que lhe foi dito, além de

em alguns casos, também apresentar comportamentos agressivos. O autor relata que, o fator que leva a essa distração pode estar relacionado à hipossensibilidade e à ansiedade, e pode ser gerada durante os atendimentos odontológicos. Outros autores como Souza e colaboradores (2017), reforçam essa ideia, afirmando também que o autista possui extrema sensibilidade a estímulos externos, o que pode gerar comportamentos inesperados durante a consulta odontológica.

A anamnese específica questionava também sobre os aspectos sensoriais e motores, e o resultado mostraram que a paciente não possui dificuldades motoras, mas apresenta um desconforto em relação a sons e ruídos. Esse achado está de acordo com Araújo (2016), que diz que os autistas têm predisposição a serem bastante sensíveis a ambientes barulhentos, causando comportamentos imprevisíveis, podendo atrasar e até mesmo dificultar a consulta odontológica. À vista disso, Souza e colaboradores (2017) também relatam que “os portadores de TEA possuem sensibilidade extrema aos estímulos externos, como barulhos diferentes, sons fortes e comportamentos inesperados, o que muitas vezes dificulta o tratamento odontológico”.

O resultado do estudo apresenta que durante as consultas a paciente se comunica verbalmente, interage com desconhecidos e com seus familiares. Essa é uma informação que vai de encontro ao que Prado e Oliveira (2019) afirmam, pois segundo os autores, pacientes com TEA costumam apresentar alterações em sua comunicação verbal e não verbal o que interfere em sua relação social, indo a busca de interesses próprios e de preferência sozinhos. Além disso, também apresentam dificuldades em expressar sinais de afeto e sentimentos pelos outros. Souza (2017) explica que “o TEA é um distúrbio incapacitante do desenvolvimento mental e emocional que causa problemas na aprendizagem, comunicação, relacionamento e acomete crianças de todas as etnias e classes sociais”. Entretanto, essa é um resultado que comprova que os indivíduos autistas possuem características muito particulares e próprias, o que os diferenciam uns dos outros em vários aspectos.

Em relação aos hábitos dos indivíduos com Transtorno do Espectro Autista, a paciente do estudo possui um relacionado à prática de desenhar. O resultado mostra que essa é uma atividade rotineira, repetitiva e com a presença de um super-foco evidente durante sua execução. Segundo informações obtidas através dos familiares, desenhar é o que alivia a ansiedade e agitação da paciente. Bentes e colaboradores (2016) corroboram com esse resultado dizendo que é extremamente comum que o autista apresente formas de comportamentos estereotipados e repetitivos e que, normalmente, esses hábitos se mantêm como uma rotina. Gomes e colaboradores (2019) vão além, afirmando que tais comportamentos podem representar ansiedade e agitação, o que faz com que esses indivíduos acabem reproduzindo as mesmas práticas todos os dias.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com TEA, assim como os demais PcD, apresentam as suas características padrões e individuais, requerendo assim que o cirurgião-dentista tenha o conhecimento necessário para proceder corretamente frente ao tratamento odontológico, de forma individualizada. É fundamental destacar a importância da higienização e saúde bucal aos pais, dado que o ambiente familiar tem como função primordial condicionar o autista da maneira correta.

O papel da família em comunicar ao profissional sobre os hábitos e comportamentos do autista em seu dia-a-dia é muito significativo para contribuir com a evolução do tratamento odontológico e para avaliar a melhor maneira de abordar o paciente durante os atendimentos.

Ao decorrer da elaboração do estudo de caso, o prontuário odontológico da instituição apresentou informações insuficientes para responder as perguntas da anamnese específica, voltada ao paciente com TEA. Sendo assim, foi necessário a separação por categorias de resultados fornecidos nos atendimentos clínicos da paciente (Categoria 2). Criou-se a categoria 3 de resultados em relação às perguntas que houve êxito.

A finalidade do artigo foi estudar o caso de uma paciente autista fora do padrão clássico de Kanner e responder o questionário de uma anamnese elaborada exclusivamente para pacientes com TEA. Foi percebido que mesmo fora do padrão de portadores de TEA, a paciente apresenta comportamentos autísticos, o que confirma o quanto o indivíduo autista tem suas particularidades e especificidades que precisam ser compreendidas pelos profissionais de saúde que terão contato com eles. Conhecer esses comportamentos é imprescindível para que o cirurgião-dentista possa executar um tratamento odontológico positivo e atraumático.

O fato de o prontuário odontológico da instituição não apresentar informações suficientes para responder questionamentos direcionados ao indivíduo com TEA reforça a ideia de avaliar a inclusão de um questionário específico voltado para esses pacientes, juntamente da ficha de anamnese para PcD. Dessa maneira, será possível adquirir um maior conhecimento acerca do paciente com TEA em relação aos seus hábitos, comportamentos e inseguranças.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. D et al **Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: uma odontologia na estratégia de saúde da família**. Revista Latino americana de Bioética,2016;p.220-233.Disponívelem: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a12.pdf>

BRIGNELL, A. et al. **Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children**. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 11, 2018.

BENEVENUTE, L.A; SOBREIRA, M.I.T; DAMAS, N.T.H. **Atendimento individualizado ao paciente autista no ambiente odontológico: uma proposta de anamnese.** Trabalho de Conclusão de Curso, faculdade integradas são Pedro, curso de odontologia, Vitória, 2018.

BACKES, B; ZANON, R. B; BOSA, C.A. **Características sintomatológicas de crianças com autismo e regressão da linguagem oral.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 33, 2017.

BENTES, C.C.A. et al **A família no processo de inclusão social da criança adolescente com autismo: desafios na sociedade contemporânea.** Trabalho de conclusão de curso (curso de serviço social) – Centro universitário “ antônio eufrásio de toledo” de presidente pudente, São Paulo, 2016.

CAMPOS, C.C. et al **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais.** Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia, 2ª edição, Goiânia, GO, 2009.

CIULLA, C.C. **Autismo: Abordagem do Paciente na Consulta de Odontopediatria.** Dissertação, mestrado Integrado em Medicina Dentária- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa, 2017.

GOMES, K.A.S; VIEIRA, L.D.S; FERREIRA, R.B **Autismo: uma abordagem comportamental.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

LOCATELLI, P. B.; SANTOS, M.F. R **AUTISMO: Propostas de Intervenção.** Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ) - Itaperuna-R, 2016.

MONTE, L.C.P; PINTO, A.A. **FAMÍLIA E AUTISMO: Psicodinâmica Familiar diante do Transtorno e Desenvolvimento Global na Infância.** Revista estação científica, juiz de fora, p. 1-16, dez. 2015.

MIELE, F. G.; AMATO, C.A.H. **Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares: revisão de literatura.** Universidade Presbiteriana Mackenzie CCBS, São Paulo, v.16, n.2, p. 89-102, 2016.

POSAR, A.; VISCONTINI, P. **Sensory abnormalities in children with autismo spectrum disorder.** Jornal de pediatria, Rio de janeiro, 2018.

PINTO, R. N. M. et al. **Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 3, 2016.

PRADO, M.E.O; OLIVEIRA, R.S. **Atendimento ao Paciente com Transtorno do Espectro Autista na Clínica Odontológica.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentada para obtenção do título de bacharel em Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté, SP, 2019.

ROCHA, M.M **Abordagem de pacientes autistas em Odontopediatria.** Tese de Doutorado (Doutorado em Odontopediatria-Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.

SOUZA, T.N. et al **Atendimento odontológico em uma criança com transtorno do espectro autista: relato de caso.** Revista Odontológica, Universidade Veiga de Almeida, São Paulo, p.191-197, mai. /ago.2017.

SANT'ANNA, L.F.C.; BARBOSA, C.C.N.; BRUM, S.C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. Revista Pró-UniverSUS, Vassouras, Rio de Janeiro, p. 67-74, jan./jun. 2017.

VAN TONGERLOO, M. A. M. M. et al **Raising a child with an autism spectrum disorder: "If this were a partner relationship, I would have quit ages ago."** Family Practice, p.88–93, 2015.

ZABLOTSKY, B; BRADSHAW, C. P.; STUART, E. A. **The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders.** Journal of autism and developmental disorders, v. 43, n. 6, p. 1380-1393, 2013.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE PARKINSON: UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 02/08/2021

Rayssa da Silva Araújo

Acadêmica de Fisioterapia do Centro
Universitário Pitágoras
Marabá-PA
<https://orcid.org/0000-0003-3700-1288>

Bianca Lethycia Cantão Marques

Acadêmica de Fisioterapia do Centro
Universitário Pitágoras
Marabá-PA
ID Lattes: 1946043284372661

RESUMO: Introdução: A doença de Parkinson (DP) é uma afecção que acomete o sistema nervoso central em decorrência da diminuição ou deficiência do neurotransmissor dopaminérgico no gânglio da base, ocasionando disfunção na coordenação e em movimentos musculares.

Objetivo: Relatar o caso e as condutas realizadas em uma paciente com diagnóstico de DP, assim como demonstrar a evolução após a intervenção fisioterapêutica. **Metodologia:** O relato de caso foi feito de uma paciente atendida na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Pitágoras de Marabá no período de abril a setembro de 2019, as buscas de artigos para embasamento deste estudo foram pesquisadas no *Google* acadêmico com ano de publicação a partir de 2011. Para coleta de dados foram usados dados do prontuário da paciente incluindo anamnese, exame físico, objetivo e conduta de tratamento. **Descrição do Caso Clínico:** Paciente G.D.O.G., 70 anos

de idade, sexo feminino, apresentando como queixa principal a falta de equilíbrio e tremores em MID, quanto ao protocolo de atendimento, foram realizadas 3 sessões semanais, com a duração de 60 minutos, totalizando ao todo 45 sessões. Conforme os achados na avaliação fisioterapêutica foram traçados objetivos com a finalidade de aumentar a amplitude de movimento em MMSS e MMII, retardar o surgimento de contraturas e deformidades, fortalecer a musculatura dos MMII, treinar marcha coordenação e equilíbrio e orientar sobre execução de atividades em domicílio. **Conclusão:** O tratamento fisioterapêutico influenciou de forma positiva promovendo melhorias no quadro clínico da paciente, resultando em aumento no grau de força muscular, melhora dos reflexos posturais, equilíbrio e coordenação.

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

PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN PATIENTS WITH PARKINSON DIAGNOSIS: A CASE REPORT

ABSTRACT: Parkinson's disease (PD) and an affection that affects the central nervous system as a result of the decrease or deficiency of the dopaminergic neurotransmitter in the basal ganglia, causing dysfunction in coordination and muscle movements. **Objective:** Report the case and the conducts performed in a patient diagnosed with PD, as well as demonstrate the evolution after the physical therapy intervention.

Methodology: The case report was made of a patient seen at the physiotherapy school clinic of the Pitágoras de Marabá University Center

from April to September 2019, the search for articles to support this study was searched on *Google academic* with year of publication from 2011. For data collection, data from the patient's medical record were used, including anamnesis, physical examination, objective and treatment conduct. **Description of the Clinical Case:** Patient G.D.O.G , 70 years old , female, presenting as main complaint the lack of balance and tremors in MID, regarding the care protocol , 3 weekly sessions were held, lasting 60 minutes, totaling a total of 45 sessions. According to the findings in the physical therapy evaluation, objectives were outlined with the purpose of increasing the range of motion in the upper and lower limbs, delaying the onset of contractures and deformities, strengthening the lower limb muscles, training gait coordination and balance and providing guidance on performing activities at home. **Conclusion:** The physical therapy treatment had a positive influence, promoting improvements in the patient's clinical condition, resulting in an increase in the degree of muscle strength, improvement in postural reflexes, balance and coordination.

KEYWORDS: Parkinson's disease; Treatment; Intervention; Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma patologia que afeta o sistema nervoso central, ocasionado pela diminuição ou deficiência do neurotransmissor dopaminérgico no gânglio da base, sendo estes responsáveis pelos movimentos musculares e coordenação (DE MELO; BOTELHO, 2017).

A DP acomete aproximadamente 1% da população mundial cerca de 85 a 187 casos por 1000 pessoas, sendo mais comum em pessoas idosas, com a idade entre 55 a 65 anos com maior predomínio no sexo masculino (DA SILVA CORREIA, 2013). No Brasil em torno de 250 mil pessoas são acometidas pela DP (MARQUES; OTONI; FAUSTO, 2017).

O diagnóstico do Parkinson é baseado nos sinais clínicos cardinais que são: tremor em repouso, bradicinesia, rigidez e perdas dos reflexos posturais (DE SOUZA, 2017). A causa da doença ainda é desconhecida, porém acredita-se que os fatores de risco como predisposição genética e exposição a toxinas, podem desencadear a DP (DE CARVALHO, 2017).

Os indivíduos portadores de DP por possuir uma diminuição nos reflexos posturais, apresentam uma postura de flexão de tronco, além disso a contração muscular e sucedida de forma mais lenta comprometendo a percepção, os reflexos de retirada e proteção. Em decorrência dessas alterações funcionais, ocorre um declínio da funcionalidade e um aumento no índice de quedas dificultando na realização das AVDs (FERREIRA, CAETANO, DAMÁZIO, 2011).

O método de tratamento da DP é associado a medicamentos e intervenção fisioterapêutica, entretanto o tratamento medicamentoso ao passar dos anos, causam alterações na marcha, discinesias e possíveis flutuações, desta maneira exercício físico é essencial, visto que as medicações não inibem todos os sintomas (CHAVES; MITRE; LIBERATO, 2011).

Considerando as modificações funcionais provocadas pela DP, a fisioterapia atua minimizando os sintomas, através de exercícios e assim proporciona uma maior mobilidade, além disso contribui para o retardamento do processo evolutivo da patologia, auxiliando o paciente a ter independência para a realização das AVDs melhorando a qualidade de vida. (DA SIVA, 2013).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo abordar os efeitos da intervenção fisioterapêutica na doença de Parkinson.

CAUSUÍSTICA E MÉTODOS

A pesquisa trata-se de um estudo qualitativo sendo este um relato de caso de uma paciente atendida na clínica escola de fisioterapia da faculdade Pitágoras de Marabá, realizado no período de abril a agosto de 2019. Para coleta foram usados dados do prontuário da paciente incluindo anamnese, exame físico, objetivo e conduta de tratamento. As buscas de artigos para embasamento deste estudo foram pesquisadas no *Google* acadêmico.

Paciente G.D.O.G., 70 anos, sexo feminino, branca, casada, residente da cidade de Marabá-PA, diagnosticada com doença de Parkinson (DP). Tendo como queixa principal a falta de equilíbrio e tremores em MID - (SIC), há seis anos começou a sentir que não tinha força no pé D, logo em seguida passou a tropeçar e a cair, atualmente a mesma relata melhora após ter iniciado a fisioterapia, porém os tremores e a falta de equilíbrio ainda persistem.

A paciente faz uso de medicamentos regular como prolopa e akineton, e não possui antecedentes familiares com diagnóstico de DP. Ao verificar os sinais vitais os valores obtidos foram: PA:130/80 mmHg, FC: 66 bpm e FR: 20 irpm. Na inspeção notou-se a presença de melanoma em MMII e MMSS, demonstra desequilíbrio durante a marcha, na palpação o tônus e o trofismo em todos os membros estavam dentro da normalidade, observou-se diminuição na amplitude de movimento nos MMSS para os movimentos de flexão de ombro D 110° e flexão de ombro E 120°, flexão de quadril D 120° e flexão de quadril E 140°.

No teste de força muscular Kendall (1987) o grau obtido para flexão de cotovelo D e E foi 5, e extensão de cotovelo D e E 5, flexão de quadril D e E 3, flexão de joelho D e E 3, nos reflexos as alterações encontradas foram: tricipital E: arreflexia e hiporreflexia em: braquiorradial D e E, tricipital E, cutâneo abdominal D e E e cutâneo plantar D e E.

Na avaliação da coordenação motora, evidenciou-se alterações em index-index e disdiadococinesia. Em equilíbrio, endireitamento e proteção: romberg, romberg sensibilizado, apoio unipodal, endireitamento e proteção: todos tiveram resultados positivo. Nas manobras deficitárias apresentaram resultados positivos em mingazzini direito e esquerdo e barré apenas no membro direito.

No que se refere ao procedimento de atendimento, foram realizadas 3 sessões

semanais, com a duração de 60 minutos, totalizando ao todo 26 sessões. Conforme os achados na avaliação fisioterapêutica foram traçados objetivos cuja finalidade é: aumentar a ADM em MMSS e MMII, retardar os surgimento de contraturas e deformidades, fortalecer a musculatura dos MMII, treinar marcha coordenação e equilíbrio e orientar sobre atividades para executar em domicílio. Quanto a programação do tratamento constituiu em:

- Alongamentos e mobilizações articulares globais passivos e ativos em MMSS e MMII;
- Exercícios de fortalecimento muscular em MMSS e MMII com halteres caneleiras e faixa elástica;
- Exercícios proprioceptivo com uso de balanço, bola suíça e disco;
- Treinamento de marcha, deambulação em linha reta e circuito com obstáculos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doença de Parkinson tem maior possibilidade de ocorrer em indivíduos de raça branca, idade entre 55 a 80 anos em média de 1 para cada 100 indivíduos, visto que essas características étnico-raciais são semelhantes com os dados da paciente deste presente estudo (Cruz e Da Silva, 2017). De acordo com o IBGE, estima-se que haverá aumento da população idosa no Brasil, ultrapassando a população de jovens, e devido a isso o número de ocorrência da DP aumentará proporcionalmente, considerando o aumento da expectativa de vida em 21% da população acima de 65 anos, propiciando a estimativa de uma população com aproximadamente 200 mil pacientes com a DP (IBGE, 2013; SANTOS, 2015).

A falta de equilíbrio e tremores, estes sinais clínicos são comuns em portadores de DP, uma vez que o déficit de equilíbrio estar associado a instabilidade postural por conta do deslocamento do centro de gravidade para frente ocasionando desequilíbrio (IKE, 2017). No que se refere aos tremores é uma sintomatologia que atinge 70% portadores de Parkinson, além disso tende a se exacerbar em situações de stress e diminui durante o sono (MARQUES; OTONI; FAUSTO, 2017).

A DP pode gerar alterações físicas, motoras e psicológicas além de envolver o lado social e econômico do indivíduo acarretando o isolamento social, sendo que 40% das pessoas diagnosticados com DP possui a tendência a desenvolver a depressão (DOS SANTOS STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, (2016). Desta forma a intervenção do fisioterapeuta é de grande relevância atuando nas desordens motoras provocadas pela doença (DOS SANTOS, et al., 2018).

Segundo Marchi (2013); Gerszt et al. (2014), a terapia com levodopa tem demonstrado eficácia, baixo índice de mortalidade, sendo o medicamento mais prescrito para o tratamento de Parkinson. No entanto o paciente que faz o tratamento com este

medicamento, podem apresentar sequelas no sistema nervoso central, como sintomas psiquiátricos, sedação, discinesias e flutuações motoras. Logo esses sintomas, podem estar associado com uso prolongado do fármaco ou quando administrada em altas doses. (DE OLIVEIRA VILHENA; CARDOSO; PANTALORO, 2014).

Fundamentado nos dados colhidos na avaliação foram elaborados programa de tratamento que consiste em técnicas de fortalecimento muscular, segundo Bertoldi, silva e Faganelo-navega (2013), os exercícios de fortalecimento tem como a função de ativar as fibras musculares e nervos motores, resultando o aumento no equilíbrio e na eficácia da produção de força, Rodrigues de Paula et al. (2017) afirma que o exercício físico gera maior estímulo no controle da mobilidade e desacelera a evolução da patologia.

Os pacientes com DP apresentam rigidez muscular, que podem causar dificuldade para execução do movimento (ARAÚJO; RODRIGUES, 2018). Para Araújo et al. (2018) e Neves (2016) o alongamento é considerado uma técnica que atuam nas fibras musculares promovendo aumento da flexibilidade e amplitude de movimento (ADM) proporcionando melhora na mobilidade prevenindo lesões e encurtamento musculares.

Dias, Periard e Silva (2016), destacam que a ADM é essencial para ação de vários movimentos, e desempenha um papel importante para a realização das AVDs. Rauschkolb e do Nascimento Gomes (2016), apontam que a mobilização articular é uma técnica fisioterapêutica que tem como objetivo de recuperar e tratar as disfunções dos movimentos fisiológicos, indicados para diminuição de dor, edema e atrito além de promover o ajuste das superfícies articulares.

A propriocepção é de suma importância para o desempenho motor normal, em indivíduos com DP a função do córtex é afetada em razão da diminuição das células dopaminérgicas, cooperando para dificuldade de integração sensorial e processamento (ARTIGAS, 2014). De acordo com De Almeida et al. (2015) um dos fatores que contribuem para o desequilíbrio é a instabilidade postural, o estudo de Claas (2016), comprova que a bradicinesia também influencia na diminuição do equilíbrio.

O treinamento proprioceptivo ou sensório motor é um procedimento de reabilitação que possui a finalidade de otimizar ou potencializar a proteção articular em decorrência o equilíbrio, esta técnica gera maiores estímulos de propriocepção para os MMII, sendo esta atividade realizada em base instável, e assim desenvolvendo ganho de força, reflexos posturais e ativação dos músculos de forma adequada resultando na diminuição de quedas (SILVA; VIEIRA; SAMPAIO, 2018).

A marcha festinante é definida por passos curtos e arrastados, lentidão dos movimentos e diminuição da velocidade (DIAS et al., 2017). De acordo com Atta et al. (2015), as alterações na postura e no equilíbrio influenciam de forma negativa na marcha aumentando os riscos de quedas. Tendo em vista os fatos apresentados Pereira; Gaiad; santos, (2016) abordam que o treinamento em circuito auxilia no tratamento da marcha, é uma técnica baseada nas tarefas do cotidiano como levantar, caminhar, subir escadas e

manter o equilíbrio, estimulando aprendizagem motora, promovendo autoconfiança.

A fisioterapia têm importante papel na manutenção ou restauração da motricidade do paciente com DP, proporcionando melhora da força muscular, coordenação motora equilíbrio, mobilidade, marcha e cognição, possibilitando maior independência funcional e consequentemente favorecendo uma melhor qualidade de vida (SILVA; PELA, 2019).

A paciente do presente estudo apresentou melhoras significativa após X sessões, como ganho de força muscular em MMII grau 4, resultado normal para os testes de reflexo e coordenação motora, os teste de romberg, romberg sensibilizado e apoio unipodal apresentaram resultados negativo. Além destes vale ressaltar o relato da própria paciente, que, a melhora no equilíbrio ao caminhar proporcionou melhora nas AVDs.

CONCLUSÃO

Diante dos fatos apresentados é evidente que a doença de parkinson acarreta várias alterações motoras e cognitivas, comprometendo a funcionalidade dos indivíduos portadores desta patologia. Considerando os resultados adquiridos no presente estudo, o tratamento fisioterapêutico proposto influenciou de forma positiva promovendo melhorias no quadro clínico da paciente, resultando em aumento no grau de força muscular, melhora dos reflexos posturais, equilíbrio e coordenação. Desta forma vale destacar que a fisioterapia é de suma importância, minimizando os sintomas, e assim retardando a evolução da doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Lucas Pinto; RODRIGUES, Ana Patrícia Guimarães. Exercício físico e avaliação da capacidade funcional de um idoso com Parkinson. **Motricidade**, v. 14, n. SI, p. 54-59, 2018.

ARAÚJO, Samara Guimarães et al. Efeito de diferentes tipos de alongamentos da musculatura de isquiotibiais na força isométrica. 2018.

ARTIGAS, Nathalie Ribeiro. **Avaliação proprioceptiva na Doença de Parkinson**. 2014. Tese de Doutorado.

ATTA, Fernando Jorge Seixas et al. Alterações na postura e na marcha do portador da Doença de Parkinson. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 1, n. 1, 2015.

BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; FAGANELLO-NAVEGA, Flávia Roberta. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 117-122, 2013.

CHAVES, Carolina Marques Carvalho Mitre; MITRE, Natália Corradi Drumond; LIBERATO, Fernando Augusto. Efeitos de um Programa de Fisioterapia em Pacientes com Doença de Parkinson. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 3, p. 484-490, 2011.

CLAAS, Carla Patricia. Efeitos dos exercícios aeróbicos e resistidos sobre a coordenação motora e equilíbrio em indivíduos com doença de Parkinson. 2016.

CRUZ, Bruna dos Santos; DA SILVA, Simone Rosa. Abordagem da fisioterapia aquática no equilíbrio e marcha de paciente Parkinsoniano: estudo de caso. **REVISTA CONGREGA-MOSTRA DE TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO-ISSN 2595-3605**, n. 1, p. 1-13, 2017.

DA SILVA CORREIA, Maria das Graças et al. Doença de Parkinson: uma desordem neurodegenerativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 1, n. 2, p. 57-65, 2013.

DA SILVA, Douglas Monteiro et al. Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 17-23, 2013.

DE ALMEIDA, Isabela Andreilino et al. Fisioterapia baseada no treinamento de dupla tarefa no equilíbrio de indivíduos com Doença de Parkinson. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 71-80, 2015.

DE CARVALHO, Marlis Rodrigues et al. Doença de Parkinson revisão bibliográfica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 8, n. 2, 2017.

DE MELLO, Marcella Patrícia Bezerra; BOTELHO, Ana Carla Gomes. Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 1, 2017.

DE OLIVEIRA VILHENA, Raquel; CARDOSO, Marco André; PONTAROLO, Roberto. Terapia farmacológica dos sintomas motores na Doença de Parkinson: levodopa. **Visão Acadêmica**, v. 15, n. 1, 2014.

DE SOUZA, Maxsuel Oliveira et al. A reabilitação de pacientes com disfunções motoras ocasionadas pela Doença de Parkinson. **Gep News**, v. 1, n. 2, p. 12-15, 2017.

DIAS, Lúcia Helena; PERIARD, Leomara Vieira; SILVA, Pierre Augusto. Efeito da intervenção cinesioterapêutica sobre amplitude de movimento e a dor no paciente portador da síndrome do impacto no ombro: estudo de caso. **REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 2, n. 1, 2016.

DIAS, Natalia Pesce et al. Treino de marcha com pistas visuais no paciente com doença de Parkinson. **Fisioterapia em Movimento**, v. 18, n. 4, 2017.

DOS SANTOS STEIDL, Eduardo Matias; ZIEGLER, Juliana Ramos; FERREIRA, Fernanda Vargas. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2016.

DOS SANTOS, Daiane Melo et al. Tratamentos farmacológicos e fisioterapêuticos na melhora da qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson. **REVISTA FAIPE**, v. 8, n. 1, p. 60-71, 2018.

FERREIRA, Nayara Cristina; CAETANO, Fabrícia Moura; DAMÁZIO, Laila Cristina Moreira. Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson. **Rev Geriat Gerontol**, v. 5, n. 2, p. 74-9, 2011.

GERSZT, Paula Pinheiro et al. Interferência do tratamento medicamentoso imediato e tardio na doença de Parkinson no gerenciamento da disfasia. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 604-619, 2014.

IKE, Daniela. Análise da incidência de quedas e a influência da fisioterapia no equilíbrio e na instabilidade postural de pacientes com Doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**, v. 9, n. 1, p. 4-8, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2013 [acesso em 2019 Out 16]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.

MARCHI, Katia Colombo et al. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 855-862, 2013.

MARQUES, Juliana Mendes; OTONI, Daniel Baroni; FAUSTO, Leandra Micaela. Intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos acometidos por Doença de Parkinson. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 60-74, 2017

NEVES, Samuel Diniz. Análise da influência do alongamento e da flexibilidade no exercício físico. 2016.

PEREIRA, Juliana Ansaloni Chagas; GAIAD, Thaís Peixoto; SANTOS, Ana Paula. Efeito do treinamento em circuito orientado para tarefa sobre o desempenho motor e a qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson: um estudo de casos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 329-335, 2016.

RAUSCHKOLB, Patrick; DO NASCIMENTO GOMES, Thais. Efeitos das técnicas manuais de mobilização e manipulação articulares da coluna vertebral. **REVISTA SAÚDE INTEGRADA**, v. 9, n. 17, p. 2-8, 2016.

RODRIGUES-DE-PAULA, Fátima et al. Exercício aeróbio e fortalecimento muscular melhoram o desempenho funcional na doença de Parkinson. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, 2017.

SANTOS, Viviani Lara. Perfil epidemiológico da Doença de Parkinson no Brasil. 2015.

SILVA, Ana Flávia Fonseca; VIEIRA, Marina Mendes Lopes; SAMPAIO, Tania Clarete Fonseca Vieira Sales. Reeducação proprioceptiva no equilíbrio de idosos. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 2, n. 1, p. 54-60, 2018.

SILVA, Karina Martin Rodrigues; PELA, Sandra Maria. Atuação interdisciplinar de fisioterapia e fonoaudiologia a pacientes com Doença de Parkinson. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 43, p. 219-223, 2019.

A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA INDUÇÃO DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE

Data de aceite: 02/08/2021

Nilva Lúcia Rech Stedile

Universidade de Caxias do Sul, Área de
Conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul-RS
<https://orcid.org/0000-0001-6658-5353>

Suzete Marchetto Claus

Universidade de Caxias do Sul, Área de
Conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul-RS
<https://orcid.org/0000-0002-9420-1529>

Karina Giane Mendes

Universidade de Caxias do Sul, Área de
Conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul-RS
<https://orcid.org/0000-0002-5965-2770>

Simone Bonatto

Universidade de Caxias do Sul, Área de
Conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul-RS
<http://orcid.org/0000-0001-7619-5930>

Eléia de Macedo

Universidade de Caxias do Sul, Área de
Conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul-RS
<https://orcid.org/0000-0003-0685-638X>

Emerson Rodrigues da Silva

Universidade de Caxias do Sul, Área de
conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul-RS
<https://orcid.org/0000-0001-5421-2883>

RESUMO: A educação interprofissional em saúde (EIP) objetiva o desenvolvimento de competências colaborativas, que são as bases para o efetivo trabalho em equipe nos serviços de saúde. No Brasil, várias iniciativas têm produzido mudanças nos processos de formação, a partir dos preceitos teórico-metodológicos da EIP, valorizando a aprendizagem compartilhada no enfrentamento das complexidades do campo da saúde. Uma delas foi a última edição do Programa PET Saúde em 2018, denominada PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE/MS. Esta edição enfatiza a educação e o trabalho interprofissional sustentados pela colaboração, pelo efetivo trabalho em equipe e pela centralidade na pessoa como forma de melhorar a qualidade da atenção à saúde no SUS. A base conceitual da EIP se estrutura nas práticas colaborativas com e entre profissões. Neste capítulo relatamos a experiência de um conjunto de ações de formação de professores para o entendimento da EIP e para sua incorporação nos processos de ensino-aprendizagem em diferentes cursos da área da saúde na Universidade de Caxias do Sul/RS. Foram realizadas oficinas que promoveram a consolidação, o aprofundamento e a capilarização de conceitos como interprofissionalidade, práticas colaborativas, competências colaborativas, e educação interprofissional. Além disso, foram analisadas as possibilidades de implementação desses conceitos nos projetos pedagógicos e nos planos de ensino. A experiência mostra que as oficinas se constituem em uma estratégia didática efetiva para indução de mudanças. Os produtos resultantes das oficinas mostram que, para a implementação de mudanças na lógica da

EIP, é fundamental que os professores estejam capacitados e motivados a incorporarem seus preceitos no cotidiano.

PALAVRAS-CHAVE: Formação profissional; Educação interprofissional; Aprendizagem colaborativa; Formação de professores.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION AND THE TRAINING OF TEACHERS FOR INDUCING CHANGES IN THE TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

ABSTRACT: Interprofessional health education (IPE) aims at the development of collaborative skills, which are the basis for effective teamwork in health services. In Brazil, several initiatives have produced changes in training processes, based on the theoretical and methodological concepts of the IPE, emphasizing shared learning when facing the complexities of healthcare. One of them was the last edition of the PET-Saúde Program in 2018, called “PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE / MS”. This edition emphasized education and interprofessional work, supported by collaboration, effective teamwork, and in the centrality of the person as a way to improve the quality of healthcare in SUS. The conceptual basis of IPE is structured in collaborative practices with and between professions. In this chapter we report the experience of a set of teacher training actions to understand the IPE and its incorporation in the teaching-learning processes in different healthcare undergraduate courses at the University of Caxias do Sul / RS. The workshops promoted the consolidation, deepening and the spreading of core concepts such as interprofessionality, collaborative practices, collaborative competences, and interprofessional education. Moreover, the possibilities of implementing these concepts in pedagogical projects and teaching plans were also analyzed. Experience shows that workshops constitute an effective didactic strategy to induce changes. The products resulting from the workshops show that, in order to implement changes under the principles of IPE, it is essential that teachers are trained and motivated to incorporate its concepts in their daily lives.

KEYWORDS: Health education; Interprofessional education; Public Health Professional Education; Teacher training.

INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) vem se destacando no cenário brasileiro a partir do reconhecimento da capacidade que esta abordagem apresenta para melhorar a qualidade da atenção à saúde no SUS, ao contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde e com a formação de estudantes das mais diversas graduações (COSTA et. al, 2018). O conceito vem sendo construído ao longo dos últimos anos. Em 2005, Barr et al. definem que a EIP ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem com o outro, sobre o outro e a partir de sua própria profissão para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção à saúde (BARR et al, 2005). Em 2010, a OMS define que a EIP ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde (OMS, 2010). O conceito de Reeves aponta que a EIP ocorre quando membros de duas ou

mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados (REEVES, 2016).

Para que a EIP se efetive é necessário o desenvolvimento de competências colaborativas. As competências colaborativas envolvem articulação de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores capazes de melhorar as relações interpessoais e interprofissionais na dinâmica do trabalho em saúde. Os seis domínios das competências colaborativas baseadas na proposta canadense, são: clareza dos papéis; funcionamento da equipe; atenção centrada no paciente/usuário/família/ e comunidade; comunicação interprofissional; resolução de conflitos interprofissionais, liderança colaborativa (CIHC, 2010).

A educação interprofissional ganha força frente a dificuldade dos profissionais de saúde de trabalhar em equipe, o que evidencia importantes implicações para a qualidade dos serviços, para a segurança do paciente e para a organização dos sistemas de saúde (REEVES, 2016). Entre tantos desafios enfrentados na interação ensino-serviço, é imprescindíveis a valorização do trabalho em equipe e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Na lógica da educação interprofissional a interação se materializa nos cenários de prática, quando profissionais experientes, docentes e discentes trabalham juntos e aprendem juntos por meio de práticas colaborativas para produzir novas formas de fazer e pensar em saúde (CAIPE, 2013).

Segundo a OPAS (2017), a colaboração interprofissional é uma estratégia inovadora que promete minimizar a crise mundial da força de trabalho em saúde, na medida em que profissionais com diferentes formações prestam serviços integrais e de alta qualidade ao atuar colaborativamente na rede de serviços de saúde. Nesse sentido, a EIP se torna necessária para preparar a força de trabalho em saúde, para envolvê-la em iniciativas de colaboração e responder às necessidades locais de saúde em um ambiente dinâmico. A OMS (OPAS, 2017) indica a adoção generalizada da EIP e recomenda que instituições educacionais adaptem suas estruturas organizacionais e modalidades de ensino para promover a EIP e a prática colaborativa.

Desde 2008, a Universidade de Caxias do Sul participa dos Programas do Ministério da Saúde denominados PET Saúde. Nas diferentes edições do Programa PET que a Universidade desenvolveu, houve um tensionamento provocado para formação permanente de professores e preceptores para efetivação de mudanças curriculares e para atuação de forma interdisciplinar na rede de serviços de saúde. Essas mudanças resultaram da análise e discussão quanto à necessidade de alinhamento dos processos de formação em saúde às necessidades do SUS. Os cursos na sua totalidade reconhecem a importância da integração ensino-serviço, tanto como estratégia de transformação da formação, como de qualificação da atenção no SUS. Reconhecem ainda a necessidade de formação de um profissional comprometido com os problemas sociais e de saúde da população, capaz

de atuar em equipe interdisciplinar e interprofissional, em todos os âmbitos de atuação profissional. Na última edição, o foco foi o desenvolvimento da Educação Interprofissional em Saúde (CLAUS, 2018).

Assim, as ações do projeto PET Saúde Interprofissionalidade está ancorada na EIP e a qualificação da formação docente busca garantir a compreensão da lógica da interprofissionalidade a partir do desenvolvimento de competências colaborativas entre os cursos de graduação, especialmente nos cenários de prática.

A EIP assume grande importância para os processos formativos em saúde, visto que esta prática amplia os referenciais com que cada aluno/profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, facilita o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Implica também em conhecer e fazer conhecer cada profissão, possibilitando mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde para que efetivamente constituam equipes interativas e colaborativas.

Ou seja, provoca cada uma das profissões a ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciar seus próprios limites e a buscar a contribuição de outras profissões, respeitando o território de cada uma e, ainda, distinguindo os pontos que os unem e os que os diferenciam. Possibilita entender como as múltiplas dimensões de qualquer problema de saúde - e a sua abordagem por distintas profissões - se apresentam e se articulam na determinação do processo saúde-doença. Estas possibilidades de aprendizagem colaborativa contribuem para que os indivíduos desenvolvam competências para lidar com problemas que excedem a capacidade de uma profissão isoladamente. Isto fortalece o compartilhamento de competências colaborativas porque inverte a lógica da formação tradicional em saúde, possibilitando que as profissões aprendam juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma na melhoria da qualidade da atenção em saúde (REEVES, 2016). A mediação docente nesta perspectiva se torna central frente às experiências de inovação educativa.

Entretanto, os professores da área da saúde geralmente iniciam seu processo de formação docente quando se assumem como professores. Disso decorre deficiências no desenvolvimento de competências pedagógicas favorecedoras da construção de ambientes férteis para uma aprendizagem significativa. Essas dificuldades tornam-se mais evidentes quando professores são desafiados a mudar paradigmas pedagógicos ou a incluir nova lógica à formação de profissionais, como no caso do trabalho e da Educação Interprofissional. Para a consolidação da Educação Interprofissional como lógica de organização dos currículos, é insuficiente confiar aos professores isoladamente a tarefa de apresentar conteúdos por métodos de ensino tradicionais. Mesmo que várias atividades sejam desenvolvidas para formação pedagógica de professores e preceptores, estas precisam ser constantemente ampliadas e consolidadas, não apenas com o objetivo de qualificar a ação nos campos de prática, mas principalmente para valorizar o papel

protagonista destes atores na aprendizagem prática interprofissional, complemento à aprendizagem interdisciplinar e interprofissional em sala de aula (CLAUS, 2018).

O objetivo deste capítulo é relatar a experiência de realização de um conjunto de ações de formação de professores, com ênfase em oficinas, para o entendimento da EIP e para sua incorporação nos processos de ensino-aprendizagem em diferentes cursos que formam profissionais da saúde na Universidade de Caxias do Sul/RS.

METODOLOGIA DO TRABALHO DESENVOLVIDO

O processo desenvolvido para formação de professores aqui descrito foi motivado pelos desafios proporcionados pelo Programa PET Saúde Inteprofissionalidade. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) é um programa dos Ministérios da Saúde e Educação destinado a viabilizar mudanças na formação no campo da saúde, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos profissionais, estudantes da área e usuários de serviços, de acordo com as necessidades do SUS. O propósito do Programa é promover a integração ensino-serviço-comunidade, tendo como missão o fortalecimento da educação pelo trabalho em saúde, por meio de ações por grupos tutoriais, compostos por docentes das universidades, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação de diferentes campos profissionais da área (BRASIL, 2008) .

Cabe ressaltar que a Universidade de Caxias do Sul, em parceria com a Secretaria da Saúde de Caxias do Sul, participou de todas as edições do Programa PET-Saúde, desde 2008: PET-Saúde/Saúde da Família, PET-Saúde/Saúde Mental, Pró-Saúde/PET-Saúde, PET-Saúde/ Redes de Atenção, PET-Saúde/GraduaSUS e, recentemente, o PET-Saúde/ Interprofissionalidade (BRASIL, 2018).

Nesta última edição, iniciada em 2018, a Educação Interprofissional (EIP) passa a ser um referencial orientador por ser dotada de elementos capazes de inverter a lógica da educação verticalizada, no sentido de promover o aprendizado compartilhado, oportunizando avanços no trabalho e na formação em saúde (REEVES, 2016).

O projeto da UCS/SMS teve como objetivo potencializar a integração ensino-serviço-comunidade, com foco nas práticas colaborativas e no desenvolvimento do SUS, bem como possibilitar a implementação da abordagem interprofissional nos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) das graduações da área da saúde, conforme preconizado pelas DCNs (BRASIL, 2017) circunscritos aos cursos oferecidos pela UCS: Enfermagem; Educação Física; Fisioterapia; Farmácia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia e Psicologia; e nos processos de trabalho em saúde, com ênfase, na Atenção Básica em Saúde, que envolvem as linhas de cuidado que compõem as redes de Atenção em Saúde do município de Caxias do Sul-RS.

O Projeto foi estruturado em cinco grupos tutoriais envolvendo dez docentes e vinte preceptores de diferentes categorias profissionais; e, trinta alunos bolsistas e vinte

voluntários com representação de nove cursos de graduação em saúde. Estes grupos desenvolveram ações estratégicas para a implementação de cinco objetivos: a) construir e/ou alinhar disciplinas comuns a vários cursos de graduação na lógica da educação interprofissional; b) desenvolver ações visando à prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola-PSE do município, de forma interprofissional e intersetorial entre as redes de saúde, de educação e formação nos seus territórios de responsabilidades; c) desenvolver capacidade dos NASF para atuar na lógica de trabalho em equipe / colaborativo e com a inserção da EIP nesse contexto envolvendo alunos e docentes da área da saúde; d) identificar as redes de atenção em saúde em diferentes pontos/níveis de atenção tendo a atenção básica como o centro de comunicação e estabelecendo relações com os processos formativos; e) consolidar processo de formação de preceptores e docentes na lógica da EIP.

A operacionalidade do trabalho foi desenvolvida de forma permanente e compartilhada, a partir de planejamento participativo, possibilitando aos envolvidos troca de experiências e saberes, respeitando a diversidade de olhares e opiniões, possibilitando assim a cooperação para a realização de intervenções, e o exercício permanente do diálogo. A articulação dessas ações incentivou a interação ativa dos acadêmicos e docentes com os profissionais e trabalhadores dos serviços e usuários, a qual possibilitou que o processo de ensino-aprendizagem ocorresse nos mais diversos cenários de prática com uma abordagem de atenção à saúde integral em rede. Esta dinâmica também permitiu aos mesmos desenvolverem o respeito às especificidades de cada profissão, conhecerem as competências específicas e comuns de cada área profissional, estarem flexíveis para dimensões que se situam entre os núcleos profissionais, exercitarem a tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas (BATISTA, 2012).

‘O desenvolvimento do projeto tem demonstrado a importância que assume a adoção de abordagens interprofissionais e interdisciplinares no trabalho docente para mudar o processo educacional e a formação em saúde. Dessa forma, o preparo docente para adotar a EIP em suas práticas pedagógicas se torna fundamental e urgente, o que foi amplamente contemplado no projeto Pet UCS a partir de várias estratégias de formação docente propostas.

Partindo do pressuposto de que a formação do professor interfere na relação com o discente que, por sua vez, influencia as atividades pedagógicas, as ações propostas para formação de professores buscaram favorecer a apropriação das características definidoras dos conceitos relacionados à EIP como base para mudanças nos planos de ensino e nas práticas formativas. Assim, a primeira ação foram análises com coordenadores e NDEs, considerados estratégicos à implantação dessa lógica e sua sustentabilidade. Outras atividades desenvolvidas: alinhamento de estratégias entre direção da área, núcleo de formação de professores da saúde (NAPED), PET-EIP e núcleo institucional de professores (NuPRO-UCS); encontros de professores para análise dos conceitos relacionados a EIP;

oficinas sobre currículo do curso de medicina e revisão de planos de ensino na Odontologia; oficinas de construção de planos de ensino na lógica da EIP; oficina de formação para a EIP com professores ingressantes; implementação de duas disciplinas básicas compartilhadas na lógica da EIP (Saúde Coletiva e Gestão e Inovação em Saúde).

A opção pela metodologia de oficinas se deve a suas características: a ideia de oficina remete ao descobrir-se fazendo algo que anteriormente não fazia, seja segundo o modelo de um instrutor ou educador, ou pela tentativa autônoma (VEIGA, 1991; ANASTASIOU e ALVES, 2006). Stédile e Claus (2018) destacam que a oficina permite a criatividade e a proposição de novas formas de realizar uma tarefa. Embora seu enfoque seja o “fazer algo”, possibilita a construção e reconstrução do conhecimento, pelo confronto entre o que está sendo vivenciado no momento da oficina e a experiência prática que normalmente permite o levantamento de questionamentos. Considerando que os professores trazem para as oficinas sua experiência construídas (fazer tradicional) e os conhecimentos delas decorrentes e que no caso dessas oficinas o objeto do fazer não é o manual, mas o intelectual que precisa ser ressignificado, as oficinas constituem-se em uma opção metodológica capaz de motivar a transformação de um fazer pedagógico consolidado. Assim seu uso se justifica.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

As ações foram desenvolvidas em duas direções: análise, discussão e aprofundamento dos conceitos de EIP e interprofissionalidade; inclusão de ações e metodologias ativas que favorecessem o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho interprofissional. O planejamento de cada atividade leva em conta que as iniciativas de EIP precisam ser planejadas pelo conjunto de sujeitos envolvidos nas atividades: professores de diferentes cursos, gestores, profissionais dos serviços de saúde e usuários (COSTA, 2018). Exige também a inserção da colaboração no contexto de aprendizagem, na definição das competências a serem desenvolvidas e dos cenários necessários para isso.

O Quadro a seguir apresenta as oficinas e demais atividades desenvolvidas, o objetivo de cada uma e o número de participantes.

Atividade	Objetivo	Participantes
1. Oficina com a direção de área, coordenação de cursos e Núcleo Docente Estruturante (NDE) dos Cursos da saúde	Alinhar o conceito da interprofissionalidade, educação interprofissional (EIP), atuação interprofissional e colaboração e elaborar os planos de ensino na lógica da interprofissionalidade.	32
2. Oficina com os gestores dos cursos de medicina e odontologia	Efetivar curricularmente o compartilhamento de disciplinas desses cursos com outros da área da saúde.	33
3. Oficina com os professores dos cursos de odontologia e medicina	Elaborar os Planos de Ensino na Lógica da Interprofissionalidade.	42
4. Oficina com os professores ingressantes do curso de medicina sobre o projeto pedagógico	Capacitar os professores ingressantes para a elaboração de Planos de Ensino na lógica da Interprofissionalidade	06
5. Oficina para revisão do projeto pedagógico do curso de medicina	Revisar o projeto pedagógico do curso de medicina para identificação da existência e/ou necessidade de aperfeiçoamento da EIP no mesmo.	32
6. Oficinas com todos os professores da área da saúde para elaboração conjunta de disciplinas básicas compartilhadas	Elaborar os Planos de Ensino de disciplinas de formação geral partilhados entre os diferentes cursos da área da saúde tendo como eixo estruturante a EIP e a capacitação de professores interessados para futuramente atuar na disciplina de Saúde Coletiva.	111
7 Oficinas com a coordenação e membros do NDE do curso de medicina para a reestruturação dos planos de ensino	Revisar os planos de ensino das UEMs de Internato de Urgência e Emergência, UEM Internato de Clínica Médica, UEM Cuidados Paliativos, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Baseada em Evidências e Gastreenterologia.	14
8. Reunião com Assessora da Direção da Área da Vida	Alinhar as disciplinas básicas compartilhadas	03
9. Oficinas com direção, coordenadores, NDEs e professores das disciplinas básicas da Vida	Alinhamento das atividades na lógica da EIP	57
10. Oficina de revisão dos planos de ensino dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Radiologia e Nutrição	Introduzir atividades interprofissionais em diferentes cenários de ensino.	14
11. Revisão parcial dos planos de ensino dos cursos de Biomedicina, Farmácia, Medicina Veterinária, Odontologia, Agronomia, Educação Física e Biologia	Introduzir atividades interprofissionais em diferentes cenários de ensino.	18

Quadro 1: Atividades Desenvolvidas.

Mudar a lógica dos processos de formação em saúde (pedagogia diretiva para uma problematizadora e ativa) exige ações que instrumentalizem os atores responsáveis pelo processo de ensino, com ênfase nos gestores dos diferentes cursos (coordenadores de cursos e NDEs), nos professores e nos preceptores, sem esquecer de incluir acadêmicos e

usuários que se constituem no foco principal e central dos processos de ensinar, aprender e cuidar em saúde. Embora reconheçamos a necessidade de inclusão de todos esses atores para desenvolvimento da EIP, que exige o desenvolvimento de ambientes de aprendizagem que permitam que indivíduos de diferentes profissões aprendam com, de, e sobre o outro para que possam trabalhar melhor juntos e para melhorar também a qualidade dos serviços entregues a clientes ou pacientes (REEVES et al., 2016), a capacitação do professor como ator central no processo de mudança é inquestionável.

Nessa lógica, o trabalho desenvolvido parte do pressuposto que para induzir mudanças é necessário rever conceitos e desenvolver uma base conceitual sólida como elemento estruturante do desenvolvimento de competências colaborativas. “Aprofundar a discussão da interprofissionalidade implica uma melhor compreensão dos determinantes e dos processos que influenciam a educação e as práticas interprofissionais” (COSTA, 2019, p. 6). Este ponto de partida é importante para efetivação de um trabalho em equipes interprofissionais que tenham a colaboração como eixo transversal do trabalho em saúde, resultando em uma prática colaborativa.

Assim, a opção pelo trabalho inicial com gestores dos cursos objetiva a materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento na importância do usuário, da família e da comunidade na orientação dessas práticas. Chegar a esse nível - melhorar as práticas em saúde - passa necessariamente pela vivência de atividades interprofissionais ao longo do processo formativo, uma vez que “as práticas interprofissionais não podem ser desenvolvidas apenas com a vontade dos profissionais ou dos gestores” (COSTA, 2019, p. 6), mas resulta, sobretudo, do planejamento e da execução intencional de ações que favoreçam o desenvolvimento de habilidade e competências nessa direção.

A ênfase nos cursos de Medicina e Odontologia se deve ao fato de que esses não compartilham (ao contrário dos demais cursos desta área) as disciplinas denominadas básicas da área. Nessas disciplinas, cujos Planos Pedagógicos são construídos coletivamente e colaborativamente a partir dos pressupostos da EIP, há maior probabilidade de incluir atividades e práticas interprofissionais, tanto na organização dos trabalhos dos alunos e na inserção dos grupos interprofissionais constituídos por acadêmicos e professores na rede de serviços de saúde, como pela facilitação do trabalho interprofissional entre professores dos diferentes campos de trabalho em saúde que as ministram.

A inclusão, portanto, dos cursos de Odontologia e Medicina é considerada estratégica na medida em que esses profissionais (médico e odontólogo) perpassam toda a rede de serviços de saúde e constituem as diferentes equipes de atenção. Destaca-se também que disciplinas compartilhadas pelos diferentes cursos permitem o exercício interprofissional e o aprendizado sobre e com as profissões do campo da saúde. Ao estudarem sobre um processo de autoavaliação para uso nas escolas médicas, Sordi et al (2020) apontam que a solução para os complexos problemas que envolvem as transformações das bases da formação médica, passam pelo incentivo a produção de análises sobre o desenvolvimento

dos Projetos Pedagógicos de Curso de todas as profissões da saúde, tendo como norte a formação para o SUS, a valorização da formação pelo trabalho nos cenários da atenção primária e a construção do trabalho em rede.

Nessa direção, os projetos pedagógicos dos cursos e os planos de trabalho das diferentes unidades de ensino, trabalhados em diferentes oficinas apresentadas no Quadro síntese (Oficinas 3, 4, 5, 6, 7 e 10) são essenciais à consolidação de conceitos e de experiências não apenas para consolidar, como para aprimorar as metodologias de ensino e a proposição de atividades que favoreçam o desenvolvimento das habilidades e competências para o trabalho e a educação interprofissionais. Manter isso como um processo é indispensável para vencer as barreiras impostas historicamente a formação em saúde: formação por silos profissionais; uso de metodologias tradicionais para o ensino; não compartilhamento de espaços de trabalho colaborativo; organização disciplinar e fragmentada do conhecimento; falta de integração e construção coletiva de conhecimentos entre as diferentes profissões, entre outras.

Conforme analisado por Almeida, Teston e Medeiros (2019) ao analisarem a interface entre o PET saúde Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na área da saúde, a formação/preparação para o ensino se restringe, na maioria das vezes, às atividades desenvolvidas em disciplinas de didática ou correlatas. Dessa maneira, a prática educativa de tais docentes baseia-se, principalmente, nas vivências experimentadas em sua caminhada de formação, as quais, muitas vezes, não são adequadas à realidade atual, e que serão, conseqüentemente, ofertadas aos estudantes e reproduzidas em suas vidas profissionais. Isso é insuficiente para produzir mudanças e para que as mesmas sejam duradouras.

A prática interdisciplinar e interprofissional, nesse sentido, configura-se como uma estratégia potente para a implementação de nova lógica nos processos de formação profissional em saúde e as experiências que têm sido construídas e socializadas na Universidade dão garantias de que o processo de mudança está em curso e de que o professor é elemento essencial para as mesmas se efetivem. Dito em outras palavras, sem o professor comprometido e capacitado para o exercício da interprofissionalidade, o que está definido nos Projetos Pedagógicos de Curso não se transforma em condutas e ações facilitadoras do trabalho interprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação dos profissionais de saúde tem sido um dos temas críticos para pensar o fortalecimento dos sistemas de saúde e a construção da equidade. Inúmeras iniciativas governamentais nas últimas décadas mostram a importância de mudanças na formação para atendimento das necessidades de saúde e as dificuldades de superação dos modelos tradicionais de ensino. A educação e o trabalho interprofissional têm sido um recurso

potente para que as mudanças se efetivem e se consolidem. O trabalho interprofissional, no entanto, não acontecerá espontaneamente: são necessárias ações que incluam atores que possam tomar decisões a nível gerencial e, ao mesmo tempo, constituir com professores competência e suporte para implementação de novos arranjos pedagógicos.

Para produzir mudanças as ações devem ser conduzidas em duas direções: 1) no âmbito do ensino; 2) no âmbito do cuidado em saúde. Na primeira, espera-se mudanças nas formas de ensinar e aprender em saúde com o envolvimento e apoio de cada IES para a formação dos professores e para a construção de espaços de reflexão permanentes que permitam o aprofundamento conceitual necessário e o desenvolvimento e consolidação das competências colaborativas. Na segunda, espera-se qualificar a força de trabalho em saúde (incluindo a interprofissionalidade e a educação interprofissional como uma demanda da educação permanente em saúde, por exemplo) para o desenvolvimento de uma assistência que tenha como centro a pessoa e sua família, atendidos por equipes interprofissionais que compartilhem e complementem saberes profissionais, tornando o trabalho em saúde mais eficiente, eficaz, resolutivo, prazeroso e que atenda as reais e complexas necessidades de saúde.

Para consolidação da EIP é fundamental ainda a inclusão do usuário que aponta com precisão a direção que deve ser dada no ensino e na assistência para a satisfação de suas necessidades de saúde. Não é possível pensar em mudança estrutural e duradoura sem inclusão, de fato, de toda a cadeia de atores que interagem na produção de qualidade de vida: gestores das IES e dos serviços; professores e preceptores; acadêmicos; usuários da rede de serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos; TESTON, Elen Ferraz; MEDEIROS, Arthur de Almeida. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 97-105, Aug. 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500097&lng=en&nrm=iso. access on 07 May 2021. Epub Sep 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s108>.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate (orgs.). **Processos de aprendizagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 6. ed.– Joinville, SC: UNIVILLE, 2006.

BARR, H.; LOW, H. Introdução à educação interprofissional. CAIPE/OMS (2013).

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Caderno FNEPAS, v.2, p. 25-28, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/ MEC nº 421 e nº 422. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde e estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, de 3 de março de 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.

BRASIL. Resolução 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. DCN. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Diário Oficial da União* 2008; 27 ago.

COSTA, M.V.; Peduzzi, M; Freire Filho, J.R.; Silva, C.B.G. **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018

CAIPE; BARR, H.; LOW, H. Introducing Interprofessional Education. United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE, 2013.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework. CIHC; 2010. Disponível em http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em 10 de mai 2021.

CLAUS, SM et.al. Projeto PET Interprofissionalidade Universidade de Caxias do Sul/Secretaria Municipal de Caxias do Sul encaminhado ao Ministério da Saúde referente ao Edital nº 10 de 23 de julho de 2018, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caxias do Sul, 2018.

COSTA, Marcelo Viana. Educação interprofissional em Saúde: a colaboração interprofissional como fundamento para o efetivo trabalho em equipe. AVASUS, Módulo 3, 2018. Disponível em <https://avusus.ufrn.br/local/avaspugin/cursos/curso.php?id=227>. Acesso em 07 mai 2021.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, Dec. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en&nrm=iso. access on 07 May 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde:: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017

SORDI, Mara Regina Lemes De et al . Experiência de construção coletiva de instrumento autoavaliativo a serviço da formação médica referenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pautadas no Programa Mais Médicos. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 24, e190527, 2020 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100504&lng=en&nrm=iso . access on 07 May 2021. Epub Jan 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/interface.190527>.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; CLAUS, Suzete Marchetto. **Práticas Pedagógicas no Cuidado em Saúde**: um guia de aplicação. Traço Diferencial: Caxias do Sul, RS, 2019.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Nos laboratórios e oficinas escolares: a demonstração didática, in VEIGA, Ilma Passos Alencastro (org.). **Novas tramas para as técnicas de ensino e estudo** – Campinas, SP: Papyrus, 2013, p. 93-106.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: comunicação, saúde, educação.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

CAPÍTULO 13

A FONOAUDIOLOGIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 14/05/2021

Ana Lígia Alves do Nascimento

Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família na modalidade Residência pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI
Florianópolis – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/8421567673680175>

Karin Cristina Gomes

Fonoaudióloga pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI
Especialista em Saúde Pública
Integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Balneário Piçarras - SC
Balneário Piçarras – Santa Catarina

RESUMO: O Programa Saúde na Escola (PSE) contribui para a formação integral de estudantes e da comunidade escolar com ações de promoção, prevenção e de atenção à saúde. No ano de 2019 a equipe de fonoaudiologia do município identificou precocemente crianças com risco de perda auditiva e alterações no desenvolvimento da linguagem em ambiente escolar por meio do PSE. Devido identificação precoce foi possível realizar orientações e encaminhamentos, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem e comunicação das crianças identificadas como de risco. No presente trabalho será descrito como se deu o processo e quais os

resultados obtidos.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde Pública. Fonoaudiologia. Desenvolvimento Infantil.

THE SPEECH THERAPY AND THE PROGRAMSAÚDE NA ESCOLA IN A CITY IN THE SOUTH OF BRAZIL – AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The Programa Saúde na Escola (PSE) contributes to the integral formation of students and the school community with health promotion, prevention, and care actions. In 2019, the speech and language pathology team of the city identified children at risk of hearing loss and changes in language development in the school environment through the PSE. Due to early identification, it was possible to provide guidance, contributing to the development of language and communication of children identified as being at risk. This paper will describe how the process happened and the results obtained.

KEYWORDS: Public Health. Speech, Language and Hearing Sciences. Child Development.

Sabe-se que a escola é um espaço social de construções compartilhadas e saberes, sustentada pelas histórias individuais e coletivas, que tem como objetivo a produção de aprendizagens significativas. No que se refere à saúde, educadores e demais profissionais da educação muitas vezes observam situações ou condições dos educandos, as quais podem ter relação direta ou indireta com o processo de aprendizagem, dificultando-lhes o

desenvolvimento do projeto pedagógico (BICALHO, 2015). A audição é uma das principais formas de contato do indivíduo com o ambiente. Permite não apenas o monitoramento de eventos ambientais, mas também o processamento das informações favorecendo a comunicação oral, como expressão do pensamento, e desempenhando papel importante na integração do sujeito com a sociedade. Uma perda auditiva pode provocar impacto no desenvolvimento da criança, variando de acordo com o grau da perda e de fatores biopsicossociais. Dependendo de seu grau, a perda auditiva na criança pode passar despercebida ou interferir no seu desenvolvimento, em especial no desenvolvimento da linguagem oral. Os sinais e sintomas mais comuns são: atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem; dificuldade de compreensão; dificuldade de aprendizagem; dificuldade de entender comandos verbais; dificuldade de socialização; desatenção; nervosismo (SILVA, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde o Programa Saúde na Escola (PSE) tem por objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes e da comunidade escolar com ações de promoção, prevenção e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino. O PSE elenca ações que devem ser desenvolvidas nos municípios junto à comunidade escolar, dentre tais tem-se a ação “promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração”.

O PSE funciona de maneira multiprofissional no município de relato há alguns anos e vem trazendo resultados positivos desde então. No ano de 2019 a equipe de fonoaudiologia do município identificou as crianças com risco de perda auditiva e alterações no desenvolvimento da linguagem em ambiente escolar por meio do PSE. O instrumento utilizado para a pesquisa foi adaptado do Instrumento de Triagem Auditiva Infantil desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em anexo, que abrange a faixa etária de 12 a 48 meses de idade, além disso, foi realizada pesquisa nas Cadernetas de Saúde das crianças menores de 12 meses verificando a realização ou não do Teste da Orelhinha e do Teste da Linguinha, e para as crianças entre 5 a 7 anos foi aplicado um questionário para crianças em fase de alfabetização, e exame de meatoscopia para as turmas de 1º anos.

Os dados apresentados tratam-se de uma das Unidades Básica de Saúde (UBS) do município. As intervenções no território adstrito pela UBS abrangeram dois Centros de Educação Infantil (CEI) municipais e a Escola de Ensino Básico Estadual. No primeiro momento foi estabelecido contato com os diretores dos estabelecimentos, explicado a respeito do projeto, e realizado levantamento das crianças matriculadas. Na época haviam 243 crianças, desse total, por meio dos instrumentos já citados, foram identificadas aproximadamente 70 crianças que possuíam indicativo para atraso no desenvolvimento da audição e/ou linguagem.

Em seguida solicitou-se a presença dos responsáveis das crianças que apresentaram

risco para atraso no desenvolvimento infantil na UBS. No primeiro momento foi realizado um acolhimento coletivo no formato de roda de conversa, com explicações sobre desenvolvimento da audição e da linguagem na infância. Em seguida deu-se o atendimento individual, com finalidade de observar o comportamento auditivo e de linguagem por meio de avaliação comportamental e entrevista com os familiares.

Mediante essa intervenção foi possível identificar precocemente crianças com atrasos no desenvolvimento e realizar os devidos encaminhamentos, contribuindo assim para o melhor desenvolvimento da linguagem e comunicação das crianças. A maior dificuldade enfrentada foi a baixa adesão dos responsáveis em comparecer à UBS. A proposta para continuidade em 2020 seria a realização de uma oficina para os professores dos CEIs e da Escola, pois notou-se que há grande desconhecimento sobre saúde auditiva nesses ambientes, porém bastante interesse dos professores em aprenderem mais.

REFERÊNCIAS

BICALHO LGR, CARVALHO SAS, GAMA ACC, HOTT M, GONÇALVES DU, PARLATO-OLIVEIRA EM, RESENDE LM, FRICHE AAL, GIRAUDET F, AVAN P. **Proposal of a child hearing screening questionnaire**. In: French-Brazilian Symposium on hearing: Public Health Challenges, 1, 2018, Belo Horizonte, MG. Anais (on-line) Belo Horizonte: UFMG, 2018. Disponível: <https://medicina.ufmg.br/symposiumonhearing/>

EDUCAÇÃO, **Ministério da. Programa Saúde nas Escolas**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/institucional/estrutura-organizacional/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>>. Acesso em: 11 maio 2021.

SILVA, Renata Correia da; Soares, Aparecido José Couto; Cárnio, Maria Sílvia. **Atuação Fonoaudiológica no Programa de Saúde na Escola (PSE)**. XXIII Congresso Brasileiro e IX Congresso internacional de Fonoaudiologia. Intersetorialidade em Fonoaudiologia. De 14 a 16 de outubro de 2015. Salvador. Bahia. Brasil.

ANEXO

FORMULÁRIO PARA TRIAGEM AUDITIVA INFANTIL – CRIANÇAS DE 12 A 18 MESES DE IDADE

NOME: _____

Data Nasc: ___/___/___ Data Coleta: ___/___/___

Aplicador: _____

Professor Responsável: _____

Escola: _____

Turma _____

A criança fez teste ou da orelhinha?	() SIM () NÃO
O resultado do teste ou reteste da orelhinha foi normal?	() SIM () NÃO
Você acha que a criança escuta bem?	() SIM () NÃO
A criança demonstra reconhecer sons familiares imitando ou olhando em direção ao local de onde veio o som? (Ex: campainha / porta; latidos/ cachorro)	() SIM () NÃO
A criança faz movimentos com o corpo quando começa a tocar uma música?	() SIM () NÃO
A criança atende a pedidos simples sem que as pessoas necessitem fazer gestos de apoio para que ela compreenda o que foi dito? (Ex: pegar algum objeto; dar tchau; mostrar partes do corpo)	() SIM () NÃO
A criança fala mais de 6 palavras e tenta fazer frases curtas? (Ex: “dá papá”, “bebê qué”)	() SIM () NÃO
A criança fala novas palavras?	() SIM () NÃO

FORMULÁRIO PARA TRIAGEM AUDITIVA INFANTIL – CRIANÇAS DE 19 A 36 MESES DE IDADE

NOME: _____

Data Nasc: ___/___/___ Data Coleta: ___/___/___

Aplicador: _____

Professor Responsável: _____

Escola: _____

Turma _____

A criança fez teste ou da orelhinha?	() SIM () NÃO
O resultado do teste ou reteste da orelhinha foi normal?	() SIM () NÃO
Você acha que a criança escuta bem?	() SIM () NÃO
A criança repete o que escuta?	() SIM () NÃO
A criança tenta falar frases com três ou mais palavras compreensíveis?	() SIM () NÃO
Você acha que a criança entende o que as pessoas que convivem com ela falam?	() SIM () NÃO
A criança tenta conversar com as pessoas fazendo perguntas?	() SIM () NÃO
As pessoas da família entendem quase tudo que a criança fala?	() SIM () NÃO

FORMULÁRIO PARA TRIAGEM AUDITIVA INFANTIL – CRIANÇAS DE 37 A 48 MESES**DE IDADE**

NOME: _____

Data Nasc: ___/___/___ Data Coleta: ___/___/___

Aplicador: _____

Professor Responsável: _____

Escola: _____

Turma _____

A criança fez teste ou da orelhinha?	() SIM () NÃO
O resultado do teste ou reteste da orelhinha foi normal?	() SIM () NÃO
Você acha que a criança escuta bem?	() SIM () NÃO
Você acha que a criança entende a fala de pessoas que NÃO convivem diariamente com ela?	() SIM () NÃO
A criança consegue falar frases com quatro ou mais palavras compreensíveis?	() SIM () NÃO
A criança fala e/ou canta durante as brincadeiras?	() SIM () NÃO
As pessoas que NÃO convivem diariamente com a criança entende quase tudo o que ela fala?	() SIM () NÃO

INSTRUMENTO DE RASTREIO FONOAUDIOLÓGICO (5 A 7 ANOS DE IDADE)

NOME: _____

Data Nasc: ___/___/___ Data Coleta: ___/___/___

Aplicador: _____

Professor Responsável: _____

Escola: _____

Turma _____

Você acha que a criança escuta bem?	()Sim ()Não
A criança narra fatos do seu dia com clareza?	()Sim ()Não
A criança apresenta modo respiratório aparentemente normal?	()Sim ()Não
A criança fala adequadamente, sem trocas de fonemas?	()Sim ()Não
A criança apresenta habilidades escolares dentro do esperado para a idade?	()Sim ()Não
Meatoscopia Normal	()Sim ()Não ()Não se aplica

Conduta:

- **Com risco () encaminhar para Unidade Básica de Saúde de referência**
- **Sem risco () aplicar novamente o instrumento em 12 meses ou a qualquer momento em caso de queixa familiar ou do professor quanto ao desenvolvimento da criança.**

COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE ACADÊMICOS DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Camila Izar

Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí, SC

<https://orcid.org/0000-0002-9591-328>

Eduardo José Legal

Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí, SC

<https://orcid.org/0000-0002-6050-998X>

Armando Macena de Lima Junior

Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí, SC

<http://lattes.cnpq.br/9604288588845838>

RESUMO: O presente artigo investigou as publicações relativas ao comportamento suicida entre acadêmicos de ciências da saúde, especificamente em relação a dados epidemiológicos, métodos e estratégias utilizadas. Para esse fim, foi realizada uma revisão sistemática com busca no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e PsycARTICLES, de maio a junho de 2018, baseado no Guideline PRISMA. Os descritores utilizados foram: “Acadêmicos”, “Universitários”, “Suicídio”, “Ideação Suicida” e “Comportamento Suicida”, com seus correspondentes em idioma inglês/espanhol. Os critérios de inclusão foram: descritores nos títulos, resumos e palavras-chave, de 2012 a 2017. Excluiu-se estudos: repetidos, com público díspar ao público

universitário ou com amostras indefinidas quanto ao curso, artigos indisponíveis na íntegra e ensaios teóricos. Após seleção da amostra, os dados foram tabulados e realizado uma síntese qualitativa. Como resultados, 5778 foram obtidos, 2437 foram incluídos, 2429 foram excluídos pelos critérios de inclusão, sendo 8 artigos selecionados para análise. As publicações selecionadas foram realizadas de 2012 até 2017, sendo que 2012, 2014 e 2016 foram os anos com maior número (2), seguido por 2015 e 2017 com uma cada. Com relação a origem da pesquisa, a maior parte ocorreu na China e Colômbia (2), enquanto Índia, Nepal, Paquistão e Portugal com uma pesquisa cada. Quanto ao público, metade das pesquisas foram realizadas com acadêmicos de Medicina (4), seguido por duas pesquisas com acadêmicos de Psicologia e uma pesquisa com acadêmicos de Odontologia e outra com acadêmicos de Enfermagem. A quantidade de pesquisas com este público ainda é incipiente. Além disso, considerando que metade dos estudos encontrados são voltados para acadêmicos de Medicina, os trabalhos com outros cursos da saúde são ainda menores. Por fim, ressalta-se a ausência de pesquisas em âmbito nacional e, considerando o suicídio um problema de saúde pública e que a população universitária é considerada de risco, tais resultados indicam a necessidade de mais estudos com este público.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Acadêmicos; Ciências da Saúde.

SUICIDAL BEHAVIOR BETWEEN ACADEMICS OF HEALTH SCIENCES: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: This article aims to investigate the status of publications related to suicidal behavior between health sciences students. With this purpose, a systematic review was carried out with search on the regional portal of the Virtual Health Library, SciELO and PsycARTICLES, from May to June 2018, based on Guideline PRISMA. The descriptors used were: “Academics”, “University Students”, “Suicide”, “Suicidal Ideation” and “Suicidal Behavior”, with their correspondents in English/Espanish languages. The criteria for inclusion were: descriptors in the titles, abstracts and keywords, from 2012 to 2017. The following studies were excluded: repeated, with disparate public to the university public or with indefinite samples for the course, articles unavailable and theoretical essays. After the selection of the sample, the datas was tabulated and wired qualitative synthesis. As results, 2437 were included, 2429 were excluded, and 8 articles were selected for analysis. The publications were selected from 2012 to 2017, and 2014, and 2016 were the years with the highest number (3), followed by 2012 with two publications and 2015 and 2017 with in one each. Regarding the origin of the research, the majority occurred in China (3), followed by Colombia (2), while USA, India, Nepal, Pakistan and Portugal with one research each. As for the public, more than half of the research were conducted with medical academics, (2) followed by two researches with academics of Psychology and a research with academics of Dentistry and another one with academics of Nursing. The amount of research with this the public is still incipient. In addition, considering that more than half of the studies found are aimed at medical academics, searches with other health courses are even smaller. Finally, the absence of national research and, considering the suicide as public health problem, these results indicate the need for more research with this public.

KEYWORDS: Suicide; Academics; Health Sciences.

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No período de 2011 a 2016, foram registrados 62.804 óbitos por suicídio no Brasil (OMS, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Porém, estima-se que o número seja muito maior, decorrente do fato de que nem todos os suicídios são registrados como tal.

Várias são as definições de suicídio encontradas na literatura, e por mais divergentes que possam ser, costumam conter a ideia central relacionada ao ato de terminar com a própria vida, além de ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade. (SHNEIDMAN, 1986; DURKHEIM 1982, MENNINGER, 1970; DESHAIES, 1947; O’CAROLL *et al.*, 1996 *apud* MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

Com o objetivo de compreender e prevenir o suicídio um ramo da ciência, chamado de suicidologia foi criado por pesquisadores interessados na temática. Werland e Botega (2004, p.17), suicidólogos, definem o comportamento suicida como “todo o ato em que o indivíduo cause uma lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de

conhecimento do verdadeiro motivo desse ato”.

Durkheim (1982) realizou a classificação de tipos de suicídio baseando-se na teoria de que, o enfraquecimento do elo de coesão entre os indivíduos de uma comunidade causa elevação nas taxas de suicídio, classificando-os como: a) suicídio anômico, caracterizado pelo resultado da desorganização social e de dificuldades econômicas, relacionadas ao enfraquecimento ou ausência de normas sociais ou leis; b) suicídio egoísta, em que há o isolamento excessivo ou exclusão social ou familiar, favorecendo um individualismo mórbido; c) suicídio altruísta, como o de esquimós, cuja separação da comunidade acontece pela convicção de terem se tornado uma carga para os outros (DURKHEIM, 1982 *apud* MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

Embora ainda não exista um sistema de nomenclatura amplamente utilizada por profissionais, para classificação dos atos suicidas, alguns critérios foram criados há mais de três décadas e tem se apresentado bastante pragmático na área da suicidologia (BECK *et al.*, 1972). Nesses critérios se apresentam a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. A ideação suicida é entendida como imagens, pensamentos ou fantasias que um indivíduo possui com a finalidade de ferir-se ou matar-se. No que diz respeito ao critério de tentativa de suicídio, esta consiste em um comportamento intencional e auto infligido relacionado à vontade de morrer. Entre a tentativa de suicídio e o suicídio consumado, a única diferença é visualizada em seu desfecho (CHEHIL; KUTCHER, 2012).

Segundo Dyer e Kreitman (1984), os limites entre o pensamento suicida e a tentativa são distinções sutis. Pode-se dizer que existem condições adquiridas e condições inerentes, e a chance de suicídio aumenta proporcionalmente quanto mais fatores de risco estiverem presentes. Entretanto, as pessoas podem apresentar os mesmos fatores de risco e não relatarem intenção suicida. O que faz diferença são os meios letais disponíveis e os fatores de proteção de cada indivíduo, que fortalecem as estratégias de enfrentamento (MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

No contexto universitário, destaca-se a importância de estudos sobre o tema, principalmente para a elaboração de estratégias de prevenção ao suicídio e promoção da saúde mental do acadêmico, visto que a taxa de acadêmicos com comportamento suicida cresce de maneira significativa, mesmo com os recentes esforços voltados a prevenção e a quebra de tabus relacionada ao fato de falar abertamente sobre. Estudos sobre o suicídio em acadêmicos são realizados há décadas, historicamente as primeiras pesquisas, para descrever os fenômenos observados na população universitária, realizaram-se por Clement Fry e Edna Rostow (1942), baseados em uma experiência na Universidade de Yale, e o estudo de Parnell (1951), no qual evidenciou que a taxa de suicídio entre os estudantes de graduação de Oxford era 11 vezes maior em comparação a taxa de suicídios da população não estudante, da mesma faixa etária (PARNELL, 1951; LUCAS, 1976; CERCHIARI *et al.*, 2004).

Múltiplos estudos apontam dados alarmantes em relação à saúde mental do

acadêmico, denotando fatores de risco importantes para o sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais (CERCHIARI *et al.*, 2004; ANDRADE *et al.*, 2015). Melhorias nas habilidades relacionadas à autonomia, relações sociais e estratégias de enfrentamento, têm sido considerados fatores significativos para enfrentar a transição para o ensino superior. Contudo, esse período de transição pode tornar-se um prenunciador de maior vulnerabilidade, por configurar-se em um momento frágil na vida do adolescente, haja vista as diversificadas modificações em curto espaço de tempo.

Corroborando as informações supracitadas, dados internacionais apontam que os principais motivos para a procura de ajuda, junto dos serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior, são relativos às queixas de sintomas ansiosos, sintomas depressivos, comportamento suicida, automutilação, abuso de substâncias, distúrbios alimentares e comportamento psicótico (KADISON; DIGERONIMO, 2004; SHARKIN, 2006).

O ingresso do adolescente nas universidades coincide com períodos de transição importantes, caracterizado por várias mudanças biopsicossociais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que esse período da vida, dos 18 aos 25 anos, é propício para o aparecimento de comportamentos de risco, tais como uso de álcool e de drogas. Essa transição pode contribuir para o desenvolvimento de níveis elevados de estresse e ansiedade, na mesma medida que a qualidade dessa adaptação pode ser um fator fundamental para a saúde mental do indivíduo. O jovem, por ausência de conhecimento ou falta de compreensão da situação, pode ter dificuldades para buscar orientação ou não valorizar a necessidade de ajuda. Essas vivências podem desencadear situações de crises que se manifestam através de depressões, alcoolismo, evasão estudantil, dificuldades de aprendizagem, relacionamentos pessoais insatisfatórios, ligações de amizades prejudiciais e isolamento (MELO; COSTA, 1994; FERNANDEZ; RODRIGUES, 1995; COWAN; MOREWITZ, 1995 *apud* CERCHIARI *et al.*, 2004; FERRAZ; PEREIRA, 2002).

O suicídio é um comportamento complexo, de causas multifatoriais, muitas vezes estigmatizado pela sociedade. Destaca-se a relevância de qualquer investimento a fim de entender esse comportamento, necessitando da contribuição de diversos campos do conhecimento, sejam eles biomédicos, sociais, ambientais ou intrapessoais. Sendo assim, entende-se a importância das diferentes abordagens, avaliando a aproximação de diversos fatores no estabelecimento desse comportamento. A falta de conhecimento e a existência de preconceitos diante do suicídio podem induzir o profissional a cometer enganos na avaliação clínica e na sugestão de tratamento ao paciente (BOTEGA, 2012; CFP, 2013).

Dado ao exposto, o objetivo desse artigo é investigar o status de publicações relativas ao comportamento suicida entre acadêmicos de ciências da saúde. Especificamente, realizou-se uma busca em bases de dados nacionais e internacionais, com seleção de amostras elegíveis, operacionalização da amostra e realização de uma síntese qualitativa e quantitativa.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho se institui como uma revisão sistemática, em consonância com as orientações descritas no Guideline PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*). Assim, norteado pela pergunta de pesquisa “Qual o status de publicações relativas ao comportamento suicida entre acadêmicos de ciências da saúde?” a revisão foi operacionalizada mediante busca eletrônica nas bases de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (MedLINE, Lilacs, IBECs), da Scielo e da PsycARTICLES (PsycINFO) entre o período de maio a junho de 2018. Os descritores se constituíram em “Acadêmicos”, “Universitários”, “Suicídio”, “Ideação Suicida” e “Comportamento Suicida”, e seus descritores em inglês “*Academics*”, “*College Students*”, “*Suicide*”, “*Suicidal Ideation*” e “*Suicidal Behavior*” e em espanhol “*Académicos*”, “*Universidad*”, “*Suicidio*”, “*Ideación Suicida*”, “*Comportamiento Suicida*”, de modo que os operadores booleanos “AND” e “E” foram utilizados para articular os descritores combinados em suas variações.

Com intento de cumprir os objetivos iniciais desse estudo, o trabalho foi seccionado em quatro etapas metodológicas: Seleção da Amostra, Critérios para Elegibilidade Amostral, Operacionalização da Amostra e Síntese Qualitativa.

Para a seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: descritores nos títulos, resumos e palavras-chave, período de publicação de 2012 a 2017 e idiomas em português, inglês e espanhol.

Com vistas à elegibilidade da amostra segundo os objetivos iniciais do resumo, excluiu-se os estudos que: se repetiram nas bases de dados, se tratassem de amostras indefinidas quanto ao curso, com uma amostragem díspar ao público universitário, fossem indisponíveis na íntegra e/ou pagos e se tratassem de ensaios teóricos.

A operacionalização da revisão foi realizada por meio de um protocolo de registro ORDER (acesso: <https://bit.ly/2DCjImc>), e posteriormente, realizada a tabulação e representação visual dos artigos incluídos como amostra final para a síntese qualitativa, através da análise de conteúdo seccionado nas seguintes etapas: a) pré-análise, desenvolvida para sistematizar ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas; b) exploração do material, consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação que consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado.

Os artigos selecionados foram classificados conforme os critérios propostos por Boyle (1998). Segundo esse autor, a qualidade das pesquisas publicadas é dividida nas categorias A e B. A categoria A indica baixo risco de viés, e os trabalhos devem

atender pelo menos seis dos oito critérios propostos, sendo eles: 1) estudos que utilizam amostra representativa da população em geral; 2) população alvo claramente definida; 3) entrevistados que tenham características correspondentes à população-alvo; 4) métodos de avaliação padronizados; 5) instrumentos de confiabilidade; 6) instrumentos validados; 7) análise estatística descrita; 8) intervalo de confiança adequado. Artigos classificados na categoria B atendem até quatro dos itens, apresentando risco de viés moderado.

3 I RESULTADOS

Foram obtidos 5778 estudos, em que 2437 foram incluídos, 2429 foram excluídos, sendo 8 artigos selecionados para análise. As publicações selecionadas foram realizadas de 2012 até 2017.



Figura 1 – Diagrama da sistematização da revisão sistemática.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Com relação a origem da pesquisa, a maior parte ocorreu na China e Colombia (2), enquanto Índia, Nepal, Paquistão e Portugal com uma pesquisa cada. Quanto ao público, metade das pesquisas foram realizadas com acadêmicos de Medicina (4), seguido por duas pesquisas com acadêmicos de Psicologia e uma pesquisa com acadêmicos de Odontologia e outra com acadêmicos de Enfermagem. Os seguintes instrumentos foram utilizados: Traid Meta Mood Scale -24 (SALOVEY *et al.*, 1995), Inventário de Ideação suicida de Beck (BECK; KOVACS; WEISSMAN, 1979), Escala de Desesperança de Beck, Questionário de Dezesesseis Fatores de Personalidade de Cattell (16PF) (DAI, ZHU ,1988), Checklist de Eventos de Vida, Escala de Avaliação de Apoio Social, Questionário de estilo de coping (XIAO; XU, 1996) Questionário Kessler-10 (K10), Escala de Hamilton para ansiedade (HAM-A) (Hamilton, 1959), Escala de classificação de depressão de Hamilton (HDRS) (HAMILTON, 1960), Questionário de saúde geral – 28 (GHQ – 28) (GOLDBERG;

1978), Inventory of suicide orientation – 30 (ISO-30) (KING; KOWALCHUK, 1994), Escala de Satisfação do Suporte Social (RIBEIRO, 1999), Inventário de Motivos de Vida (MATIAS; SANTOS, 2014), Questionário Khokher e Khan (ZHOU, *et al.*, 2008).

ESTUDO	ANO	PAÍS	REVISTA	MÉTODO	QUALIDADE
Ospino e Colorado	2012	Colômbia	<i>CES Psicología</i>	Estudo transversal	B
Bathla <i>et al.</i>	2015	Índia	<i>Contemp Clin Dent</i>	Estudo transversal	B
Sepúlveda <i>et al.</i>	2016	Colômbia	<i>Habanera de Ciencias Médicas</i>	Estudo transversal	B
Zheng e Wang	2014	China	<i>BioPsychoSocial Medicin</i>	Estudo transversal	A
Leal e Santos	2016	Portugal	<i>Nurse Education Today</i>	Estudo transversal	A
Osama <i>et al.</i>	2014	Paquistão	<i>Journal of Forensic and Legal Medicine</i>	Estudo transversal	B
Menezes <i>et al.</i>	2012	Nepal	<i>Legal Medicine</i>	Estudo transversal	B
Sun <i>et al.</i>	2017	China	<i>Psyquiatry Research</i>	Estudo transversal	B

Tabela 1 – Caracterização dos estudos analisados.

AUTOR/ANO	PAÍS	AMOSTRA	CURSO	INSTRUMENTOS	PREVALÊNCIA
OSPINO; COLORADO, 2012.	Colômbia	N=157 Homens: 32,5% Mulheres: 67,5%	Psicologia	Inventário de Ideação Suicida de Beck	Ideação Suicida N= 5,1% (8) Ideação Suicida/Mulheres: 4,5% (7) Ideação Suicida/Homens: 0,6% (1) Duração da IS (crônica) 12,5% (1) Plano Suicida completo 12% (1) Plano Suicida parcial 12% (1)
BAHTLA <i>et al.</i>	Índia	N= 258 Homens: 22% Mulheres: 78%	Odontologia	Escala de Hamilton para ansiedade (HAM-A); Escala de classificação de depressão de Hamilton (HDRS); Escala de Intenção de Suicídio de Beck (BSI)	Não informado
SEPÚLVEDA; PÉREZ; VALENCIA, 2016.	Colômbia	N= 1.265	Psicologia	Inventory of suicide orientation - 30	Ferimentos auto infligidos: 9,1% Afirmaram ter realizado uma autolesão: 73,9% Afirmaram se machucar com intenção de morte: 50,4% Apresentaram alto risco de suicídio: 3,6%

ZHENG; WANG, 2014.	China	N=540	Medicina	Escala de desesperança de Beck; Questionário de dezesseis fatores de personalidade de Cattel (16PF); Cheklist de eventos de vida; Escala de avaliação de Suporte Social; Questionário de estilos de Coping	Tendência suicida N= 8,89% (48) Tendência suicida/homens: 2,2% (12) Tendência suicida/mulheres: 6,6% (38)
LEAL; SANTOS, 2016	Portugal	N= 1.130 Homens: 17% (190) Mulheres: 83% (940)	Enfermagem	Escala de Satisfação de apoio social; Reason for Living Inventory.	Comportamento Suicida/homens: 4,2% (8) Comportamento suicida/ mulheres:5,4% (52)
OSAMA et al., 2014	Paquistão	N= 331 Homens: 41,2% Mulheres: 58,8%	Medicina	Questionário	Ideação Suicida últimos 12 meses N= 35,6% (118) Ideação Suicida últimos 12 meses/ homens: 35,6% (42) Ideação Suicida últimos 12 meses/ mulheres: 64,4% (76)
MENEZES <i>et al.</i> , 2012	Nepal	N= 206 Homens: 54,4% Mulheres: 45,6%	Medicina	4 questões do General Health Questionnaire (GHQ – 28)	Ideação Suicida durante a vida N= 18,4% (38) Ideação Suicida últimos 12 meses N= 10,7 (22) Ideação Suicida últimos 2 meses/ homens: 12,5% (14) Ideação suicida últimos 12 meses/ mulheres: 8,5% (8) Plano Suicida: 1% (2) Tentativa de Suicídio: 1% (2)
SUN <i>et al.</i> , 2017	China	N= 2.198 Homens: 31,3% Mulheres: 68,7%	Medicina	Questionário Kessler – 10 (K10)	Ideação Suicida: N= 394 (17,9%) Ideação Suicida/mulheres: 61,7% (243) Ideação Suicida/homens: 38,3% (151) Plano de suicídio N= 5,2% (114) Plano de suicídio/homens: 54,4% (62) Plano de suicídio/mulheres: 45,6% (52) Tentativa de suicídio N= 4,3% (94) Tentativa de suicídio/homens: 47,9% (45) Tentativa de suicídio/mulheres: 52,1% (49)

Tabela 2 - Estudos selecionados sobre comportamento suicida entre acadêmicos das ciências da saúde publicados entre 2012 e 2017, identificados por autor, ano, país, amostra, curso, instrumentos, prevalência e tipo de comportamento suicida.

A primeira pesquisa selecionada dos autores Ospino e Colorado (2012), foi realizada na Colômbia com acadêmicos de Psicologia, com uma amostra total de 157 respondentes, dos quais 51 eram do gênero masculino (32,5%) e 106 do gênero feminino (67,5%). A idade dos respondentes variou entre 16 a 32 anos, com uma média de 20,3. Foi encontrado uma

prevalência de ideação suicida em oito (5,1%) dos participantes da pesquisa, sendo que nas mulheres essa presença se torna mais acentuada, do total de IS encontrada, 4,5% foi no sexo feminino, de acordo com a duração do pensamento ou desejo suicida, verificou-se que um respondente apresentou desejo contínuo ou crônico, enquanto que para sete deles a duração de seus pensamentos ou desejos suicidas é breve.

Constatou-se que dentre as razões para a tentativa de suicídio estavam: manipular, atrair atenção ou se vingar (manifestação de vingança) apresentado em um acadêmico, escapar (2). De modo geral, os estudantes com IS pensaram no suicídio como uma possibilidade para acabar com seus problemas atuais e não como um mecanismo para atrair a atenção.

Os resultados indicam que dois alunos apresentaram um plano para realizar o ato suicida, detalhado e bem formulado, enquanto três deles relataram não ter detalhes específicos. Dos dois alunos que tinham um plano definido, um é projetado completamente e o outro parcialmente.

Um estudo conduzido na Índia (Bathla et al., 2015) com uma amostra total de 258 estudantes de odontologia de graduação com idade entre 18 e 22 anos obteve um escore médio de 5.65 (± 5.465) indicando ideação suicida, mas não informando a quantidade de pessoas que apresentaram tal escore.

Uma pesquisa de Sepúlveda, Pérez e Valencia (2016), realizada na Colômbia, obteve um total de 1.265 estudantes de Psicologia respondentes, desses, 81,4% foram mulheres e a média de idade foi de 27 anos. Um total de 9,1% apresentavam ferimentos auto infligidos, desses, 73,9% afirmaram ter realizado uma autolesão, e 50,4% disseram que se automutilaram com a intenção de morrer. Verificou-se também que 3,6% tinham um alto risco de suicídio.

Em relação à automutilação, evidenciou-se que estas ocorreram entre 10 e 35 anos de idade; a média foi de 18 anos, 50% aos 17 anos ou menos, e a idade mais frequente foi de 15 anos. A fim de determinar algumas associações gerais que indicam os possíveis fatores dos alunos que estão relacionados ao baixo ou alto risco de suicídio, foi realizada uma análise bivariada. Verificou-se que para cada homem com alto risco, existem três mulheres. A variável “consultou um médico ou psiquiatra” mostrou que o risco daqueles que consultaram é o dobro daqueles que não consultaram. Também ficou evidente que as maiores proporções de risco estavam naquelas em que havia automutilação e, dentre elas, o maior risco estava naquelas que se automutilaram com a intenção de morrer. Finalmente, está claro que o risco aumenta à medida que aumenta o número de danos.

Num estudo de Zheng e Wang (2014), um total de 540 estudantes de medicina do primeiro ao quinto ano, de três universidades de medicina na China continental, participaram da pesquisa. Dos 540 participantes, 284 (53%) eram do sexo masculino e 256 (47%) do sexo feminino, com uma média de idade de 20,8 anos. Dos 540 alunos, 48 (8,89%), dos estudantes apresentaram tendência suicida em algum momento da graduação; desses,

2,22% foram do sexo masculino e 6,67% do sexo feminino. Eventos de vida estressantes foram identificados como precursores do comportamento suicida.

No estudo realizado por Leal e Santos (2016), 1130 estudantes de enfermagem, em Portugal, 83,19% femininos e 16,81% masculinos, com média de idade de 20 anos, se evidenciou que 5,22% apresentaram comportamentos suicidas. Estas respostas foram mais comuns entre as mulheres (52/940 - 5,43%) do que em homens (8/190 - 4,21%). Uma análise de regressão logística binária foi realizada para prever comportamentos suicidas. O preditor mais importante foi medicação. “Razões para viver” e “satisfação com o apoio social” são fatores de proteção. Portanto, os entrevistados que tomam medicamentos (que responderam sim) têm 2,36 vezes mais chances de ter comportamentos suicidas.

O estudo de Osama *et al.* (2014), realizado no Paquistão com um total de 331 estudantes de medicina relata que os respondentes apresentaram idade entre 18 e 29 anos, com média de idade de 20,73. Dos 331 participantes, 135 eram do sexo masculino (41,2%) e 193 eram do sexo feminino (58,8%). A maioria em massa dos estudantes eram muçulmanos 321 (98,2%) e apenas 6 (2%) eram não-muçulmanos. A respeito da ideação suicida nos últimos 12 meses, foi encontrada em 118 (35,6%) estudantes. Destes, quarenta e seis (13,9%) fizeram um plano durante a sua vida para cometer suicídio, enquanto 16 (4,8%) tentaram cometer suicídio em algum momento da sua vida. Dos 118 estudantes que tiveram ideação suicida, 42 (35,6%) eram do sexo masculino e 76 (64,4%) do sexo feminino.

Os fatores comuns para ideação suicida foram pais exigentes e insatisfação com a vida universitária. O resultado mais surpreendente foi que em estudantes que apresentavam abuso de substâncias tinham 28 vezes mais risco de desenvolver ideação suicida. Para alunos que foram negligenciados por seus pais houve um risco cerca de quatro vezes maior de desenvolver ideação suicida.

Menezes *et al.* (2012) investigaram a ideação suicida em uma amostra de 206 estudantes de medicina, com idade entre 18 a 27 anos e média de idade foi de 21 anos. Mais da metade deles (54,4%) eram do sexo masculino, e a maioria, 156 (75,7%) pertenciam à religião hindu. Nos últimos 12 meses a ideação suicida esteve presente em 22 (10,7%) estudantes e 38 (18,4%) estudantes apresentaram ideação suicida ao longo da sua vida. Do total, dois (1%) estudantes fizeram planos para cometer suicídio e o mesmo número havia tentado suicídio antes. A ideação suicida foi mais comum entre os homens, entre os usuários de álcool e os fumantes. Entre os acadêmicos insatisfeitos com o próprio desempenho acadêmico e entre os que abusavam de drogas o risco de ideação suicida foi nove vezes maior que entre estudantes que não tinham esta característica.

Um estudo realizado na China por Sun *et al.* (2017) com uma amostra total de 2.198 respondentes, 1.509 (68,7%) do sexo feminino e 689 (31,3%) do sexo masculino, 394 (17,9%) afirmaram ter tido ideação suicida ao longo da vida, 181 (8,2%) afirmaram ter ideação suicida nos últimos 12 meses, 114 (5,2%) tinham um plano de suicídio e 94

(4,3%) já haviam tentado suicídio ao menos uma vez. Os resultados apontaram que o estilo parental da mãe foi associado a ideação e plano suicida. O estilo parental autoritário e outros estilos parentais são fatores de risco para ideação e plano suicida, comparados com o estilo parental de comunicação.

4 | DISCUSSÃO

A revisão de estudos epidemiológicos sobre o comportamento suicida entre acadêmicos das ciências da saúde proporciona uma visão mais aprofundada acerca dessa problemática, dando maior visibilidade a esse fenômeno.

Os estudos revisados mostram que a prevalência do comportamento suicida é frequente, o índice de Ideação Suicida variou entre 5,1% e 35,6%, e em algumas culturas, mais alto do que em outras. O abuso de substâncias aparece como um dos principais fatores de risco na vida desses acadêmicos. Esposito-Smythers e Spirito (2004) exploraram em sua pesquisa a relação entre o uso de substâncias e o comportamento suicida em adolescentes. Os autores concluíram que o uso de substâncias aumenta o risco de comportamento suicida, sendo que os adolescentes suicidas apresentaram elevadas taxas de uso de drogas ilícitas e álcool. O uso dessas substâncias está intimamente relacionado com pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio. Estudo que corrobora com a pesquisa realizada por Menezes *et al.* (2012) onde se evidenciou que a ideação suicida foi mais comum entre os homens, entre os usuários de álcool e os fumantes, havendo risco nove vezes maior de ideação suicida entre os acadêmicos insatisfeitos com o próprio desempenho acadêmico e entre os que abusavam de drogas.

Outro fator de risco apresentado em alguns estudos, é o baixo suporte social. Estudos como de Wasserman (2001) a respeito do comportamento suicida evidenciam ausência ou baixo suporte social e familiar entre indivíduos que apresentam tal comportamento. Os indivíduos que apresentam boas relações sociais, que têm rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, revelam menor probabilidade de apresentar comportamento suicida, sendo, então, um dos principais fatores de proteção. Há indícios de que, independente de outras circunstâncias na vida do sujeito, o isolamento social, físico e psicológico constitui-se como indicador de risco para o comportamento suicida.

Cabe destacarmos o estudo realizado no Paquistão (Osama *et al.*, 2004) que evidencia a maior taxa de comportamento suicida (35,6%) entre acadêmicos. A maioria dos estudantes deste estudo (98,2%) são adeptos da religião Islâmica. Durkheim (1987) realizou uma pesquisa acerca da relação entre a religião e o suicídio; ele comparou a taxa de suicídio de diversos países e suas religiões predominantes. Seus achados apontaram para uma incidência de suicídios 50% maior nos países protestantes em relação aos de maioria católica. Porém, um erro desse e de outros estudos que investigam esses fenômenos, é o fato de considerarem a denominação religiosa como a variável de análise da religiosidade.

Tem-se, cada vez mais, percebido que muito mais importante do que a religião que um indivíduo adota é o tipo de grau de envolvimento que este tem com sua religião (JARVIS; NORTHCOTT, 1987).

Há uma elevada taxa de estudantes do sexo feminino nos cursos das ciências da saúde, essa inserção da mulher no mercado de trabalho da saúde é um fenômeno crescente que vem sendo estudado com o objetivo de compreender a expansão no mundo do trabalho e das especificidades do setor saúde que representa mais de 70% da força de trabalho feminina (MACHADO *et al.*, 2010). Em vários cursos universitários, as mulheres ocupam metade das vagas oferecidas. O termo feminização se refere a um crescimento da população feminina em algumas profissões historicamente desempenhada por homens, como exemplo a medicina e odontologia (COSTA *et al.*, 2010); segundo as autoras, a tendência deste processo de feminização foi verificada no Censo de 2000, mostrando que entre os profissionais com diploma universitário, 61,7% eram mulheres, representando 95,3% dos nutricionistas, 90,4% dos enfermeiros, 50,9% dos cirurgiões-dentistas e 35,9% dos médicos (COSTA *et al.*, 2010).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos epidemiológicos a respeito do comportamento suicida em acadêmicos têm elevada importância, visto que através desses podemos compreender de modo mais abrangente esse fenômeno, a fim de desenvolver estratégias voltadas à promoção da saúde desse público.

Algumas limitações nos estudos apresentados devem ser consideradas, como o número de participantes da amostra que apresentou grande variação entre os trabalhos. Outro fato importante, ainda ligado a amostragem é o fato das mesmas não serem randomizadas e os instrumentos das pesquisas serem diferentes entre os vários estudos. Tais problemas podem ser devido a falta de instrumentos traduzidos para algumas línguas e também por conta da estratégia de pesquisa utilizada na constituição da amostragem (censo), diminuindo a validade e confiabilidade dos resultados das pesquisas.

Ressalta-se que independente da prevalência de comportamento suicida em universitários apresentada nesse estudo, ações voltadas à promoção da saúde devem ser construídas e colocadas em prática. Estudos indicam importantes dados a respeito de fatores de proteção e fatores de risco desses jovens, e a partir desses, pode-se desenvolver estratégias a fim de proteger esses estudantes e sua saúde mental.

Por fim, conclui-se que os objetivos desse trabalho foram alcançados, porém destaca-se que a quantidade de pesquisas com este público ainda é incipiente. Além disso, considerando que metade dos estudos encontrados são voltados para acadêmicos de Medicina, os trabalhos com outros cursos da saúde são ainda mais escassos. Ressalta-se a ausência de pesquisas em âmbito nacional e, considerando o suicídio um problema de

saúde pública, tais resultados indicam a necessidade de mais pesquisas com este público.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. S. *et al.* Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, pp. 831-846, 2016.

BATHLA M. *et al.* Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: A cross-sectional study. **Contemp Clin Dent**, v. 6, pp. 215-22, 2015.

BECK, A. T. *et al.* Classification and nomenclature. In Resnik, H. L. P.; Hathorne, B. (Orgs.). **Suicide prevention in the seventies** (pp. 7-12). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1972.

BECK, A. T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Assesment of suicida intent: The scale for suicide ideation. **Journal Consult Clinic Psychology**, v. 47, pp. 343-352, 1979.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. G. **Comportamento suicida** (pp. 13-17). Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2004.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, pp. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, N. J. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência. In Botega, N. J.; Rapeli, C. B.; Cais, C. F. S. (Orgs.). **Comportamento suicida** (pp. 335-355) Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2012.

BOYLE M. H. Guidelines for evaluating prevalence studies. **Evid Based Ment Health**, v 1, pp, 37-39, 1998.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários** (Tese de Doutorado). Faculdade Federal de Campinas, São Paulo, 2004.

CHEHIL, S.; KUTCHER, S. P. **Suicide risk management: A manual for health professionals**. Oxford: John Wiley & Sons, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, CFP. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, S. M. *et al.* Feminização do curso de odontologia da universidade estadual de montes claros. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 15, n. 1, pp. 1865-1873, 2010.

DAI, Z.; ZHU, B. **Cattell's 16PF Questionnaire (Revised) Manual**. Shanghai: East China Normal University Press, 1988.

ESPOSITO SMYTHERS, C.; SPIRITO, A. Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 28, n. 5, pp. 77-88, 2004.

FERRAZ, M. F.; PEREIRA, A. S. A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 3, n. 2, pp.149-164, 2002.

HAMILTON A. A avaliação dos estados de ansiedade por classificação. **Br J Med Psychol**, v. 32, pp. 50-55, 1959.

HAMILTON M. Escala de classificação para depressão. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 23, pp. 56-62, 1960.

JARVIS G.K., NORTHCOTT H. C., Religion and differences in morbidity and mortality. **Social Science and Medicine**. 25:13-824; 1987.

KADISON, R.D.; DIGERONIMO, T. F. **The College of the overwhelmed**: the campus mental health crisis and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass. 2004.

KHOKLER S.; KHAN M. M. Ideação suicida em estudantes universitários paquistaneses. **Crisis**, v. 26, pp. 125–127, 2005.

KING J.D.; KOWALCHUK B. **ISO - 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation**. Minneapolis: NCS Pearson, 1994.

LEALS. C.; SANTOS J. C. Suicidal behaviors, social support and reasons for living among nursing students. **Science Direct**, v. 36 pp. 434-438, 2016.

LIU, X. *et al.* The reliability and validity testing of Adolescent Life Event Scale. **Chin J Clin Psychol**, v. 5, pp. 34–36, 1997.

LUCAS, C. J. Psychological problems of students. **British Medical Journal**, v. 2, n. 1, pp. 1431-1433, 1976.

MACHADO, M. H. *et al.* Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In **Conferência internacional sobre pesquisas em recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro, 2010.

MATIAS J.; SANTOS J.C. Inventário Razões para Viver: contributos para uma validação para uma população não-inglesa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 11, pp. 09-14, 2014.

MELEIRO A.; TENG C.T.; WANG Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2004.

MENEZES R. G. *et al.* Suicidal ideation among students of a medical college in western Nepal a cross-sectional study. **Leg Med**, v. 14, n. 4, pp. 183-187, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria da vigilância em saúde – ministério da saúde. V.48, N° 30, 2017.

OSAMA M. *et al.* Suicidal ideation among medical students os Pakistan a cross-sectional study. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 27, pp. 65–68; 2014.

OSPINO G. A. C., COLORADO Y. S., Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. **Revista CES Psicología**. V. 5, N° 2 p. 88-100, 2012.

PARNELL, R.W. Mortality and prolonged illness among Oxford undergraduates. **Lancet**, 1951.

RIBEIRO P. Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS) **Análise Psicol**, v. 17, n. 3, pp. 547–558, 1999.

SALOVEY, P. *et al.* Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In Pennebaker, J. W. **Emotion, disclosure and health**. Washington D.C.: American Psychological Assessment, 1995.

SEPÚLVEDA P. C. G. Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, v. 15, n. 1, pp. 136-146, 2016.

SHARKIN, B. S. **College students in distress: A resource guide for faculty, staff, and campus community**. Haworth Press, 2006.

SUN L. *et al.* Suicidal ideation, plans and attempts among medical college students in China: The effect of their parental characteristics. **Psychiat**, v. 247, pp. 139–143, 2017.

WASSERMAN, D. **Suicide**: an unnecessary death. Martin Dunitz: Stockholm, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2003**: shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.

XIAO J.; XU, X. Coping Style Questionnaire, validity and reliability studies. **Chin Ment heal J.**, v. 10, pp. 164-168, 1996.

XIAO S.; YANG D. O efeito do apoio social na saúde mental e física. **Chin Ment curar J.**, v. 1, pp. 184-187, 1987.

ZHENG A.; WANG Z. Social and psychological factors of the suicidal tendencies of Chinese medical students. **BioPsychoSocial Medicine**, v. 8, 2014.

ZOUH, A. *et al.* Reliability and validity of 10-item Kessler scale (K10) Chinese version in evaluation of mental health status of Chinese population Chin. **J. Clin. Psychol.**, v. 16, n. 6, pp. 627-629, 2008.

CAPÍTULO 15

ESTRATÉGIAS DE ESTUDO E APRENDIZAGEM DE DISCENTES DE UM CURSO DE FONOAUDIOLOGIA QUE UTILIZA METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO

Data de aceite: 02/08/2021

Raphaela Barroso Guedes Granzotti

Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Fonoaudiologia, campus São Cristóvão São Cristóvão, SE
<http://lattes.cnpq.br/4364434157700903>

Eder Julio Martins Pereira

Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto Lagarto, SE
<http://lattes.cnpq.br/5825324065495226>

Gabriela Pimentel Figueira Cardoso

Universidade Federal de Sergipe Campus São Cristóvão São Cristóvão, SE
<http://lattes.cnpq.br/7785627544817357>

Victor Aleksandr Santana Santos

Universidade Federal de Sergipe Campus São Cristóvão São Cristóvão, SE
<http://lattes.cnpq.br/4989163031533698>

Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César

Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Fonoaudiologia, campus São Cristóvão São Cristóvão, SE
<http://lattes.cnpq.br/9399703704436536>

Priscila Feliciano de Oliveira

Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Fonoaudiologia, campus São Cristóvão São Cristóvão, SE
<http://lattes.cnpq.br/6222134056796111>

Ariane Damasceno Pellicani

Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Fonoaudiologia de Lagarto, Campus Prof. Antônio Garcia Filho Lagarto, SE
<http://lattes.cnpq.br/8384699383410282>

Rodrigo Dornelas

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Fonoaudiologia Rio de Janeiro, RJ
<http://lattes.cnpq.br/3631661849541793>

Kelly da Silva

Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Fonoaudiologia de Lagarto e Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, de Fonoaudiologia de Lagarto, Prof. Antônio Garcia Filho Lagarto, SE
<http://lattes.cnpq.br/4588333516557531>

RESUMO: Introdução: Nas últimas décadas, as instituições de ensino superior da área de saúde acentuaram as discussões referentes às novas estratégias de ensino-aprendizagem, a fim de adequar a formação profissional dos universitários às necessidades do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Comparar as estratégias de estudo e aprendizagem utilizadas por discentes de um curso de Fonoaudiologia nos diferentes ciclos. **Método:** A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quali-quantitativa, com amostra não probabilística. Participaram do estudo 105 discentes de um curso de

Fonoaudiologia que faz uso da Metodologia Ativa de ensino. Foi utilizado o questionário *Learning And Study Strategies Inventory*, sendo excluídos os participantes que entregaram os questionários sem respostas. Os resultados foram interpretados por meio de testes estatísticos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney), adotando-se relevância estatística quando $p < 0,05$. **Resultados:** Houve diferença estatisticamente significativa entre os ciclos de estudo para a subescala de ansiedade, com maiores níveis de Ansiedade para o segundo Ciclo e menores para o terceiro. **Conclusão:** Dentre as subescalas envolvidas nas estratégias de aprendizagem dos discentes, a Ansiedade mostrou-se diferente entre os Ciclos estudados demonstrando a importância de ações com foco na saúde mental dos discentes.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Ensino Superior; 2. Aprendizagem; 3. Fonoaudiologia.

LEARNING STRATEGY AND PRESENCE OF STRESS IN PHONOAUDIOLOGY STUDENTS OF A COURSE IN ACTIVE METHODOLOGIES

ABSTRACT: Introduction: In the last decades, higher education institutions in the health area have emphasized the discussions regarding the new teaching-learning strategies to adapt the professional training of university students to the needs of the Unified Health System.

Objective: To compare the study and learning strategies used by students of a speech therapy course in different cycles. **Method:** The Research Ethics Committee approved the research. This study is a cross-sectional study, of a qualitative and quantitative nature, with a non-probabilistic sample. One hundred five students participated in a speech therapy course that uses the Active Teaching Methodology. The Learning And Study Strategies Inventory questionnaire was used, and participants who delivered the questionnaires without answers were excluded. The results were interpreted using statistical tests (Kruskal-Wallis and Mann-Whitney), adopting statistical relevance when $p < 0.05$. **Results:** There was a statistically significant difference between the study cycles for the anxiety subscale, with higher levels of anxiety for the second cycle and lower levels for the third. **Conclusion:** Among the subscales involved in the students' learning strategies, anxiety was shown to be different among the studied Cycles, demonstrating the importance of actions focusing on the students' mental health.

KEYWORDS: 1. Education, Higher; 2. Learning; 3. Speech, Language and Hearing Sciences.

INTRODUÇÃO

A educação no ensino superior é constantemente vista em debate, principalmente no que se trata da formação de profissionais da saúde que atuam frente aos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. O desenvolvimento da autonomia na busca pelo conhecimento e a capacidade de “aprender a aprender” são resultantes das competências e habilidades adquiridas durante a formação acadêmica. Esta habilidade é fundamental nas práticas diárias do profissional de saúde contemporâneo, visto que a sua aprendizagem não cessa com a obtenção do diploma de graduação e é guiada pelas necessidades dos serviços de saúde e pelas demandas sociais que se modificam no decorrer do tempo. Assim, é importante que estes futuros profissionais estejam preparados para adequarem suas

práticas aos diversos contextos².

A partir do ano 2000, as instituições acadêmicas da área de saúde iniciaram à busca de novas estratégias de ensino-aprendizagem, a fim de adequar a formação profissional dos universitários às necessidades do SUS e com o intuito de ampliar a garantia de qualidade da assistência à saúde ofertada para a população. Ou seja, um profissional da saúde capaz de criar, planejar, implementar e avaliar políticas e ações de saúde que visem o bem-estar geral da população³.

Diante deste contexto, Kuenzer⁴, destacou-se que para adquirir as habilidades e competências necessárias para a prática profissional, as metodologias ativas de ensino são pertinentes por incitar o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes e, dentre estas, a chamada “Aprendizagem Baseada em Problemas” (“*Problem Based Learning – PBL*”) possui a configuração adequada, no qual seu método aplicável a partir de uma situação-problema faz com que o estudante utilize conhecimentos pré-adquiridos para refletir e, ao mesmo tempo, agregar novas informações àquelas já existentes⁵. Isto porque o PBL é um método de ensino-aprendizagem caracterizado pela discussão de problemas da vida real para instigar as habilidades de solução de problemas, com aquisição de conceitos fundamentais da área de conhecimento e possibilitar o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo⁶.

Nas metodologias ativas de ensino o discente adquire o conhecimento necessário nas disciplinas ao cumprir o desafio, de forma prática, por meio de experiências⁷, o que tornam as estratégias de estudo e aprendizagem essenciais neste processo. Entretanto, cabe ao discente adotar estratégias de aprendizagem, que são classificadas em estratégias de: repetição, de elaboração (simples ou complexa) e de organização para a assimilação do conhecimento. As estratégias de aprendizagem são divididas segundo a sua natureza em cognitivas, metacognitivas e de apoio e, quanto à sua função, em sensibilização, atenção, aquisição, personalização, aquisição e recuperação de conteúdo, transferência e avaliação.

Ciente da importância de conhecer as estratégias de aprendizagem de discentes como forma de diagnóstico, com o intuito de possibilitar intervenções para promoção de estratégias eficientes de obtenção de conhecimento, o presente trabalho visou comparar as estratégias de aprendizagem utilizadas por discentes de um curso de Fonoaudiologia em uso das metodologias ativas nos diferentes anos da graduação.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 11632919.1.0000.5546; parecer:3.377.652) e todos os participantes foram informados a respeito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de um estudo transversal, de natureza qualiquantitativa, de amostra não

probabilística, composta por discentes de um curso de Fonoaudiologia de uma universidade pública do nordeste do país que utiliza a metodologia ativa de ensino como recurso pedagógico. Esse curso é estruturado em quatro ciclos, e cada ciclo corresponde a um ano letivo. Foram incluídos na pesquisa discentes de qualquer gênero e idade, matriculados em qualquer um dos ciclos e que aceitaram voluntariamente a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada ao final de um ciclo de estudos, por meio da aplicação do questionário estruturado *Learning And Study Strategies Inventory (LASSI)*. O questionário foi desenvolvido na Universidade do Texas⁸ e, no presente estudo, foi utilizada a versão validada para estudantes brasileiros por Bartalo⁹. É um questionário autoaplicável com questões iniciais que versam a respeito da idade, gênero, formação no ensino médio, exercício de atividade remunerada concomitantemente à graduação e o recebimento de bolsa/auxílio da Universidade. Para caracterizar as estratégias de estudo e aprendizagem, o instrumento é composto por 82 questões em escala *Likert* de 1-5 pontos, em que 1 = “nada característico” (nunca acontece dessa forma) e 5 = “totalmente característico” (sempre acontece dessa forma). As posições intermediárias (2, 3 e 4) representam graus entre esses dois extremos. O instrumento contempla oito categorias de estratégias de estudo e aprendizagem: (1) Processamento da Informação, (2) Ansiedade, (3) Organização do Tempo, (4) Concentração, (5) Atitude, (6) Preocupação ao Estudar, (7) Seleção de Ideias Principais, (8) Auxiliares de Estudo e (8) Motivação. A distribuição das questões nas subescalas constam no Quadro 1.

Nº	Subescalas	Questões e sentido das respostas		Pontuação	
		Positivas	Negativas	Min	Máx
1	Processamento da informação	7, 11, 26, 28, 32, 35, 41, 56, 61, 64, 68.	0	11	55
2	Ansiedade	57 e 69	14, 16, 46, 48, 51.	7	35
3	Organização do tempo	03, 12, 22, 50, 58	2, 18, 37, 60.	9	45
4	Concentração	0	5, 27, 34, 38, 40, 45, 49, 53, 62	9	45
5	Atitude	36	4, 33, 63, 65, 42, 43, 71	8	40
6	Preocupação ao Estudar	13, 17	0	2	10
7	Seleção de Ideias Principais	01	8, 10, 21, 24, 31, 70.	7	35
8	Auxiliares de Estudo	6, 15, 19, 20, 44, 47, 59	0	7	35

9	Motivação	23, 39, 52, 54	9, 25, 29, 30, 55, 66, 67	11	55
---	-----------	----------------	---------------------------	----	----

Legenda: N°=número, Min=mínimo e Máx=máximo.

Quadro 1. Número das questões pontuadas em cada subescala do questionário LASSI, com as pontuações mínimas e máximas possíveis.

Fonte: Tabela retirada da tese de Bartalo (2016, p. 106)⁹

Os resultados foram apresentados por meio de média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Para análise inferencial foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos. Quando houve diferença estatística foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para verificação entre os ciclos, dois a dois. A amostra apresentou grau de confiabilidade de 95% e margem de erro menor que 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 105 discentes, sendo 81 (77,1%) do gênero feminino e 24 (22,9%) do masculino, com média de idade total de 21,3 ($\pm 3,9$) anos. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes por ciclo de estudo.

	N° part	Idade média \pm DP	Gênero		Formação no ensino médio		Atividade remunerada		Bolsa ou auxílio da universidade	
			M	F	Pública	Privada	Sim	Não	Sim	Não
Ciclo I	16 (15,2%)	19 $\pm 1,7$	5 (31,25%)	11 (68,75)	13 (81,25%)	3 (8,75%)	2 (12,5%)	14 (87,5%)	5 (31,25%)	11 (68,75%)
Ciclo II	36 (34,3%)	20,9 $\pm 4,2$	6 (16,7%)	30 (83,3%)	27 (75%)	9 (25%)	1 (2,8%)	35 (97,2%)	9 (25%)	27 (75%)
Ciclo III	28 (26,7)	21 $\pm 1,9$	6 (21,4%)	22 (78,6%)	17 (60,7%)	11 (39,3%)	1 (3,6%)	27 (96,4%)	14 (50%)	14 (50%)
Ciclo IV	25 (23,8%)	23,8 $\pm 4,2$	6 (24%)	19 (76%)	15 (60%)	10 (40%)	3 (12%)	22 (88%)	11 (44%)	14 (56%)
Total	105	21,3 $\pm 3,9$	24 (22,9%)	81 (77,1%)	72 (68,6%)	33 (31,4%)	7 (6,7%)	98 (93,3%)	39 (37,1%)	66 (62,9%)

Legenda: N° part: número de participantes; DP: Desvio Padrão; M: Masculino e F: Feminino.

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo por Ciclo de estudo.

Em relação ao protocolo LASSI, a Tabela 2 apresenta os principais resultados referentes ao uso de *internet* e acesso à biblioteca para execução das atividades acadêmicas.

Ciclos	Frequenta a biblioteca					Acessa a <i>internet</i>				
	N	R	AV	F	S	N	R	AV	F	S
I	0 (0%)	6 (37,5%)	6 (37,5%)	3 (18,75)	1 (6,25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (31,25%)	10 (62,5%)
II	1 (2,8%)	4 (11,1%)	19 (52,8%)	9 (25%)	3 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (13,9%)	30 (83,4%)
III	1 (3,6%)	4 (14,3%)	14 (50%)	8 (28,6%)	1 (3,6%)	0 (0%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)	3 (10,7%)	19 (67,9)
IV	0 (0%)	15 (60%)	8 (32%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	6 (24%)	16 (64%)
Total	2 (1,9%)	29 (27,65)	47 (44,8%)	22 (20,9%)	5 (4,8%)	0 (0%)	1 (0,95)	3 (2,9%)	19 (18,1%)	75 (71,4%)

Legenda: N: nunca, R:raramente, AV: às vezes, F: frequentemente, S: sempre. Obs.: o somatório das respostas não correspondem ao número total de participantes, pois 5 participantes (um do I, um do II, um do III e dois do IV Ciclo) não responderam à questão sobre acesso à internet.

Tabela 2. Uso da biblioteca e *internet* pelos discentes de um curso de Fonoaudiologia.

As estratégias de aprendizagem utilizadas pelos discentes de cada ciclo da graduação em Fonoaudiologia estão descritas na Tabela 3.

Subescalas	Média, DP, Min. e Máx.	Ciclos				Total Ciclos I a IV	Valores de referência do teste
		I	II	III	IV		
Processamento da Informação	Média±DP	33,9±5,9	33,8±5,7	34±5,9	35,5±5,6	34,3±5,7	11-55
	Min-Máx	24-45	18-43	23-48	19-44	18-48	
	p-valor	p=0,5					
Ansiedade	Média±DP	20,4±6,1	21±4,7	17,2±4,5	19±3,8	19,4±4,9	7-35
	Min-Máx	11-28	12-30	10-27	9-26	9-30	
	p-valor	p=0,02*					

Organização do Tempo	Média±DP	22,6±3,7	22,9±4,9	22,4±3,7	22,8±2,2	22,7±3,9	9-45
	Mín-Máx	16-28	13-32	14-30	18-28	13-32	
	p-valor	p=0,9					
Concentração	Média±DP	20,4±5,4	19,8±6,1	19,5±5,1	19,3±5,8	19,7±5,6	9-45
	Mín-Máx	11-33	7-32	10-36	9-31	7-36	
	p-valor	p=0,9					
Atitude	Média±DP	16±4,4	16,1±3,9	16±3,9	15,4±3	15,9±3,7	8-40
	Mín-Máx	12-30	6-24	12-30	12-22	6-30	
	p-valor	p=0,9					
Preocupação ao Estudar	Média±DP	7,9±2,2	7,7±2,0	7,8±2	7,8±2,2	7,8±2	2-10
	Mín-Máx	5-10	2-10	3-10	3-10	2-10	
	p-valor	p=0,9					
Seleção de Ideias Principais	Média±DP	20,4±3,9	20,4±4,7	19,3±4,6	17,6±4,2	19,4±4,5	7-36
	Mín-Máx	14-27	11-30	11-31	11-29	11-31	
	p-valor	p=0,07					
Auxiliar de Estudo	Média±DP	23,8±5,8	24,3±4,1	22,9±4,4	24±5,7	23,8±4,8	7-35
	Mín-Máx	14-33	13-33	12-30	12-32	12-33	
	p-valor	p=0,7					
Motivação	Média±DP	29,3±5,6	32,2±4,9	30,8±5	31±3,8	31,2±4,8	11-55
	Mín-Máx	18-37	23-43	17-41	24-40	17-43	
	p-valor	p=0,5					

Legenda: DP- Desvio Padrão; Pont. Min e Máx- pontuações mínimas e máximas possíveis em cada subcomponente estudado. *representa valores estatisticamente significativos ($p \leq 0,05$ Teste *Kruskal-Wallis*).

Tabela 3. Resultado das subescalas do questionário LASSI por Ciclo de estudo.

Foi evidenciada uma diferença significativa entre os ciclos de estudo para a subescala de ansiedade. A Figura 1 apresenta os resultados de médias e desvios-padrão desta subescala.

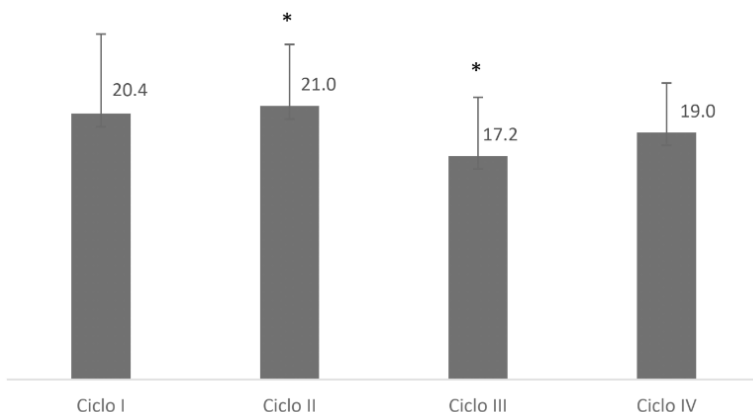


Figura 1. Diferenças entre os ciclos na subescala de ansiedade. Legenda: * representa valores com diferença estatisticamente significativa ($p > 0,01$ ao se comparar os resultados do Ciclo II e III por meio do teste de Mann-Whitney).

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa a maioria dos participantes é do gênero feminino, sendo que tal dado corrobora com estudos do Censo da Educação Superior. O Censo em 2017 identificou a predominância de mulheres no ensino superior, caracterizado por 55% dos estudantes ingressantes, 57% dos matriculados e 61% dos concluintes dos cursos de graduação¹⁰. Em relação ao curso de Fonoaudiologia, alvo do presente estudo, em 2010, 92,4% dos estudantes de Fonoaudiologia que realizaram a prova do ENADE eram do gênero feminino¹¹.

De acordo com a V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos graduandos das IFES¹², 64,7% dos discentes é oriunda da rede pública de educação e 35,3% de escolas particulares. Estes resultados nacionais são similares ao encontrado nesta pesquisa e reflete políticas públicas criadas nas últimas décadas que aumentaram a democratização do acesso ao ensino superior, como a criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e as políticas decotas. Além disto, a Lei de Cotas regulamentada pelo Decreto n. 7.824, de 11 de outubro de 2012, ampliou as oportunidades das pessoas no acesso ao ensino médio técnico e no ensino superior. Esta lei auxiliou na democratização do acesso ao buscar diminuir os efeitos das desigualdades sociais e étnico-raciais e buscou contribuir para a promoção da inclusão social por meio da educação^{13,14}.

Mesmo com o aumento do acesso ao ensino superior, é preciso discutir a manutenção dos discentes na universidade. Muitos estudantes passam por dificuldades financeiras, principalmente os que estudam em cursos de período integral. Nesta pesquisa apenas 37% dos entrevistados recebiam algum tipo de bolsa ou auxílio da Universidade. Cabe ressaltar

que o curso de Fonoaudiologia é ofertado em período integral, impossibilitando que a maioria dos discentes exerçam atividades remuneradas. Outras pesquisas com objetivo de verificar a influência do número de bolsas e auxílios na manutenção destes estudantes e no seu desempenho acadêmico precisam ser conduzidas, porém é importante salientar que no ano de 2017, as bolsas e auxílios ofertados pela Universidade em questão para os estudantes com vulnerabilidade social, por meio da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis – PROEST, aumentaram para 5.956¹⁵.

A universidade deve ser vista como um espaço de ensino, aprendizagem, produção e trocas de conhecimento que vai além da realização de tarefas com objetivo de avaliação. Com isso, espera-se que o estudante tenha uma visão crítica com um maior foco na veracidade de suas fontes perante as informações no contexto que está inserido, ampliando assim, sua capacidade de síntese e análise para ser capaz de produzir novos conhecimentos a partir das fontes consultadas, a fim de contribuir para ampliação ou enriquecimento do conhecimento¹⁶.

Neste cenário de aprendizagem, a biblioteca exerce um importante papel e sua utilização está presente na formação do discente, uma vez que contribui para aquisição de novos conhecimentos ao possibilitar a sua inserção no universo de pesquisa¹⁷. É um espaço de interação entre discentes e os diversos profissionais inseridos na Universidade, como técnicos, professores e bibliotecários. Entretanto, o comportamento e o perfil dos usuários de bibliotecas vêm se modificando nos últimos anos¹⁸, um fator dessas mudanças são as bases de dados da *web* que têm facilitado o rápido acesso, com flexibilidade de local e horário.

Por isso, nos últimos anos houve redução do uso frequente da biblioteca entre os discentes, sendo que foi relatado pelos participantes da presente pesquisa maior uso da *internet* nos estudos individuais, com menor acesso à biblioteca. Tais dados corroboram com a literatura vigente¹⁹ no que se refere ao uso biblioteca em segundo plano nos estudos dos discentes. Muitos estudantes encontram na *internet* o auxílio para todas as atividades universitárias, uma vez que podem acessar materiais como livros em arquivos *.pdf*, artigos científicos, vídeo-aulas, resumos e dicas de estudo. A *internet* certamente é uma das tecnologias mais poderosas criadas pelo ser humano²⁰.

No estudo das subescalas de aprendizagem avaliadas pelo questionário LASSI, os escores médios entre os ciclos foram semelhantes para todas as subescalas, com exceção à ansiedade. Nesta subescala, estudantes com altos escores demonstram alto grau de ansiedade e necessitam desenvolver técnicas para seu controle e redução da preocupação⁹. Observou-se que o maior escore médio foi obtido pelos discentes do Ciclo II e os menores pelos do Ciclo III, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Estes resultados podem ser explicados pelo fato do Ciclo II ser o primeiro ano de estudos específicos da área da Fonoaudiologia²¹ em contrapartida o primeiro Ciclo é comum a todos os Cursos da Saúde e os grupos são configurados de forma interprofissional. Desta forma,

acredita-se que Ciclo II propicie maior nível de ansiedade devido às novidades inerentes à profissão. Esta hipótese se confirma com a diminuição da ansiedade nos estudantes do Ciclo III.

Estudos prévios^{22,23} realizados com discentes do mesmo curso, em períodos distintos, demonstraram um elevado número de estudantes com estresse na comparação do desempenho de estudantes do penúltimo e último ciclos do curso de Fonoaudiologia. Foi relatado elevado número de discentes com estresse, alterações nos testes de memória de trabalho, de repetição de dígitos (na ordem direta e indireta), além de uma relação forte e positiva dos discentes com estresse e com necessidade de intervenções devido ao uso de substâncias psicoativas.

A categoria de processamento da informação inclui comportamentos como a utilização de elaboração mental e verbal e monitorização da compreensão e raciocínio. Baixos escores nesta categoria caracterizam que há uma necessidade de aprendizagem de métodos para auxiliar o estudante a tornar o ensino mais significativo e organizado⁹. Para realização dos processamentos de informações a Memória de Trabalho (MT) é recrutada, com importante ação do executivo central²⁴ e estudo anterior²² observou diferenças no desempenho da MT nos discentes do curso do terceiro e quarto Ciclo do curso de Fonoaudiologia em questão.

A organização do tempo propõe-se investigar a organização do tempo para as tarefas acadêmicas. As respostas encontradas foram de média pontuação e similares entre os ciclos de estudo, sendo que os baixos escores nesta categoria são caracterizados como uma dificuldade que pode ser trabalhada por meio de programa com técnicas de monitoração do tempo, proporcionando que o discente utilize seu tempo de estudo de forma adequada⁹. A organização do tempo interfere na qualidade de vida dos discentes e para Hinz²⁵ o uso adequado do tempo propicia o bem-estar psicológico. Para o autor, anteriores ao uso do tempo, estão as condições contextuais como organização exterior e experiências anteriores.

A subescala concentração, refere-se à habilidade dos estudantes para dirigir e manter a atenção nas tarefas acadêmicas. Nesta categoria foram obtidos valores médios bastante parecidos entre os grupos estudados. Resultados baixos indicam possíveis necessidades de aprender a monitorar o nível de concentração e a desenvolver técnicas para redirecionar a atenção⁹.

Em relação à atitude, esta subescala refere-se aos valores que os estudantes atribuem à sua universidade/escola e à busca pelo seu bom desempenho acadêmico, e está relacionado à admissão em futuros empregos e ao sucesso profissional. Escores baixos nessa subescala refletem não acreditar que o seu desempenho acadêmico pode relacionar-se às metas profissionais⁹. Também nesta subunidade a pontuação média foi semelhante entre os ciclos estudados.

A preocupação ao estudar avalia as habilidades utilizadas para revisar os materiais

estudados e compreender o assunto. Pontuações altas nesta subunidade indicam que os discentes adotam melhores estratégias. No presente estudo os participantes obtiveram pontuação média.

No item seleção de ideias principais tem-se a avaliação da habilidade dos estudantes em identificar os pontos centrais no material consultado. A seleção de uma ideia pode envolver desde uma escolha individual ou algo sistematizado²⁶. Pontuações baixas nesta subunidade indicam a necessidade de que os discentes sejam auxiliados nas atividades que requerem a identificação de das informações mais relevantes⁹. Nas metodologias ativas com uso do PBL como recurso, após a leitura da situação problema há passos para elencar as questões principais e, após a discussão em grupo, há a elaboração de um resumo com os pontos chaves da discussão e só depois são elencados os objetivos de estudo²⁷. Embora não tenham sido evidenciadas diferenças estatísticas entre os Ciclos de estudo, é importante salientar que os discentes do quarto ciclo obtiveram as piores pontuações e neste ciclo não há ensino ofertado por meio do PBL, visto que é um ano de estágio clínico.

Em relação ao item auxiliar de estudo, o qual reflete as estratégias utilizadas pelos discentes para recordar os assuntos estudados, são utilizadas técnicas de apoio ou materiais com este fim, como por exemplo, grifar partes do texto. Baixos escores indicam a necessidade de utilizar mais frequentemente este recurso. Os estudantes tiveram média geral de 23,8 pontos, sem diferença entre os Ciclos estudados.

Por fim, o item motivação avalia a autodisciplina para manter o foco nos estudos e aceitação das demandas acadêmicas. Baixos escores indicam a necessidade da criação de metas para alcançar os objetivos desejados dentro dos assuntos abordados⁹. A média geral foi de 31,2 pontos sem diferença entre os Ciclos, mas com piores escores no Ciclo I, possivelmente pela falta de contato com os temas específicos do curso de Fonoaudiologia.

Conforme já descrito²⁸ a investigação do estilo de vida de estudantes universitários é importante para verificar a necessidade de implementação de políticas de saúde coletiva nos *campi* universitários. Desta forma, mapear as principais dificuldades e potencialidades no uso das diferentes estratégias de ensino pode auxiliar na melhoria da qualidade de ensino para os discentes de Fonoaudiologia. Trabalhos com ênfase na prevenção de estresse excessivo e ansiedade, bem como de estratégias que aumentem a motivação dos discentes podem contribuir não apenas para a melhoria no desempenho acadêmico, mas também da qualidade de vida dos discentes. Os próximos passos sugeridos por este trabalho seriam a comparação do uso destas estratégias após ciclos de palestras que envolvam o tema e criação de grupos de intervenção com foco no auxílio de boas estratégias de Ensino-Aprendizagem.

CONCLUSÃO

Pela comparação das estratégias de estudo e aprendizagem utilizadas por discentes

de um curso de Fonoaudiologia em metodologias ativas pode-se concluir que, dentre as subescalas envolvidas nas estratégias de estudo e aprendizagem, a ansiedade mostrou-se diferente entre os Ciclos estudados, com maiores níveis nos ciclos intermediários de estudo, o que demonstra a importância de ações com foco na saúde mental de discentes do Ensino Superior em Fonoaudiologia.

REFERÊNCIAS

1. Xavier AS, Lilian K. Educação Superior no Brasil e a formação dos profissionais de Saúde com ênfase no envelhecimento. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(39): 973-84.
2. Colares KTP, Oliveira W. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. *Revista SUSTINERE*. 2018; 6(2):300-20.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
4. Kuenzer AZ. A Educação Profissional nos anos 2000: A Dimensão Subordinada das Políticas de Inclusão. *Educ. Soc.* 2006; 27(96): 877-910.
5. Figueira EJJ, Cazzo E, Tuma P, Filho CRS, Conterno LO. Apreensão de tópicos em ética médica no ensino-aprendizagem de pequenos grupos. Comparando a aprendizagem baseada em problemas com o modelo tradicional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50(2): 133-41.
6. Araújo UF, Sastre G. Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior. São Paulo: Summus, 2009.
7. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina, Ciênc. Soc. Hum.* 2011; 32 (11): 25-40.
8. Weinstein CE, Zimmermann SA, Palmer DR. Assessing learning strategies: the design and development of the Lassi. In: Weinstein CE, Goetz ET, Alexander PA. (Eds.). *Learning and study strategies: issues in assessment, instruction, and evaluation*. New York: Academic Press, 1988.
9. Bartalo L. Mensuração de estratégias de estudo e aprendizagem de alunos universitários: Learning and Study Strategies Inventory (LASSI) adaptação e validação para o Brasil [Tese de doutorado]. Marília (SP):UNESP; 2006. Disponível em https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/102215/bartalo_l_dr_mar.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 abr. 2021.
10. Brasil. INEP. Mulheres são maioria na educação profissional e nos cursos de graduação. Disponível em: [http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/mulheres-sao-maioria-na-educacao-profissional-e-nos-cursos-de-graduacao/21206]. Acesso em: Nov de 2019.
11. Santos ACM, Luccia G. Perfil dos estudantes de Fonoaudiologia segundo o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes. *Distúrbios Comun.* 2015; 27 (3): 589-99.

12. V Pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de Ensino Superior Brasileiras. 2018. Disponível em: [<http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-do-Perfil-Socioecon%C3%B4mico-dos-Estudantes-de-Gradua%C3%A7%C3%A3o-das-Universidades-Federais-1.pdf>]. Acessado em: novembro de 2019.
13. Brasil. Planalto Central. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm> Acessado em: 4 de Dez de 2019.
14. BRASIL, REUNI. O que é REUNI. Disponível em:<reuni.mec.gov.br/o-que-e-o-reuni>, 2010. Acesso em: dezembro de 2019.
15. Universidade Federal de Sergipe. UFS. Estudantes contam com 1078 bolsas e auxílios. Disponível em: <<http://www.ufs.br/conteudo/58709-estudantes-contam-com-1-078-novas-bolsas-e-auxilios-em-2017>> Acesso em: novembro de 2019.
16. Oliveira AJB. O papel da biblioteca universitária como espaço de afiliação estudantil e o bibliotecário como educador e agente inclusivo. *Inf. & Soc.:Est.* 2017; 27 (2): 35-47.
17. Hubner MLF, Kuhn ACA. Bibliotecas universitárias como espaços de aprendizagem. *Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação.* 2017; 31 (1): 51-72.
18. Silvia PM. O comportamento dos usuários de bibliotecas em sistemas de informação. *Transinformação.* 2008; 20 (3): 255-63.
19. SERRA, L.G. Bibliotecas do futuro e o foco no usuário. *CRB-8 Digital, São Paulo*, v. 6, n. 1, p. 11-19, ago. 2013.
20. Oliveira, F. & Pasqualini, K. C. Os dependentes de internet no Brasil: realidade ou mito entre os universitários. *Mimesis*, 2014. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/3356503Os-dependentes-de-internet-no-brasil-realidade-ou-mito-entreos-universitarios.html>> Acesso em: 3 de Dez de 2019.
21. Dornelas R, Barreto ACO, Guedes-Granzotti RB, Domenis DR, César CPHAR, Alencar RI, Silva K. Metodologias Ativas: Uma experiência na Fonoaudiologia. *Distúrbios Comun.* 2014; 26(4): 815-21.
22. Oliveira AS. Influência do ciclo de estudo no estresse, memória de trabalho e qualidade de vida de discentes de um curso de Fonoaudiologia [trabalho conclusão de curso].Lagarto (SE):Universidade Federal de Sergipe; 2018.
23. Santos ACR. Relação entre o estresse e o uso de substancias psicoativas em universitários [trabalho de conclusão de curso]. Lagarto (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2019.
24. Faria ELB, Mourao Junior, C. A. Os recursos da memória de trabalho e suas influências na compreensão da leitura. *Psicol. cienc. prof.* 2013; 33 (2): 288-303.
25. Hinz A. *Psychologie der zeit: Umgangmitzeit, zeiterleben und wolbenfinden.* Berlin: Waxmann, 2000.
26. Koen PA, Bertels HMJ, Kleinschmidt EJ. Managing the Front End of Innovation-Part II: Results from a Three-Year Study: Effective Front-End activities were found to be significantly different for incremental and radical projects. *Research-Technology Management.* 2014; 57 (3): 25-35.

27. Guedes-Granzotti RB, Silva K, Dornelas R, César CPHAR, Pellicani AD, Domenis DR. Situação-problema como disparador do processo de ensino-aprendizagem em metodologias ativas de ensino. Rev. CEFAC. 2015; 17 (6): 2081-7.

28. Brito BJQ, Gordia AP, Quadros TMB. Estilo de vida de estudantes universitários: estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. Medicina (Ribeirão Preto). 2016; 49 (4): 293-302.

FITOTERAPIA RACIONAL, INTERLOCUÇÃO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO: UMA EXPERIÊNCIA NO ENSINO DE GRADUAÇÃO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Angela Erna Rossato

Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC). Curso de Farmácia
Criciúma, SC
<http://lattes.cnpq.br/8165042346438880>

Luana Pereira da Rosa

Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC). Programa de residência
Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde
de Família
<http://lattes.cnpq.br/9901792350255232>

Beatriz Rohden Carvalho

Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC). Egressa Curso de Farmácia
Criciúma, SC
<http://lattes.cnpq.br/2484956427458370>

Vanilde Citadini-Zanette

Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC). Curso de Farmácia e Programa
de Pós Graduação em Ciências Ambientais
PPGCA/UNESC
<http://lattes.cnpq.br/7902320694662185>

Juliana Lora

Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC). Curso de Farmácia
Criciúma, SC
<http://lattes.cnpq.br/0695780679200605>

Curso de Farmácia da UNESC no segundo semestre de 2016, objetivou conhecimento e a compreensão das interfaces e diferenças entre as Fitoterapias Popular, Tradicional, Científica e Pirata evitando condutas inadequadas e o uso irracional de plantas medicinais (PM), por meio da interlocução do ensino, pesquisa e extensão. Inicialmente ocorreu pesquisa exploratória transversal de análise visual e documental das embalagens secundárias de produtos de origem vegetal na forma de cápsulas e comprimidos e posteriormente a validação das plantas medicinais segundo legislação vigente. De acordo com os critérios pré-estabelecidos foram identificados 27 produtos provenientes de 14 empresas com CNPJ ativo na Receita Federal, no entanto 33% delas, não estão aptas a fabricar produtos de origem vegetal e 41% dos produtos estão irregulares. Na composição dos produtos foram identificadas 21 plantas medicinais, sendo que sete espécies não são validadas pela ANVISA e das 67 indicações terapêuticas propostas pelos fabricantes nas embalagens e/ou bulas dos produtos apenas 30% são validadas. Também foi elaborado banner com informações clínicas de plantas medicinais que servem de apoio para atividades de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde, empresas da região, etc. As atividades de extensão aconteceram por meio da notificação dos produtos irregulares, devolutiva e orientação aos estabelecimentos, orientações à população e elaboração de boletins informativos sobre PM. Durante o semestre a capacidade de pesquisar, redigir e sistematizar as informações para que elas tenham qualidade e possam ser compartilhadas foi um aspecto desafiador

RESUMO: As atividades propostas na disciplina de Fitoterapia e Fitoterápicos do

para os estudantes, bem como notificar os produtos irregulares junto ao NOTIVISA. A atividade realizada propiciou a relação teórico-prático, o desenvolvimento de habilidades e competências, bem como o espírito crítico e autonomia do estudante no processo de aprendizagem, tornando a disciplina mais instigante e dinâmica pela sua aplicabilidade no cotidiano profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas Medicinais, Fitoterápicos, Farmácia.

RATIONAL PHYTOTHERAPY, INTERLOCUTION TEACHING, RESEARCH AND EXTENSION: AN UNDERGRADUATE TEACHING EXPERIENCE

ABSTRACT: The activities proposed in the discipline of Phytotherapy and Phytotherapics of UNESCO's Pharmacy Course in the second semester of 2016, had as its primary purpose, understanding the interfaces and differences between Popular, Traditional, Scientific, and Pirate Phytotherapy, avoiding inappropriate conduct and the irrational use of medicinal plants (MP), through the interlocution of teaching, research, and extension. Initially there was a cross-sectional exploratory research of visual and documentary analysis of the secondary packing of plant-based products in the form of capsules and tablets and, later, the validation of medicinal plants according to the current legislation. According to the pre-established criteria, 27 products were identified from 14 companies with active CNPJ in the Receita Federal, however 33% of them were not allowed to manufacture plant-based products and 41% of the products were irregular. In the products' composition, 21 medicinal plants were identified, of which seven species were not validated by ANVISA and, out of the 67 therapeutic indications claimed by the manufacturers on the packaging and/or package inserts, only 30% were validated. A banner was also created with clinical information on medicinal plants that supports health education activities in Unidades Básicas e Saúde, companies in the region, etc. The extension activities happened by the means of notification of irregular products, providing feedback and orientation to the companies, guidance to the population and the preparation of a newsletters about MP. During the semester, the ability to research, write and systematize quality information so that it and can be shared was a challenging aspect to the students, as well as notifying irregular products to NOTIVISA. The activity carried out provided the theoretical-practical relationship, the development of skills and competences, as well as the critical spirit and autonomy of the student in the learning process, making the discipline more instigating and dynamic due to its applicability in a professional daily life.

KEYWORDS: Medicinal Plants, Phytotherapy, Pharmacy.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) através de suas normativas e recomendações reconhece o valor potencial da Fitoterapia para a expansão dos serviços de saúde, práticas clínicas e de autocuidado, encorajando seu uso nos programas de saúde pública (ANVISA, 2021; BRASIL; MS, 2012; ROHDE *et al.*, 2008), porém, isto requer elevá-la às bases científicas. Assim se a intenção é usar plantas medicinais como fitoterápicos devem atender a legislação vigente e ser previamente validadas, isto é, ter sua ação comprovada e sua toxicidade potencial avaliada na espécie humana, como qualquer

outro medicamento, promovendo assim seu uso racional, além dos aspectos de qualidade (ANVISA, 2014b; BRASIL; MS, 2006, 2009, 2012, 2015).

Etimologicamente a fitoterapia, “terapêutica com plantas”, se define como a ciência que estuda a utilização dos produtos de origem vegetal com finalidade terapêutica, seja para prevenir, para atenuar ou para curar um estado patológico e, neste contexto, faz uso tanto de plantas medicinais, extratos vegetais como dos fitoterápicos. Não preconiza na prática clínica fitoterápica o uso de substâncias quimicamente definidas, isoladas, purificadas e de estrutura molecular determinada mesmo que de origem vegetal (BRASIL; MS, 2012; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003).

Considera-se planta medicinal a espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (ANVISA, 2014b) e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), além do uso medicinal pela população e/ou como matéria prima para extratos vegetais estas são de extrema importância para a pesquisa farmacológica e o desenvolvimento de fármacos, não apenas quando os constituintes das plantas são usados diretamente como fitofármacos, mas também como precursores de fármacos semissintéticos e sintéticos (WHO, 1998).

Já o fitoterápico é o produto tecnicamente elaborado e obtido através da planta medicinal ou derivados da mesma (extratos vegetais), com exceção de substâncias isoladas, que tenha por finalidade a profilaxia, cura ou alívio de patologias, garantindo ao consumidor eficácia, qualidade e segurança (ANVISA, 2014b). Portanto a planta medicinal não é um fitoterápico, o fitoterápico é o medicamento vegetal, que, como tal, está submetido aos preceitos éticos e legais definidos pela legislação vigente (ANVISA, 2014b; VALDIR CECHINEL FILHO, 2020).

Embora às plantas medicinais e seus derivados tenham margens terapêuticas mais amplas e menos efeitos colaterais que os fármacos sintéticos (FINTELMANN; WEISS, 2010), não significa dizer que natural é sinônimo de inócuo, e que os mesmos estão isentos de possíveis efeitos adversos, interações e contraindicações (BARATA, 2008; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003). Do ponto de vista toxicológico deve-se considerar que uma planta medicinal ou um fitoterápico não tem somente efeitos imediatos e facilmente correlacionados com a sua ingestão, mas também, os efeitos que se instalam em longo prazo e de forma assintomática, como os carcinogênicos, hepatotóxicos e nefrotóxicos, além do potencial de interação com os medicamentos sintéticos (BARATA, 2008; JUNIOR; PINTO; MACIEL, 2005; SIMÕES *et al.*, 2007; VALDIR CECHINEL FILHO, 2020).

Apesar de contar com diversos profissionais da área da saúde, respeitando as deliberações dos seus conselhos de classe, aptos a prescrição de fitoterápicos e/ou plantas medicinais no Brasil (CECHINEL-FILHO; ZANCHETT, 2020) a formação dos profissionais sobre a fitoterapia durante a graduação é incipiente. No entanto é de fundamental importância que os profissionais da área da saúde conheçam minimamente aspectos teóricos, conceituais e legais da fitoterapia objetivando o uso racional (FRANCO

et al., 2020; MAIA *et al.*, 2016; MENGUE *et al.*, 2019; PAIXÃO; SILVA; GONÇALVES, 2020).

O profissional farmacêutico tem papel crucial na promoção do uso racional, na garantia da qualidade e na manipulação das plantas medicinais e fitoterápicos, pois é ele o profissional legalmente habilitado para responder tecnicamente pelos serviços relacionados à Fitoterapia em toda a cadeia produtiva, que vai deste a produção, dispensação e orientação de usuários e demais profissionais da área da saúde, no âmbito público e privado (CFF, 2008), além de estar habilitado para indicação e prescrição farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição médica (CFF, 2013).

Diante deste contexto a disciplina de Fitoterapia e Fitoterápicos, que está alocada na sétima fase da Matriz 5 do curso de Farmácia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) objetiva possibilitar que os futuros farmacêuticos desenvolvam e adquiram habilidades e conhecimentos para manipular, desenvolver e dispensar produtos fitoterápicos com segurança e qualidade, bem como atuar como profissional referência para os demais e orientar e conscientizar a população em geral sobre o uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos.

1.1 A disciplina de fitoterapia e fitoterápicos do curso de farmácia da UNESC

O conteúdo programático da disciplina engloba desde o histórico e contexto atual da Fitoterapia, manejo e manipulação de plantas medicinais, conhecimentos que vão desde a planta medicinal até o medicamento fitoterápico, bem como aspectos legais, éticos e clínicos acerca do uso e comercialização de plantas medicinais e extratos vegetais.

Um ponto crucial na disciplina é desmistificar que “o que é natural não faz mal” e deixar claro a diferença entre a Fitoterapia Popular, Tradicional, Científica e a Fitoterapia Pirata, bem como seus entrelaçamentos e o escopo de atuação dos profissionais da área da saúde, em especial o farmacêutico. Todos os aspectos da Fitoterapia são relevantes, mas cada uma delas no seu contexto e os profissionais da área da saúde precisam conhecer e identificar esta linha tênue que separa uma da outra, em especial a Fitoterapia Pirata, que no cotidiano profissional e da comunidade de modo geral se mesclam.

Outro aspecto importante da disciplina é deixar claro quais são as fontes de informação que validam as plantas medicinais como fitoterápico segundo os critérios da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pois as espécies validadas são passíveis de prescrição, manipulação, produção, comercialização e integração de forma oficial aos serviços de saúde. Pois uma planta não validada não há garantias de eficácia/efetividade, segurança, além da qualidade. Lembrando que a validação da planta se dá por farmacógeno e por indicação terapêutica.

Todas estas informações e diretrizes abordadas na disciplina sobre segurança e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos entram em conflito com o cenário atual, onde inúmeros produtos “*ditos naturais*” sem registro no mercado propagam curas milagrosas, profissionais e estabelecimentos comerciais prescrevendo e/ou comercializados plantas

medicinais sem nenhuma comprovação científica e/ou comprovação de uso tradicional e/ou de segurança, ou sem habilitação para tal. Revistas, blogs, sites, livros dentre outros meios de comunicação que estimulam o uso desenfreado de plantas medicinais e são estas informações que chegam facilmente à população e também aos estudantes e profissionais da área da saúde, que muitas vezes, pecam pelo desconhecimento dos aspectos legais que envolvem o tema.

A disciplina de Fitoterapia e Fitoterápicos do curso de Farmácia da UNESC contempla a temática descrita, no entanto, o resultado do processo ensino-aprendizagem merecia ser potencializado. Pois ao final da disciplina muitos acadêmicos apresentavam dificuldades em desconstruir o modelo vigente e quebrar velhos paradigmas relacionados ao comércio e às informações divulgadas sobre plantas medicinais e produtos de origem vegetal, na sua maioria, como uma panaceia isenta de riscos e de contraindicações.

Assim, a partir da percepção das turmas foi proposta uma sequência de atividades objetivando o conhecimento e a compreensão das interfaces e diferenças entre as Fitoterapias Popular, Tradicional, Científica e Pirata com intuito de evitar condutas inadequadas e o uso irracional de plantas medicinais (PM) e fitoterápicos, bem como aprofundar conhecimentos sobre aspectos clínicos das PM, fontes de informações e identificar/notificar produtos de origem vegetal irregulares.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Objetivando a construção, apropriação e consolidação do conhecimento foram e são realizadas atividades que promovem interlocução entre ensino, pesquisa e extensão que tiveram início de forma sistematizada no segundo semestre de 2016. Estas são aperfeiçoadas constantemente e atualmente adaptadas em função do pandemia do COVID-19. O recorte temporal apresentado neste capítulo é do segundo semestre de 2016.

Inicialmente ocorreu, pesquisa de caráter exploratório transversal de análise visual e documental das embalagens secundárias de produtos de origem vegetal na forma de cápsulas e comprimidos, comercializadas em farmácias, lojas de produtos naturais e/ou diversos canais de distribuição. A aquisição dos produtos ocorreu mediante critério de conveniência dos acadêmicos que residiam no sul do estado de Santa Catarina e norte do estado do Rio Grande do Sul.

A análise da embalagem objetivou avaliar dois aspectos fundamentais: a) Identificação do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ativo na Receita Federal da empresa produtora e registro ativo da empresa e do produto no site da ANVISA; b) Classificação do produto com base na RDC nº26, de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.

Posteriormente foi avaliado a indicação/validação das plantas medicinais citadas no

conteúdo da embalagem de acordo com a indicação terapêutica proposta pela fabricante. A análise da validação da indicação terapêutica foi realizada com base nas diretrizes da RDC nº 26/2014 (ANVISA, 2014b). A ANVISA determina de forma rápida e prática como válidas as espécies contidas na IN nº 2, de 13 de maio de 2014 (ANVISA, 2014a), monografias da *European Medicines Agency* (EMA) na sua versão final (EMA; HMPC, 2020), Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira e suas atualizações (ANVISA, 2021), Memento de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira publicado no ano de 2016 (BRASIL, 2016) e registros de fitoterápicos na ANVISA (ANVISA, 2020) que são fontes de informação que validam o uso medicinal da espécie vegetal. Demais informações, se necessário, foram acessadas sempre respeitando os critérios preconizados pela ANVISA.

As duas primeiras atividades foram realizadas individualmente e a última em grupo de três e no máximo quatro integrantes. Toda a sistemática de busca foi acompanhada *in loco* pelo professor e após as primeiras aulas, (oito horas/aula) realizadas em laboratório de informática, os acadêmicos continuaram a pesquisa extra e intra-sala a medida do andamento do semestre e dos conteúdos teóricos que se entrelaçaram aos achados dos estudantes. Em um segundo momento, ocorreu retorno ao laboratório de informática (quatro horas/aula) com intuito de sistematizar, esclarecer dúvidas e uma análise crítica da pesquisa com todos os integrantes da turma.

Para isso, os trabalhos em andamento foram apresentados/socializados (quatro horas/aula) e os questionamentos foram realizados com base na sistemática de pesquisa e dos resultados. Após esta etapa os trabalhos foram compartilhados via Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), corrigidos e após devolutiva aos estudantes foi solicitado a confecção de banner e/ou Boletim Técnico Informativo sobre algumas plantas medicinais estudadas, objetivando compartilhar as informações com a comunidade acadêmica e a comunidade em geral.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os critérios pré-estabelecidos foram identificados durante a primeira etapa 27 produtos de origem vegetal, provenientes de 14 empresas com CNPJ ativo na Receita Federal, no entanto 33% delas, não estavam aptas a fabricar produtos de origem vegetal, novos alimentos e/ou fitoterápicos e 41% dos produtos estavam irregulares. Na composição dos produtos foram identificadas 21 plantas medicinais, sendo que sete espécies não estavam validadas pela ANVISA como fitoterápico e das 67 indicações terapêuticas propostas pelos fabricantes nas embalagens e/ou “bulas” dos produtos apenas 30% estavam validadas pela ANVISA. Os produtos irregulares foram notificados no NOTIVISA.

Nesta etapa foi possível abordar às premissas legais para realização de atividade econômica em nosso país, bem como aspectos de qualificação e habilitação de

fornecedores, identificação de produtos e empresas irregulares, e enfatizar que produtos comercializados em território nacional devem apresentar alguns elementos essenciais na embalagem primária, como o CNPJ, pois é através dele que consumidor e o comerciante tem a garantia que a empresa é registrada e habilitada para aquele fim que se destina, identificando a procedência e idoneidade da empresa (BRASIL; ANVISA, 2009; BRASIL; RECEITA FEDERAL, 2014).

Ainda no caso de medicamentos e produtos para a saúde, além da regularidade do CNPJ das empresas, é necessário que tenham habilitação na ANVISA, para assim registrar seus produtos. De acordo com a RDC nº 71/2009, é obrigatória a presença da sigla “MS” na embalagem do medicamento juntamente com o número de registro no Ministério da Saúde com os treze dígitos iniciando com o “número 1” (ANVISA, 2009, 2010; VIEIRA; REDIGUIERI; REDIGUIERI, 2013).

Essa exigência é devido que indicações terapêuticas medicinais só podem ser vinculadas a medicamentos devidamente fabricados por empresas habilitadas, sob supervisão e responsabilidade técnica do farmacêutico inclusive os produtos de origem vegetal (ANVISA, 2014c; BRASIL, 1973; VIEIRA; REDIGUIERI; REDIGUIERI, 2013).

Outro aspecto importante da atividade foi a notificação dos produtos irregulares no site da ANVISA com foco nos aspectos técnicos do produto. Nesta etapa foi enfatizado e trabalhado em sala de aula a importância do profissional farmacêutico na consolidação das atividades de Farmacovigilância e Tecnovigilância para a promoção do uso racional dos medicamentos objetivando a segurança e o bem-estar da população.

Adicionalmente foi realizada atividade de pesquisa bibliográfica, com base nos critérios da RDC 26/2014, com a sistematização das informações clínicas de nove plantas medicinais das 21 encontradas nas embalagens dos produtos. Com a realização e acompanhamento da atividade em sala de aula foi possível verificar as dificuldades dos acadêmicos, que vão desde a compreensão do conteúdo, acesso a base de dados, literaturas, idiomas, informática, interpretação, síntese e análise, dentre outros, sendo possível intervir, orientá-los e consolidar o conhecimento, desta forma realizando acompanhamento e avaliação processual.

Os alunos se sentiram motivados e desafiados a superar suas dificuldades e limitações, pois o resultado seria compartilhamento com a comunidade, além do conhecimento e habilidades profissionais. A atividade de pesquisa sobre as PM resultou na confecção de nove Banners de excelente qualidade que foram apresentados e socializados com a turma e a comunidade acadêmica aos moldes de um evento científico. Egressos do curso de farmácia que atuam na área da fitoterapia foram convidados a avaliar os trabalhos e assumiram o papel de avaliadores externos. A exposição ficou disponível durante um mês no Hall do Bloco S da universidade.

Os Banners foram impressos na forma de Boletins Técnico-informativos que foram e são utilizados frequentemente pelo curso de farmácia, residência multiprofissional em

saúde e também profissionais que solicitam empréstimo para Atividade de Educação em Saúde nos diferentes cenários de práticas, dentre eles empresas, praças, escolas, Unidades Básicas de Saúde.

As atividades de extensão aconteceram por meio da notificação dos produtos irregulares junto ao NOTIVISA, devolutiva e orientação aos estabelecimentos comerciais onde os produtos foram adquiridos, quando possível, orientações à população e exposição e replicação dos boletins informativos sobre PM para a comunidade nas atividades de educação em saúde. No decorrer das atividades em sala de aula os aspectos teóricos/conceituais, técnicos, legais e éticos foram abordados e contextualizados com os achados dos estudantes.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da disciplina e mediante avaliação das atividades junto aos acadêmicos constatou-se que a atividade realizada propiciou a relação teórico-prático, o desenvolvimento de habilidades e competências, bem como o espírito crítico e autonomia do estudante no processo de aprendizagem, tornando a disciplina mais instigante e dinâmica pela sua aplicabilidade prática em cenário real e no cotidiano profissional.

Pois a Fitoterapia para prática clínica e para fins de comercialização requer quebra de paradigmas e requer conhecimento profissional dos aspectos técnicos, legais e éticos que são norteadores para o uso seguro e efetivo de plantas medicinais e fitoterápicos nos sistemas e estabelecimentos oficiais de saúde. O valor das plantas medicinais no autocuidado, nos serviços de saúde, na busca de novos fármacos e no atual arsenal terapêutico é inegável e inestimável, mas também é inegável as más condutas profissionais e comerciais que envolvem esta terapia bem como a confusão entre o saber popular, tradicional, científico e a fitoterapia pirata e sua aplicabilidade no contexto profissional.

Assim com o intuito de formar profissionais críticos que tenham competências e habilidades necessárias para o exercício profissional, que visualizam possibilidades, questionem condutas e realidades impostas, em especial em relação a Fitoterapia, que tenham coragem de mudar cenários e construir novos panoramas profissionais, foi proposta e realizada esta sequência de atividades que buscou ressignificar o ensino, integrando atividades de pesquisa e de extensão.

APOIO

Curso de Farmácia - UNESC

Diretoria de Ensino de Graduação – UNESC

Diretoria de Extensão, Cultura e Ações Comunitárias - UNESC

REFERÊNCIAS

ANVISA. **ANVISA - Consulta a medicamentos registrados**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/medicamentos/consultas>. Acesso em: 2020.

ANVISA. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. 2a. ed. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.

ANVISA. Instrução Normativa nº 02 de 13 de maio de 2014. Publica a “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e a “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 90, p. 58–61, 2014a.

ANVISA. **O que devemos saber sobre os medicamentos**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26, de 13 de maio de 2014: Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 90, p. 52–58, 2014b.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada RDC No. 71, de 22 de dezembro de 2009. Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 245, Seção 1, p. 75–79, 2009.

ANVISA. Resolução RDC nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 90, Seção 1, p. 52–58, 2014c.

BARATA, J. **Terapêuticas alternativas de origem botânica: Efeitos adversos e interações medicamentosas**. Lisboa : Lidel, 2008.

BRASIL. Lei 5991, de 23 de setembro de 1973. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, DF, p. 1–9, 1973.

BRASIL. **Memento de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. 1. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016.

BRASIL; ANVISA. RESOLUÇÃO-RDC No 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 157, n. 1, p. 78–81, 2009.

BRASIL; MS. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. v. 1

BRASIL; MS. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL; MS. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n.31).

BRASIL; MS. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL; RECEITA FEDERAL. Instrução Normativa RFB N° 1470, de 30 de maio de 2014. Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 104, n. 1, p. 23–33, 2014.

CECHINEL-FILHO, V.; ZANCHETT, C. C. C. Prescrição de Fitoterápicos e Plantas Medicinais de acordo com a Legislação. In: CECHINEL-FILHO, V.; ZANCHETT, C. C. C. (org.). **Fitoterapia Avançada, Uma Abordagem Química, Biológica e Nutricional**. Porto Alegre : Armed, 2020. p. 67–76.

CFF. **Resolução nº 477 de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2008.

CFF. Resolução N° 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 187, Seção 1, p. 136–138, 2013.

EMA; HMPC. **European Union herbal monograph - Assessment finalised (F) by Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC)**. Amsterdã, 2020. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu>. Acesso em: 12 jan. 2020.

FINTELMANN, V.; WEISS, R. F. **Manual de fitoterapia**. RJ: Guanabara Koogan, 2010.

FRANCO, S. P. B. *et al.* Situational diagnosis of professionals of family health units on phytotherapy. **Brazilian journal of biology = Revista brasileira de biologia**, [s. l.], n. AHEAD, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-69842020005033201&script=sci_arttext

JUNIOR, V. F. V.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: cura segura. **Química nova**, SP, v. 28, n. 3, p. 519–528, 2005.

MAIA, A. C. P. *et al.* A fitoterapia sob a ótica dos profissionais de saúde no Brasil nos últimos 10 anos. **Gaia Scientia**, João Pessoa , v. 10, n. 4, p. 658–670, 2016.

MENGUE, K. A. *et al.* Quinta do Chá: Troca de Saberes sobre Plantas Medicinais na Atenção Primária à Saúde. In: CERETTA, L. B. *et al.* (org.). **Práticas e Saberes da Extensão**. Florianópolis, SC: Dois Por Quatro, 2019. v. 6, p. 80–97.

PAIXÃO, A. L. A.; SILVA, A. F. L. da; GONÇALVES, Z. A. Conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre as Práticas Integrativas e Complementares no SUS: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, SP, v. 9, n. 12, p. e45291211424, 2020.

ROHDE, J. *et al.* 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **The Lancet**, London, v. 372, n. 9642, p. 950–961, 2008.

SIMÕES, C. M. O. *et al.* **Farmacognosia da planta ao medicamento**. Porto Alegre: UFSC/UFRGS, 2007. v. 6

VALDIR CECHINEL FILHO, C. C. C. Z. **Fitoterapia Avançada: Uma Abordagem Química, Biológica e Nutricional**. Porto Alegre : Artmed, 2020.

VANACLOCHA, B.; CAÑIGUERAL, S. **Fitoterapia: vademécum prescripción**. 4ªed. Barcelona: Elsevier, 2003.

VIEIRA, F. P.; REDIGUIERI, C. F.; REDIGUIERI, C. F. **A Regulação de Medicamentos no Brasil**. Porto Alegre : Artmed Editora, 2013.

WHO. **Regulatory situation of herbal medicines : a worldwide review**. Geneva : World Health Organization, 1998.

INSTAGRAM COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 18/06/2021

Hiara Rose Moreno Amaral

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Sobral- CE
<https://orcid.org/0000-0003-4272-3357>

Tiffany Andrade Silveira Rodrigues

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Sobral- CE
<https://orcid.org/0000-0002-6932-3743>

Priscila Guilherme de Jesus

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Sobral- CE
<https://orcid.org/0000-0003-1763-7094>

Maria do Livramento Lima da Silva

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Sobral- CE
<https://orcid.org/0000-0002-9024-4724>

Joyce Mazza Nunes Aragão

Docente do curso de Enfermagem da
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Sobral- CE
<https://orcid.org/0000-0003-2865-579X>

RESUMO: Introdução: Em 2020, a humanidade teve que lidar com o isolamento social devido à pandemia. Com isso, houve um aumento significativo no número de agravos mentais e estresse, principalmente nos acadêmicos, que tiveram suas aulas interrompidas e estágios suspensos sem previsão de retorno. O uso

da *internet* sempre foi bastante presente no cotidiano, porém com a pandemia tornou-se mais crescente. Dessa forma, o *Instagram Messenger* se configura como uma rede social pertinente para discutir tais problemas mentais, pois é um recurso utilizado por muitas pessoas, gerando um maior alcance. **Objetivo:** Descrever intervenções realizadas por meio do *Instagram Messenger* com realce na Saúde Mental durante a pandemia da COVID-19, realizada com acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública da cidade de Sobral, no Ceará. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Desenvolvido por meio da rede social *Instagram Messenger*, com *posts* informativos no *feed* e enquetes nos *stories*, elaborado a partir de um projeto sobre saúde mental com 95 acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no período de setembro a novembro de 2020, totalizando quatro semanas. **Resultados:** Com as intervenções ao longo das semanas, percebeu-se que a maioria dos discentes possuíam hábitos de autocuidado, foram citadas como estratégias a prática de atividade física, os momentos de reflexão, ouvir música para relaxar e cuidados estéticos. Notou-se a presença de fatores estressores no meio acadêmico, como desregularização do horário de sono e repouso, aliado a alimentação não saudável. Outro aspecto interessante foi o desconhecimento de universitários sobre os fatores de risco para ansiedade e depressão. **Conclusão:** Destarte, as intervenções voltadas à promoção da saúde mental dos universitários se fazem essenciais, tendo em vista o cenário atual e a potencialidade dos agentes estressores, acrescenta-se ainda

como o *Instagram Messenger* é uma importante ferramenta de meio tecnológico para essa atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Pandemia; Saúde mental; Tecnologia.

INSTAGRAM AS EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN PROMOTING MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Introduction: In 2020, humanity had to deal with social isolation due to the pandemic. As a result, there was a significant increase in the number of people with mental illness and stress, especially in the students, who had their classes interrupted and internships suspended without a return forecast. The use of the Internet has always been very present in the daily, but with the pandemic it has become more growing. Thus, Instagram Messenger is configured as a relevant social network to discuss such mental problems, as it is a resource used by many people, generating a greater reach. **Objective:** To describe interventions performed through Instagram Messenger with mental health enhancement during the COVID-19 pandemic, carried out with nursing students from a public university in the city of Sobral, Ceará. **Methods:** This is a descriptive study with a qualitative approach. Developed through the social network Instagram Messenger, with informative posts in the feed and polls in the stories, elaborated from a project on mental health with 95 nursing students from the State University Vale do Acaraú, in the period from September to November 2020, totaling four weeks. **Results:** With the interventions throughout the weeks, it was noticed that most of the students had self-care habits, the practice of physical activity, the moments of reflection, listening to music to relax and aesthetic care were mentioned as strategies. The presence of stressors was noted in the academic environment, such as deregularization of sleep and rest times, combined with unhealthy eating. Another interesting aspect was the unknowledge of university students about risk factors for anxiety and depression. **Conclusion:** Thus, interventions aimed at promoting the mental health of university students are essential, considering the current scenario and the potential of stressors, it is also added how Instagram Messenger is an important technological tool for this action.

KEYWORDS: Nursing; Pandemic; Mental health; technology.

INTRODUÇÃO

Na China, em dezembro de 2019, iniciou-se um surto de casos de um novo vírus, denominado SARS-CoV-2, o que se disseminou rapidamente para os demais países e continentes. Dessa maneira, a partir de março de 2020 os casos confirmados de COVID ultrapassaram mais de 200 mil, consoante a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Devido a isso, como forma de frear a propagação do vírus, as autoridades sanitárias e governamentais decidiram implementar o isolamento social, paralisando aulas de escolas e universidades, serviços não essenciais e adiamento de estágios. Frente a isso, percebe-se que os discentes em um curto período de tempo, tiveram que se adaptar ao ensino remoto, em decorrência da suspensão das aulas e estágios, sem previsão de retorno.

(GALVÃO *et. al.*, 2020)

Destaca-se ainda, como agente estressor a preocupação existente com a possibilidade de atrasar a conclusão do curso, além dos anseios sobre a redução do aprendizado associados a diminuição da convivência com os amigos e familiares, aumentam o risco de danos. Todas essas alterações no padrão de vida dos universitários contribuíram para um sofrimento psíquico nesse período de pandemia, na qual mudanças de humor, insônia e sentimentos de raiva são mais frequentes, desencadeando sintomas de estresse, o que gera consequências negativas englobando aspectos familiares, físicos, mentais e sociais. (GUNDIM *et. al.*, 2021)

Diante disso, as instituições universitárias com apoio dos docentes e colaboradores tiveram que criar estratégias que pudessem contribuir com a prevenção desses agravos. Assim, as Tecnologias Digitais da Comunicação e Informação (TDCI) são uma boa alternativa, tendo em vista a praticidade que esses meios trazem, necessitando apenas de acesso à internet, configurando-se também como um espaço virtual que contribui na facilidade da comunicação, bem característico de uma parcela significativa da juventude. (ARAGÃO *et. al.*, 2018)

Nesse sentido, houve mudanças rotina da população e com isso a chamada Internet 2.0 se popularizou expansivamente durante a pandemia da Covid-19, tornando o mundo digital com ainda mais usuários, devido ao seu mecanismo de apoio, aproximação e interação entre as pessoas, uma vez que as tecnologias disponibilizadas possuem ferramentas que contribuem na realização das atividades durante o tempo de distanciamento social, como as salas de aulas e reuniões, propagação de fotos, envios de mensagens, áudios, vídeos, além de transmissões online (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

De acordo com o estudo sobre a “pandemia da obesidade”, percebeu-se que o *Instagram Messenger* é bastante utilizado pelos profissionais de saúde e que a maioria das suas publicações são de cunho informativo e educativo (VICENTE *et. al.*, 2018). Sendo eficaz como uma forma de escuta e rede de apoio, visto que muitos discentes se sentem desconfortáveis ao falar com profissionais de saúde ou então buscam ajuda em meios despreparados e sem confiabilidade para lidar com o assunto.

Com a pandemia, o uso dessa rede social se tornou mais acentuado tornando-se possível a realização de educação em saúde (DA SILVEIRA *et. al.*, 2018). Desse modo, o *Instagram Messenger* é uma boa estratégia para divulgar conhecimentos em prol da promoção da saúde mental dos acadêmicos. Além disso, tal ferramenta possui uma grande capacidade de alcance de usuários, uma vez que é muito utilizada na juventude (SOUZA; MACEDO, 2020).

Diante desse cenário, é evidente a necessidade de intervenções *onlines* e educativas de cunho psicológico, devido ao surgimento da COVID-19 de forma repentina e pelas repercussões negativas na vida da população em geral, em especial os universitários, que possuem agentes estressores externos continuamente em sua rotina, justificando-se a

realização dessas ações de forma *online*, por meio da rede social *Instagram Messenger*, com o intuito de inovar as estratégias de cuidado, visando uma melhor disposição mental desses estudantes.

Diante do exposto, emergiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: é possível utilizar a mídia social *Instagram Messenger* com acadêmicos para a promoção da saúde mental?

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo descrever intervenções realizadas por meio do *Instagram Messenger* com realce no Transtorno Mental durante a pandemia da COVID-19, realizada com acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública da cidade de Sobral, no Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Desenvolvido por meio da rede social *Instagram Messenger*, a partir da realização de uma intervenção educativa sobre saúde mental com acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

A experiência foi desenvolvida de setembro a novembro de 2020, sendo realizada com 95 acadêmicos de Enfermagem de diferentes procedências da região metropolitana de Sobral, Ceará.

Os parâmetros de inclusão na intervenção foram: estar matriculado na referida universidade; cursar do 1º ao 9º semestre do Curso de Enfermagem, possuir uma conta no *Instagram Messenger* e aceitar participar do estudo. Os critérios de descontinuidade foram: trancar o curso durante a realização das intervenções, ser transferido da universidade e deixar de participar por motivo de doença e deixar de seguir o perfil do Instagram.

Essa mídia social foi escolhida por ser um instrumento que tem sido bastante utilizado na área da saúde por sua opção de comunicação e disseminação de dados. A efetividade dessa mídia social foi observada em uma pesquisa acerca da utilização de *marketing* para o aleitamento materno, sendo possível identificar a eficácia desse programa para fins educacionais (PINTO,2019).

Para obtenção dos acadêmicos foi aplicado um questionário no *Google Forms*, com a finalidade de saber se o mesmo queria participar ou não da intervenção educativa, se possuía conta no *Instagram Messenger* e qual o seu usuário.

A intervenção foi realizada por intermédio de nove acadêmicos de Enfermagem e dois acadêmicos de Educação Física, sendo estes componentes da Liga Interdisciplinar de Promoção à Saúde (LIPSA) e duas docentes do Curso de Enfermagem.

A LIPSA é uma entidade autônoma vinculada à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura-PROEX da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, formada por discentes sob tutoria de docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Tendo como objetivo incentivar a atuação ativa dos estudantes e contribuir com a melhoria da saúde dos adolescentes por

meio das ações extensionistas.

As ações propostas foram realizadas conforme um planejamento prévio, na qual selecionou-se as temáticas a serem abordadas e a divisão dos integrantes para as postagens semanais. Inicialmente foi criado um e-mail para posterior criação da conta no *Instagram Messenger*, tendo como nome de usuário: “falar é vida”. Logo após, foram adicionados os estudantes que aceitaram participar da intervenção e aguardou-se uma semana para que todos pudessem seguir o perfil de volta. Após isso, foram enviadas mensagens sobre a importância da verificação das publicações e as boas-vindas aos participantes.

A intervenção teve duração de quatro semanas, nas quais abordou-se as temáticas: Promoção à saúde - Prevenir para não remediar; Bom rendimento acadêmico durante o isolamento social - Estresse e sobrecarga; O corpo que enferma - como pode acontecer e prevenção; Serviços de saúde acessíveis por meios tecnológicos - Redes de apoio.

Durante o período da intervenção, a rede social ficou aberta para que os participantes pudessem comentar suas opiniões, além de acompanharem e esclarecerem suas dúvidas a respeito das informações que foram publicadas pelos intervencionistas.

Em observância à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito à participação de seres humanos em pesquisa (BRASIL,2012), o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú, conforme parecer n. 4.346.236 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 38795620.5.0000.5053.

RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos, pode-se constatar que a maioria dos acadêmicos reside em municípios distantes da universidade. Verificou-se que 33 eram de Sobral, 22 da Região Metropolitana, 14 da Serra da Ibiapaba, 10 do sertão de Crateús e 16 de outros municípios do Ceará.

De modo geral, teve-se um alcance de 90 contas do *Instagram Messenger* por meio das interações dos conteúdos. Nas quatro semanas subseqüentes, discutiram-se as temáticas englobando promoção à saúde mental e prevenção de agravos, a partir da utilização de recursos educativos digitais criados pelos integrantes do projeto, conforme Quadro 1.

Semana/ período	Temática	Objetivo	Recursos utilizados
Semana 1	Promoção à saúde- Prevenir para não remediar	Reconhecer a doença, compreendendo a necessidade do cuidado adequado, certificando a importância da resiliência, a fim de que possam aprender a lidar com as dificuldades que apareçam durante a vida.	Enquetes e caixas de perguntas sobre o autocuidado da saúde mental dos universitários por meio dos stories.
Semana 2	Bom rendimento acadêmico durante o isolamento social - Estresse e sobrecarga	Problematizar e discutir sobre como a saúde mental equilibrada pode contribuir para um melhor funcionamento nos estudos.	Imagens para publicação no feed e enquetes nos stories.
Semana 3	O corpo que enferma - (como pode acontecer e prevenção)	Assimilar, identificar e reduzir o risco de ansiedade e depressão.	Enquete nos stories sobre os fatores de risco da depressão; Postagem no feed de um guia informativo sobre prevenção ao suicídio.
Semana 4	Serviços de saúde acessíveis por meios tecnológicos (Redes de apoio).	Explicar como ocorre o atendimento nesses ambientes, mediante a explicação de como funcionam esses pontos de atenção.	Stories no Instagram e postagens no feed acerca do assunto.

QUADRO 1- Desenvolvimento das temáticas realizadas pelo Instagram Messenger com acadêmicos do Curso de Enfermagem. Sobral-CE, 2020.

Fonte: Elaboração dos autores.

Na primeira semana, trabalhou-se a primeira temática “Promoção à saúde - Prevenir para não remediar”, tratando-se especificamente do assunto “Autocuidado na saúde mental”. Como ferramenta de apoio, utilizou-se os *stories* para publicação de enquetes e caixas de perguntas educativas, sendo meios de interações que a plataforma dispõe. O intuito principal dessas ações, visava entender as principais estratégias de autocuidado utilizadas por universitários para enfrentar a pandemia e o isolamento social. A partir disso, foram publicadas as seguintes indagações: “Você tem hábitos de autocuidado?” e “Quais os seus hábitos de autocuidado?”.

Nesse contexto, observou-se através do percentual das enquetes disponibilizadas pela própria ferramenta, que 65% dos jovens possuem hábitos de autocuidado e que 35% responderam que não. No que diz respeito aos hábitos de autocuidado utilizados pelos acadêmicos, dentre as respostas, citaram a atividade física, momentos de reflexão, cuidados com a estética, além de escutar músicas para relaxar.

Desse modo, após a finalização da enquete, realizou-se uma postagem com a finalidade de explicar e definir o autocuidado, englobando também os sinais que podem influenciá-lo, como: não se sentir motivado para fazer nenhuma tarefa; estar mais emotivo que o normal; dormir bem e continuar com a sensação de cansaço; irritar-se facilmente;

atividades que demandam pouco esforço, aparentarem ser um desafio enorme e a dificuldade de manter o foco. Além disso, abordou-se os tipos de autocuidado, como o físico, emocional e mental, associando aos outros meios que poderiam proporcionar uma melhor qualidade de vida. No total, os *stories* foram visualizados por 80 pessoas.



Figura 1 - Infográfico confeccionado pelos pesquisadores sobre os tipos de autocuidado para prevenção de agravos à saúde mental. Sobral – CE, 2020.

Fonte: Autores,2020.

A figura 1, acima retratada, destaca uma das publicações sobre o autocuidado para melhoria da saúde mental dos acadêmicos. O intuito da imagem, visou chamar a atenção para as diferentes formas de se cuidar, haja visto que muitos alunos não adotam práticas que beneficiem o seu bem-estar social, físico, emocional ou mental, gerando maiores chances de estresse e outros danos à saúde mental.

A discussão na segunda semana foi sobre a temática do bom rendimento acadêmico durante o isolamento social - estresse e sobrecarga. Utilizou-se imagens, bem como

pequenas edições com a ferramenta do *Instagram Messenger* nos *stories* para o acréscimo do recurso da música. As imagens também foram publicadas no *feed*.

Por meio de enquetes, foram realizados alguns questionamentos sobre: “Você mantém a prática de exercícios físicos e consome alimentos saudáveis?”, as respostas apresentaram a maioria como sim, com 67% e 33% não; “Quais intervalos você costuma dormir aproximadamente?”, a resposta com maior índice foi de 00:00 às 9:00h. Sobre a pergunta “Você costuma dormir depois do almoço?”, 48% afirmaram que sim e 52% que não. Na indagação: “Você sente dor nas costas ou cabeça durante o dia?” 68% afirmaram que sim e 32% não. Em relação ao “repouso”, 50% responderam que não tinha durante o dia, só à noite.

Após essas enquetes, foram postadas dicas para uma melhor qualidade de saúde mental, visando também um aumento no rendimento do aprendizado e a autoavaliação para reflexão da qualidade de sono. Divulgou-se por meio de imagens ilustradas alguns hábitos que devem ser adotados, como: dormir em horários noturnos e promover o sono regulado, separar um tempo para praticar *hobbies*, realizar atividades relaxantes, com o intuito de aliviar o estresse, desviar-se de pensamentos negativos para evitar ansiedade, além de ter tempo para seus estudos, mas sem esquecer de fazer pausas.

Na terceira semana, abordou-se a temática: O corpo que enferma (como pode acontecer e prevenção). Realizou-se publicações nos *stories* sobre os fatores de risco da depressão, com enquetes nomeadas: “Você sabia?”. Objetivando-se em analisar a percepção dos graduandos sobre o conhecimento dos fatores de risco para esses agravos, dentre os quais questionou-se sobre o histórico familiar, obtendo como respostas 88% afirmaram que sim e 12% não; no contexto das doenças crônicas, 64% responderam que sim e 36% que não; no fator traumas de infâncias e recentes, 91% marcaram sim e 9% não; no quesito ansiedade e estresse teve 100% de opção sim.

Após cada enquete, foi elaborada uma pequena explicação sobre os fatores de risco. Nestas, obtivemos 51 visualizações e 26 votos na primeira; 49 visualizações e 25 votos na segunda; 47 visualizações e 22 votos na terceira; e 41 visualizações e 24 votos na quarta, totalizando quatro enquetes realizadas.

Em seguida, preparamos um “Guia informativo sobre prevenção ao suicídio”, norteado por documentos do Ministério da Saúde e artigos. Este material foi postado no *feed* do *Instagram Messenger* e repostado nos *stories* para um maior alcance de visualizações. Com isso, foi possível obter 17 curtidas na publicação do *feed* e 35 visualizações nos *stories*.

Na quarta semana, trabalhou-se a temática: Serviços de saúde acessíveis por meios tecnológicos (Redes de apoio), na qual foram realizadas publicações de imagens ilustrativas acerca do tema, que abordaram curiosidades da tecnologia como principal difusor do serviço de saúde. Um assunto que se faz essencial nesse período em que estamos vivenciando, tendo em vista a adoção de Telemedicina e Telessaúde como canal de teleconsulta, para

manejo clínico de pacientes, com enfoque na COVID-19 e em atendimento psicológicos (SULLIVAN *et. al.*, 2020). Por meio disso, obteve-se resultados referente à quantidade de pessoas que visualizaram essa informação, no total foram 17 curtidas nas três postagens no *feed*, e dessa maneira, alguns acadêmicos se norteiam em relação a dúvidas pessoais.

Assim, foram trabalhadas as temáticas: “Como a tecnologia vem mudando o serviço de saúde?”, “O *instagram* como ferramenta primordial para a propagação das redes de apoio” e “Quais são os benefícios da tecnologia na área da saúde?”. Dessa forma, observar o engajamento do público atrás das curtidas.

DISCUSSÕES

O presente estudo evidenciou que a maioria dos acadêmicos praticam o autocuidado, percebeu-se dentre essas estratégias para aliviar o estresse, uma delas é ouvir músicas para relaxar, esse mesmo método é discutido em um estudo desenvolvido em São Paulo, trazendo como resultados a diminuição da ansiedade em quase 15% após o uso dessa intervenção. Desse modo, entende-se como essa estratégia usada pelos estudantes, pode ser um forte aliado para a prevenção de doenças mentais (FIRMEZA *et. al.*, 2017). Ainda, observou-se a predominância da utilização de estratégias como atividade física, momentos de reflexão e cuidados com a estética.

Nesse contexto, a adesão aos cuidados estéticos como prática de autocuidado apresentou evidências positivas, uma vez que esse método resulta em relaxamento, aumentando, assim, a autoestima, o que impacta diretamente no bem-estar psicológico e na qualidade de vida desses universitários (ANDRADE, *et. al.*, 2020).

É importante salientar que a não adoção de hábitos de autocuidado resulta em uma vulnerabilidade por parte desses estudantes, podendo recorrer a outros meios maléficos à sua saúde, como: utilização de drogas e bebidas alcoólicas, aumentando os sentimentos de indignação, inutilidade, desqualificação, insatisfação, medo e agressividade, contribuindo para a piora do estado mental do indivíduo (HIRSCH *et. al.*, 2018).

Além disso, os achados do estudo apontaram que há desequilíbrio nos quesitos de alimentação saudável, que pode acarretar no desenvolvimento de agravos à saúde. Assim, ressalta-se que uma nutrição equilibrada contribui significativamente para um organismo rico em nutrientes essenciais, o que, conseqüentemente, auxilia no fortalecimento da imunidade para combater possíveis patógenos, reduzindo as chances do desenvolvimento de doenças. Ademais, é de suma relevância que se potencialize a prática de exercícios físicos em prol da redução do comportamento sedentário, principalmente neste período de isolamento social (JÚNIOR, 2020).

Nessa perspectiva, os resultados em relação à falta de sono e desregularização do tempo entre lazer e estudo acarretam um estresse acumulado nos estudantes, o que converge com um estudo que aborda essas questões encontradas, corroborando para um

desgaste emocional dos universitários (WILJER *et. al.*, 2020). Acrescentando-se a isso, é evidente como a quantidade de sono pode diminuir a disposição para a execução de atividades cotidianas, além do risco para o desenvolvimento de ansiedade, desse modo enfatiza-se a necessidade de um sono de qualidade e reparador, além de pausas diurnas para restabelecer um descanso ao corpo, evitando designar somente a noite para isso (LEÃO *et. al.*, 2018).

Outrossim, cabe acrescentar outro ponto interessante de ser estudado futuramente, que é o papel do professor, como ele pode auxiliar o aluno durante esse período tão estressante e se a forma de ministrar o conteúdo está correta ou é causadora de estresse no discente. No entanto, o ensino remoto se deparou com muitos professores com um certo despreparo para esse tipo de situação, tido como um desafio na área educacional a ser superado (SILVA *et. al.*, 2019).

Ademais, um estudo comparativo entre duas regiões brasileiras, apresentou outro fator prejudicial à saúde dos discentes, que diz respeito a dor constante na região das costas, ocasionada principalmente por hábitos posturais, adquiridos pela permanência prolongada em uma posição, pelo uso do computador e a rotina de estudos, aspectos consonantes com os resultados obtidos nessa pesquisa, o que demonstra como situações cotidianas podem piorar a qualidade de vida e saúde mental desses acadêmicos (NOLL *et. al.*, 2015).

Aliado a isso, o surgimento da pandemia afetou negativamente os acadêmicos de enfermagem que tiveram seus agentes estressores potencializados de forma significativa, o que influencia nos danos à saúde mental, ocasionando situações desgastantes no seu cotidiano. Repercutindo principalmente no aumento da ansiedade e depressão, sendo algo que precisa ser discutido, para que assim, criem estratégias para esses episódios traumáticos que essa pandemia causará (MAIA; DIAS, 2020).

Constatou-se que ainda há um desconhecimento dos graduandos sobre os fatores de risco da depressão, como histórico familiar, doenças crônicas, fator trauma de infâncias e recentes, ansiedade e estresse. Em consonância a isso um estudo internacional detectou achados semelhantes a esse, elencando a importância do entendimento sobre esses fatores para que as ações e estratégias sejam direcionadas de acordo com o grau de vulnerabilidade apresentado (SUIJA, *et. al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento de agravos à saúde mental pode estar relacionado com alguns fatores inseridos no contexto de vida dos acadêmicos, como ausência do autocuidado, estresse e sobrecarga, ansiedade e depressão.

Nesse ínterim, as intervenções foram de bastante valia, já que proporcionaram aos participantes uma maior visualização de conteúdos voltados para a importância do cuidado

com a saúde mental, uma maior organização para conciliar tempo de lazer e de estudo, além de ter uma oportunidade de fomentar as redes de apoio, que são fundamentais no processo de saúde mental.

Dessa forma, pode-se afirmar que o *Instagram Messenger* é um aplicativo importante para o acesso à saúde, possibilitando a visualização de conteúdos e o compartilhamento deles, fazendo com que a informação chegue para diversas pessoas que necessitam priorizar sua saúde mental, além de ser uma forma preventiva para algumas doenças.

Notou-se também que as atuações dos acadêmicos foram de suma importância para a realização da intervenção e que através destas quatro semanas os participantes puderam aprender, discutir e participar desse processo de promoção à saúde de maneira dinâmica e atual, através da ferramenta *Instagram Messenger*, que foi utilizada demasiadamente durante a pandemia.

Nesse contexto, pode-se frisar o papel relevante das instituições de ensino na disponibilização de um ensino prazeroso, profissionais capacitados e ambientes confortáveis que possam ajudar nos enfrentamentos dos problemas.

Sendo assim, sugere-se que haja mais estudos acerca do uso do *Instagram Messenger* e outras redes sociais com o intuito de impactar positivamente os discentes, principalmente no que se diz respeito à mentalidade de jovens nesse período de pandemia, na qual muitas pessoas passaram por um processo gradual de descobertas e de muitas tristezas devido ao estado que o mundo se encontra.

Como limitação do estudo, podemos citar que a adesão dos acadêmicos do curso de enfermagem não ocorreu de modo total, porém os que se integraram tiveram uma interação assídua e participativa na maioria das postagens.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, MDG *et al.* **BENEFÍCIOS FÍSICOS E MENTAIS DA MASSAGEM TERAPÊUTICA.** B, Enciclopédia Biosfera, v. 17, ed. 32, p. 135-155, 30 jun. 2020. DOI 10.18677/EnciBio_2020B11. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2020B/beneficios.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ARAGÃO, JM; GUBERT, FA; TORRES, RA; SILVA, AF; VIEIRA, NF. **O uso do Facebook na aprendizagem em saúde: percepções de adolescentes escolares.** O, [s. l.], 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0604>. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37293/23470>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ASLAN, H; PEKINCE, H. **Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels.** *Perspect Psychiatr Care*, [s. l.], v. 57, ed. 2, p. 695-701, 2021. DOI 10.1111 / ppc.12597. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32808314/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BARROS, FC; VIEIRA, DAP. **Os desafios da educação no período de pandemia.** O, *Brazilian Journal of Development*, 2020. DOI 10.34117/bjdv7n1-056. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22591/18083>. Acesso em: 17 jun. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da União]. Brasília, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 17 jun.2021.

DA SILVEIRA, J *et al.* **Instagram como meio de promoção à saúde. I**, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/106782>. Acesso em: 17 jun. 2021.

DESLANDES, SF; COUTINHO, T. **O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da Covid-19 e os riscos para violências autoinflingidas. O**, Ciência & Saúde Coletiva, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702479&lng=pt. Acesso em: 17 jun. 2021.

FIRMEZA, MA *et al.* **Uso da música no controle da ansiedade em ambulatório de cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado. U**, Rev Esc Enferm USP, v. 51, ed. 03201, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016030503201>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/freeusp/a/QGxMY4mkNmHJbL3QHcWNzQp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

GALVÃO, D.S; FERREIRA, A.A; REIS, N.F.C.C; CARDOSO, S.V; REIS, T.N. **Aspectos psicossociais de acadêmicos de enfermagem durante a pandemia da covid-19. A**, [s. l.], 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4001/997>. Acesso em: 17 jun. 2021.

GUNDIM, VA; ENCARNAÇÃO, JP; SANTOS, FC; SANTOS, JE; VASCONCELLOS, EA; SOUZA, RC. **Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da covid-19. S**, Rev Baiana de Enfermagem, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.37293>. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37293/23470>. Acesso em: 17 jun. 2021

HIRCH, CD *et al.* **Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores do estresse no ambiente formativo. F**, [s. l.], 5 mar. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000370014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000100307&script=sci_arttext. Acesso em: 17 jun. 2021.

JUNIOR, L.C.L. **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIOS FÍSICOS EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19**. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, RR, Brasil., v. 3, ed. 9, 2020. DOI 10.5281 / zenodo.3988664 ISSN: 2675-1488. Disponível em: <https://revista.ufrb.br/boca/article/view/LimaJunior/3080>. Acesso em: 17 jun. 2021.

Leão, Andrea Mendes *et al.* **Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2018, v. 42, n. 4, pp. 55-65. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180092>>. ISSN 1981-5271. Acesso em: 17 jun. 2021.

LIMA, CS; SCALIA, LA; CALEGARI, T. **Saúde mental, uso de substâncias e religiosidade dos estudantes do curso de graduação em enfermagem frente a pandemia da covid-19. S**, Universidade Federal de Uberlândia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/30123>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LIMA EP. **Atividades educativas para a promoção da saúde mental**. Revista multidisciplinar do Amapá. [s.l.], 2018;1(1):120-127. Disponível em: <http://periodicos.ifap.edu.br/index.php/REMAP/article/view/172>. Acesso em 17 jun.2021.

MAIA, BR; DIAS, PC. **Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19.** A, [s. l.], 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/k9KTbz398jqfvDLby3QjTHJ/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MATIAS, N *et al.* **Dor nas costas e hábitos comportamentais de estudantes do ensino médio: estudo comparativo entre duas regiões do Brasil.** D, Rev. Brasileira de Reumatologia, v. 57, ed. 5, p. 495–499, 15 jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/Vb9cLjFg3876YLFn6RLZW9r/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus disease (COVID-19).** C, [s. l.], 3 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PINTO, PA. **Marketing social e digital do Ministério da Saúde no Instagram: estudo de caso sobre aleitamento materno.** Rev. EletronComun, [s. l.], 2019. DOI <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1634>. Disponível em: <https://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1634>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SILVA, AS *et al.* **Participação social no processo de incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde.** P, [s. l.], 20 dez. 2019. DOI <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001420>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2019.v53/109/pt/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SOUZA, WM; MACEDO, EC. **Extensão em tempos de pandemia: as redes sociais como veiculadoras de educação em saúde.** E, Pro reitoria e extensão e cultura- PROEXC, [s. l.], 2020. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/raizeserumos/article/view/10223>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SUIJA, S; ALUOJA, A; KALDA, R; HEIDI-INGRID, M. **Fatores associados à depressão recorrente: um estudo prospectivo na prática familiar.** F, OXFORD ACADEMIC, v. 28, p. 22-28, 2010. DOI <https://doi.org/10.1093/fampra/cm076>. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/28/1/22/499885?login=true>. Acesso em: 17 jun. 2021

SULLIVAN, AB *et al.* **A crise do COVID-19: uma perspectiva de saúde mental e resposta usando a telemedicina.** P, Sage journals, v. 7, p. 295-301, 11 maio 2020. DOI <https://doi.org/10.1177/2374373520922747>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373520922747>. Acesso em: 17 jun. 2021.

VICENTE, EBP *et al.* **Instagram & Saúde: Análise e classificação dos posts mais relevantes sobre obesidade.** I, Enciclopédia Biosfera, 2018. DOI 10.18677/EnciBio_2018B99. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2018B/SAU/instagram.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

WILJER, D *et al.* **Effects of a Mobile and Web App (Thought Spot) on Mental Health Help-Seeking Among College and University Students: Randomized Controlled Trial.** E, [s. l.], 2020. DOI 10.2196/20790. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33124984/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

VIGOREXIA: OS PADRÕES DA SOCIEDADE E A INFLUÊNCIA DA MÍDIA

Data de aceite: 02/08/2021

Bárbara Mendes Dodt Cetira

<http://lattes.cnpq.br/0829713119049163>

Caline Mariane Vieira Dantas

<http://lattes.cnpq.br/0470731413896977>

Ticiania Siqueira Ferreira

Prof. Da Unifametro-Centro Universitário Fametro

<http://lattes.cnpq.br/7621348220831278>

VII Encontro de Monitoria e Iniciação Científica

RESUMO: O presente trabalho é uma pesquisa bibliográfica que tem como objetivo entender como os padrões da mídia e a influência social tem causado a vigorexia e quais profissionais podem atuar no tratamento dessa distorção relacionada à imagem de corpo ideal que é padronizada e não individualizada, quanto sofrimento pode gerar no indivíduo que tende a buscar resultados rápidos devido a esta influência. Percebemos a dificuldade de conceituar e identificar a vigorexia por profissionais que atuam com população de risco que são os mais procurados no contexto em que esse transtorno tende a ocorrer em maior quantidade que é a academia e em alguns momentos alheios ao risco esses profissionais podem causar ou reforçar comportamentos sintomáticos sem perceber baseado somente no cumprimento de metas e objetivos para gerar resultados, inúmeras vezes não busca entender o sujeito de forma ampla, somente forma

biológica. Para isso, como método, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e uma busca nas bases de dados Scielo e BVS que permeiam assuntos referentes ao tema do artigo. Portanto, O presente artigo tem por objetivo conceituar e analisar a influência da mídia e os padrões da sociedade referentes à imagem do corpo ideal através de indivíduos com vigorexia

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Vigorexia. Influência da mídia. Corpo ideal.

VIGOREXIA: THE STANDARDS OF SOCIETY AND THE INFLUENCE OF THE MEDIA

ABSTRACT: The present work is a bibliographic research that aims to understand how media standards and social influence emits vigorexia and which professionals can act in the treatment of this distortion related to the ideal body image that is standardized and not individualized, how much suffering it can generate in the individual who tends to seek quick results due to this influence. We perceive the difficulty of conceptualizing and identifying a vigorexia by professionals who work with a population at risk who are the most sought after in the context in which this disorder tends to occur in greater quantity than is the gym and in some moments unrelated to risk these professionals can cause or symptomatic behavior without realizing it based only on the fulfillment of goals and objectives to generate results, incorporating times not seeking the subject in a broad way, only biological way. For this, as a method, a bibliographic search and a search in the Scielo and VHL databases were carried out, which permeate subjects related

to the theme of the article. Therefore, This article aims to conceptualize and analyze the influence of the media and the standards of society regarding the image of the ideal body through applicants with vigorexia

KEYWORDS: Psychology. Vigorexia. Influence of the media. Ideal body.

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, sabe-se da pressão estabelecida em relação à imagem corporal, a ideia do corpo perfeito para os padrões da sociedade. Dessa forma, ocorre a busca dessa estrutura corporal através de regimes, suplementos, atividades físicas com o intuito do bem-estar ou suprir os padrões imposto por uma sociedade (CAMARGO, 2008).

A pressão estabelecida pela sociedade atinge ambos os sexos, feminino e masculino. No imaginário social, a mulher deve manter o corpo magro para ser aceita na sociedade, enquanto os homens devem manter seu corpo mais desenvolvido em relação aos músculos, sendo que em diversos casos, fazem uso de substâncias como esteroides anabolizantes (CAMARGO, 2008).

De acordo com Camargo (2008), a imagem corporal está relacionada com a autoestima, na qual o seu bem-estar estará interligado de acordo com a sua percepção de imagem corporal. A autoestima relacionada ao corpo possui dois vieses, um em que o indivíduo pode estar bem consigo mesmo, independentemente dos padrões da sociedade e outro, no qual pode ser refletida com a perda da autoconfiança, provocando a insatisfação com seu corpo por não atingir o estereótipo da sociedade.

Nos últimos anos, a mídia exerce uma espécie de poder em relação à imagem corporal, impondo os padrões ideais do corpo do indivíduo, na qual o mesmo precisa se enquadrar nesse estereótipo para ser aceito, a imagem do corpo está associada ao sucesso e a felicidade do indivíduo. Cada vez mais, encontra-se na mídia o corpo magro, pouco musculoso, como o ideal, com a ideia de sucesso e bem-estar e o corpo fora dos padrões é visto como fracasso e causadores de doenças como obesidade, hipertensão, sedentarismo, entre outros (CAMARGO, 2008).

Sabe-se que a ideia do corpo ideal pode acarretar diversas consequências, sendo causadores de transtornos ou doenças. Dentre eles, existe a vigorexia, na qual se enquadra em um transtorno dismórfico corporal, em que o sujeito potencializa defeitos, fracassos em relação ao seu corpo e isso acarreta na prática excessiva de exercícios físicos, podendo proporcionar prejuízos na vida profissional e pessoal do indivíduo. A vigorexia corresponde ao uma distorção de imagem, que provoca no sujeito um sofrimento psicológico, pois o mesmo não aceita seu corpo como um todo, enxerga-se fraco e sem energia (MOTTER, 2018).

Os indivíduos com vigorexia possuem uma preocupação exacerbada em relação a

sua imagem, na qual se restringe aos seus relacionamentos e vínculos sociais, evitando assim, que seu corpo seja exibido e acredita que esses relacionamentos com o outro, podem atrapalhar sua rotina de exercícios e treinamentos, tornando-se uma obsessão por seu corpo e a ideia do corpo ideal (ANDREOLA,2010).

A influência da mídia e os padrões da sociedade provocam nos indivíduos uma busca incansavelmente pelo corpo perfeito, na qual a indústria cultural vende a imagem ideal para atingir o sucesso, sendo que se torna quase impossível de se atingir, tornando o indivíduo insatisfeito com os resultados obtidos, acarretando no seu ponto de vista, o seu fracasso (MOTTER,2018).

O indivíduo que se encontra em sofrimento por essa busca do corpo ideal, do alto rendimento nas atividades físicas, que não consegue se relacionar com o outro, necessitam de um suporte psicológico para compreender as possíveis saídas desse sofrimento que afeta a sua vida. É nesse processo de sofrimento, que surge a importância da psicologia do esporte (SEREM JÚNIOR, 2012).

Segundo Araújo (2002), o profissional deve estar capacitado a melhorar o desempenho, a saúde dos atletas, aconselhá-los. É necessária uma boa relação, boa comunicação entre os membros da equipe, visto que o vínculo terapêutico (rapport) é de fundamental importância. O psicólogo deve ter um conhecimento teórico sobre o esporte específico para não encontrar dificuldades a diante.

Dessa forma, é função do psicólogo do esporte é promover a educação desses atletas, no sentido das consequências psicológicas sobre a obsessão do alto rendimento, do corpo perfeito, sobre os riscos que podem afetar a carreira dos atletas que conseqüentemente possa atingir seu desempenho esportivo (SEREM JÚNIOR, 2012).

Algumas das áreas de atuação do psicólogo do esporte, atualmente conhecidas pela mídia, são: dentro da comissão técnica de modalidades esportivas coletivas profissionais como vôlei, basquete, jogos eletrônicos, handebol, jogos olímpicos, jogos paralímpicos; dentro da comissão técnica de modalidades individuais como corridas de rua amadoras, maratonas com profissionais, praticantes de luta profissionais que vão para olimpíadas (de esportes como Judô, Jiu Jitsu).

O presente artigo tem por objetivo conceituar e analisar a influência da mídia e os padrões da sociedade referentes à imagem do corpo ideal através de indivíduos com vigorexia. Dessa forma, utilizaremos de recursos teóricos que permeiam do conceito de vigorexia até a influência da mídia e como psicólogos do esporte podem auxiliar no tratamento.

METODOLOGIA

Como já relatado anteriormente, o artigo buscou analisar a influência da mídia e da sociedade referente a imagem de corpo ideal através de indivíduos com transtorno de

vigorexia.

O método utilizado foi uma pesquisa bibliográfica, na qual consiste em fazer um recorte temporal sobre determinado tema, analisar os artigos, encontrar respostas sobre o problema levantado que possam abarcar a temática (AMARAL,2007).

Serviram de base teórica para orientar o trabalho, artigos científicos da base de dados SCIELO e BVS que permeiam assuntos referentes a vigorexia, padrões da sociedade, influência da mídia, imaginário social do corpo ideal.

Para o critério dos artigos, foram escolhidos artigos completos, publicados no Brasil, no intervalo de tempo dos últimos 15 anos, visto a maior frequência de publicações referentes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dessa pesquisa bibliográfica pudemos perceber que certas informações foram destacadas por quase todos os autores como: o fato que gerou maior incômodo que é a vigorexia ainda não ter sido reconhecida como doença, devido a isso, não é tratada com a seriedade merecida; o principal sintoma é o exercício excessivo que perpassa a ideia que vigora atualmente na sociedade, que é a busca por resultados rápidos e prontos.

De acordo com Soler et al. (2013, p.343), a definição mais utilizada para definir a vigorexia é:

A vigorexia é um tipo de transtorno dismórfico corporal, em que o indivíduo potencializa defeitos estéticos que possua, ou ainda imagine que possua. Esse defeito chega a torturá-lo e ele passa a se sentir aparentemente repugnante. Sua comorbidade é extensa e gera grande sofrimento psíquico na medida em que o suposto defeito não se concentra numa parte específica do corpo, mas sim no corpo todo, podendo o indivíduo se perceber como pequeno, fraco e sem vigor. Atinge especialmente homens e o objetivo obsessivo é a hipertrofia máxima com mínimo de gordura corporal. Os processos de análise da imagem corporal são delirantes e a insatisfação com os resultados é permanente.

No contexto de academia essa busca é estimulada por muitos profissionais de educação física desde o início da prática de musculação, ao passar a ficha de treino, gerando a confusão, principalmente nos praticantes iniciantes, de que quanto mais tempo passar fazendo musculação mais rápido vai gerar resultado, em alguns casos isso gera resultado, porém a maioria o faz sem qualidade, errando a intensidade, o peso ou o movimento.

Foi citado também o estímulo a exceder seus limites indo além da fadiga muscular “Falta aos praticantes o entendimento de que para mudar o corpo, é necessária uma mudança maior do que só do fisiológico por exercícios, deve haver a mudança na alimentação” (Barbosa e Pinto, 2017, p.10). Entretanto esse tipo de prática pode levar a lesão, como citado, ou a distorção da imagem corporal, que pode se tornar vigorexia, já que um dos fatores de insatisfação com maior incidência dos frequentadores de academia está

relacionado a esta distorção.

Tendo isso em vista, Barbosa e Pinto (2017), como psicóloga e estudante de psicologia, respectivamente, destacaram-se por terem percebido a falta de informação a respeito da importância da atuação do psicólogo do esporte auxiliando os praticantes de musculação, juntamente com os profissionais de educação física que citaram durante as entrevistas a importância do encaminhamento ao nutricionista, porém nem citaram o cuidado com a saúde mental ou o psicólogo como auxiliar para ter um bom rendimento ou como promotor de saúde mental.

Percebemos que alguns fatores dificultam o estudo da vigorexia, como falta ainda o conhecimento mínimo do que faz um psicólogo do esporte, que tem a finalidade de auxiliar o praticante em sua percepção como forma de tratar ou evitar o problema em questão, como definem Vieira (2010) a psicologia do esporte “enquanto campo de intervenção profissional refere-se à prática da psicologia por profissionais que se especializam no trabalho com atletas ou praticantes de exercícios físicos em diversos contextos”, ou seja, pode auxiliar qualquer praticante de exercício físico.

E baseado nessa definição fundamentamos o entendimento de que a necessidade de haver uma atuação interdisciplinar entre profissional de educação física, nutricionista e psicólogo do esporte para mudar o corpo, é necessária esta visão mais ampla do sujeito. Pois como já explicitado a mídia só mostra o padrão, essa atuação interdisciplinar vai trazer a saúde multifatorial que é inerente à compreensão multifatorial que predomina cientificamente a respeito do ser humano.

Para que isso ocorra de forma eficaz, ainda há muito trabalho a ser feito principalmente por parte dos psicólogos para explicar até aos donos de academia a importância do seu trabalho na prática de exercícios físicos e nos ganhos que os praticantes tem quando o cuidado com a saúde é interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do presente artigo possibilitou trazer uma discussão que permeia a sociedade contemporânea que diz respeito aos padrões da sociedade, na qual o indivíduo de certa forma, precisa moldar o seu corpo, para ser aceito na sociedade. É através dessa aceitação, que em diversos casos, o sujeito adoce psicologicamente e fisicamente.

Em uma sociedade em que possui uma pressão em relação ao corpo, existe a presença da mídia, como uma confirmação desses padrões impostos. Percebe-se uma mídia que busca vender um imaginário de corpo ideal, ligado a beleza e sucesso, enquanto os corpos que não se adequam a essa perfeição, são vistos como fracasso. Essas imposições podem acarretar consequências na vida do sujeito, como por exemplo, a vigorexia, um transtorno na qual o indivíduo busca a prática excessiva de exercícios, não aceitando o seu próprio corpo.

Portanto, cabe a nós, falarmos sobre a influência da mídia e dos padrões da sociedade na vida do sujeito e o quanto essas imposições e busca pelo corpo perfeito, pode se tornar adoecedora.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. J. F. Como fazer uma pesquisa bibliográfica. Fortaleza, Janeiro de 2007.

ANDREOLA, N. M. O culto ao corpo sob o olhar da psicanálise. Belo Horizonte, UFMG, 2010.

ARAÚJO, D. Definição e história da psicologia do desporto. Em Serpa, S. e Araújo, D. Psicologia do Desporto e do Exercício (p. 9-51). Lisboa: FMH Edições, 2002

BARBOSA, C.W.M; PINTO, F. I. Vigorexia e a autoimagem. Lages, UNIFACVEST, 2017.

CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de et al. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. **Revista brasileira de psicologia do esporte**, v. 2, n. 1, p. 01-15, 2008.

MOTTER, Amanda Giacomelli; ALMEIDA, Steffânia; BELLINI, Magda. Incidência de Vigorexia em Praticantes de Musculação. **DO CORPO: ciências e artes**, v. 7, n. 1, 2018.

SEREM JÚNIOR; COSTA, Wanderley. Corpo e cultura: culto ao corpo e vigorexia. 2012.

SOLER, P.T; FERNANDES, H.M; DAMASCENO, V.O; NOVAES, J.S. Vigorexia e níveis de dependência de exercício em frequentadores de academia e fisiculturistas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, vol. 19, n. 5, 2013

VIEIRA, F.L; VISSOCI, J.R.N; OLIVEIRA, L.P; VIEIRA, J.L.L. Psicologia do esporte: uma área emergente da psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, 2010.

SOFRIMENTO MENTAL EM ÂMBITO ACADÊMICO: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Maxwell de Souza Faria

Faculdade de Medicina de São José Do Rio Preto, Mestrando e pesquisador no Programa de Pós-Graduação Em Psicologia e Saúde São José do Rio Preto
<http://lattes.cnpq.br/1523841376165794>

Jacqueline Fernandes de Cintra Santos

Professora e pesquisadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da área de Saúde Mental e Violências. Doutora em ciências da Saúde Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3077107014816993>

RESUMO: Este estudo objetivou conhecer o sofrimento mental autorreferido em uma amostra de estudantes do Centro de Ciências da Saúde de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Para tanto, constatou-se que os estudantes têm se sentindo ansiosos e estressados em função da sua rotina acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade; Estresse; Estudantes universitários.

ACADEMIC MENTAL SUFFERING:
PERCEPTION OF STUDENTS AT THE
HEALTH SCIENCES CENTER OF
A PUBLIC UNIVERSITY OF RIO DE
JANEIRO

ABSTRACT: This study aimed to know the self-

reported mental suffering in a sample of students from the Health Sciences Center of a public university in Rio de Janeiro. To this end, it was found that students have been feeling anxious and stressed due to the your academic routine.

KEYWORDS: Anxiety; Stress; University student.

INTRODUÇÃO

Os termos ansiedade, estresse e depressão, há muito vêm sendo utilizados de modo inadequado e distorcido que pouco tem a ver com sinais e sintomas reais, associando de forma equivocada um único e vulgar modo da sociedade nomear tipos diferenciados de sofrimento ou doença mental. Esse uso finda por adulterar a etimologia das palavras e seus simbolismos (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007). Tais termos contribuem para que os reais significados dessas nomeações inadequadas possam desencadear equívocos de entendimento, estigma e dificuldade de aceitar diagnósticos acertados, do mesmo modo, pode impactar universitários na trajetória acadêmica como também impacto na sua qualidade de vida. (FIGUEIREDO et al., 2014; FARIA, 2019).

O ciclo estudantil, período que pode durar entre 4 a 6 anos nas universidades brasileiras, traz para o universitário uma profusão sensações e sentimentos que implicam em vivências, exigências, transições, responsabilidades que em certa medida, desencadeiam ansiedade e estresse que configuram como sofrimento

mental (CASTRO, 2017; MARTINCOWSKI, 2013; ANDRADE et al., 2016; FARIA, 2019).

O sofrimento mental é caracterizado por um mal-estar psíquico de caráter inespecífico, uma intensa e duradoura de experiências dolorosas como a ansiedade, angústia, estresse, medo e insegurança, que ocasionam desconforto relacional e emocional com repercussões na vida pessoal, familiar, econômica ou social (GRANER; CERQUEIRA, 2009; HORTA; 2012; MARI E WILIANS, 1986; RIBEIRO et al., 2016). O estudo aderiu ao termo tendo em vista as suas múltiplas reflexões na literatura e fundamenta esse referencial para não adentrar em um caráter nosológico, e sim estar em consonância com modelo de atenção psicossocial embasado na Reforma Psiquiátrica do Brasil (TENORIO, 2002).

Nas vivências acadêmicas, o sofrimento mental tem sido relacionado com o mal estar discente, com a produção de situações que desencadeiam o sofrimento com manifestações sintomáticas e inespecífica, permeada por vezes pela falta de esperança, fobias, estresse e eleva níveis de ansiedade, isolamento social, dificuldades de falar em público, absenteísmo, ambiente altamente competitivo, abuso e dependência de substâncias psicoativas, além de inúmeros problemas na relação ensino-aprendizagem, sendo que esses elementos estão em interface com a vida do sujeito e sua estruturação do ensino superior com as condições sociais e históricas em que o indivíduo se constitui e é constituído (ANDRADE et al., 2016).

Tais fatores interferem na qualidade de vida do indivíduo, inclusive podendo induzir atitudes negativas como evasão, melancolia e, em situações mais preocupantes que podem ocorrer desde limitação e produtividade até casos muito graves como as ideações suicidas e tentativas de suicídio, por isso é necessário um olhar mais acurado sobre esse problema (XAVIER; NUNES; SANTOS, 2008). Soma-se a isso, a perda de liberdade individual associada ao nível da exigência dos cursos, sensação de ausência de empatia relacionada à competitividade por rendimento entre os colegas e a falta de tempo para o lazer. Essas pressões biopsicossociais estão fortemente correlacionadas com o desequilíbrio na homeostase de um indivíduo sinalizando os efeitos deletérios ocasionados por essa rotina (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007). Comumente os estudos nos indicam que os sintomas de ansiedade e estresse são os mais presentes na trajetória acadêmica dos estudantes. (CARVALHO et al., 2015; CONCEIÇÃO et al., 2019; FONAPRACE, 2016; OLIVEIRA, 2013)

A ansiedade é um fenômeno inerente às emoções e sentimentos dos indivíduos que ora nos beneficia, ora nos prejudica, e é compreendida como o estado de emoção vago que emerge no indivíduo de acordo com cada situação ou circunstâncias vivenciadas, e se caracteriza pela presença de sentimentos de medo, angústia, excesso de pensamentos sobre o futuro tanto normal quanto patológico. Tais emoções em níveis elevados podem negativamente influenciar no progresso acadêmico acarretando na involução como também desequilíbrio emocional do estudante (APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006; NOGUEIRA, 2017; REIS; MIRANDA; FREITAS, 2017, FARIA, 2019).

Por sua vez, o estresse é definido como uma reação frente às situações internas ou

externas podendo gerar tensão, dificuldade em relaxar, irritabilidade, tristeza, impaciência, entre outros sintomas (MARGIS. 2003; VIGNOLA; TUCI, 2014). Hans Selye (1936) citado por Monteiro, Freitas, Ribeiro (2007) o conceitua como um esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras à vida e ao seu equilíbrio interno, as quais podem ser definidas como estressores. Um estudo de caráter qualitativo conduzido por Monteiro, Freitas e Ribeiro (2007) que investigou sobre quais as situações geradoras de estresse vivenciadas pelos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, e constatou que os sintomas apresentados foram de estresse: Outro estudo corroborado por (SOUZA, 2017) realizado em uma universidade do triângulo mineiro, com estudantes universitários de diversas áreas constatou que 70,4% apresentavam sintomas de ansiedade, em seguida 59,2% sintomas de depressão e 78,1% sintomas de estresse. É importante lembrar que sintomas quando não identificados e tratados podem contribuir à indução de uma série de problemas com níveis de gravidade diferenciados tais como privação do sono, irritabilidade, falta de concentração, mudanças repentinas de humor, dentre outros, no decurso do ciclo universitário.

A partir dessas interfaces da saúde mental e os sofrimentos decorrentes da sua ausência, este estudo teve como objetivo conhecer o sofrimento mental autorreferido em uma amostra de estudantes dos Centro de Ciências da Saúde de uma universidade pública do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e corte transversal oriundo do trabalho de conclusão de curso de graduação em saúde coletiva, no ano de 2019, em que investigou os sinais e sintomas de sofrimento mental em estudantes universitários, realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), especificamente, nos Centros Acadêmicos (CAs) de cada curso a saber: Educação Física; Dança; Ciências Biológicas, divididos nas habilitações de Bacharel ou Licenciatura; Enfermagem; Farmácia; Medicina; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Odontologia; Ciências Biológicas – Biofísica; Ciências Biológicas – Médica; Ciências Biológicas - Microbiologia e Imunologia; Saúde Coletiva; Nutrição e Gastronomia.

A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por estudantes inscritos com matrícula ativa, maiores de 18 anos, após o aceite do convite proposto para participação no estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que o projeto de pesquisa tramitou no CEP sob o protocolo CAAE: 3 12123419.7.0000.5286. Respeitou-se as recomendações da Resolução 466/2012 que regem a pesquisa científica com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizada uma entrevista com perguntas semiestruturadas para conhecer os aspectos pertinentes à saúde mental dos universitários como também o sofrimento mental

pelas perspectivas deles enfatizando a vivência acadêmica. A aplicação dos questionários se deu em dois formatos, isto é, no formato de áudio e escrita, uma vez que aos alunos que rejeitaram a gravação de voz, puderam expor suas respostas por esse meio. Este procedimento foi adotado para que o máximo de informações provenientes dos alunos por meio de falas ou de gestos pudessem ser captados.

Para análise dos dados utilizou-se a análise temática. A análise temática consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Minayo, (2001), operacionalmente, descreve a análise temática dividida em três fases: (I) Pré-análise: organização do que vai ser analisado; exploração do material por meio de várias leituras; também é chamada de “leitura flutuante”. (II) Exploração do material: é o momento em que se codifica o material; primeiro, faz-se um recorte do texto; após, escolhem-se regras de contagem; e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas. (III) Tratamento dos resultados: nesta fase, trabalham-se os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas, as quais serão interpretadas à luz do quadro a ser concebido (MINAYO, 2001). Tais pontos de elaboração, coincidem com o organizado por Bardin (1977) e Franco (1986).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 218 acadêmicos entre 18 a 37 anos de idade, que se encontram majoritariamente na faixa entre 18 a 21 anos de idade; do sexo feminino.

Depois da aplicação dos questionários gravados e redigidos, procedeu-se a transcrição e iniciou-se o processo de análise de acordo com os critérios da análise temática. Posteriormente, foram codificadas as características mais reflexiva dos dados, em todo seu conjunto, de modo sistemático em todo o conjunto de dados, e a coleta de dados relevantes para cada código. Em seguida foram agrupados os códigos em temas potenciais reunindo todos os dados relevantes para cada tema em potencial, gerando um “mapa” temático da análise. Por fim, uma análise final foi executada para o refinamento das especificidades de cada tema e a geração de definições e nomes para cada tema. Com isso, a escolha foi de analisar de modo temático as respostas do questionário semiestruturado. Estas respostas resultaram na categorização em duas unidades temáticas que apresentaram saturação, sendo elas: sobrecarga com um único núcleo: sobrecarga acadêmica e, a unidade temática de sinais e sintomas autopercebidos com três núcleos: estresse, ansiedade e autocobrança, descritos a seguir:

Unidade temática: Sobrecarga

Núcleo temático: Sobrecarga acadêmica

Os discentes descreveram uma forte correlação entre as atividades (curriculares e extracurriculares) desenvolvidas durante a graduação, considerados como eventos

geradores de estresse. Dentre as atividades elencadas, destaca-se a sobrecarga exclusivamente acadêmica: formas de avaliações, trabalhos acadêmicos, falta de lazer, e estágios (hospitalar, laboratórios, e em Unidades Básicas de Saúde de municípios circunvizinhos). Todas essas atividades estão atreladas a períodos específicos da graduação, e frequentemente caracterizadas por desgaste físico e emocional, de modo em que há o decréscimo no vigor.

Os estágios curriculares e os trabalhos acadêmicos, por exemplo, apesar de ocorrerem em vários momentos estão acumulados, em geral no final, principalmente em final do semestre letivo dos cursos, cujos períodos são frequentemente marcados por desgaste físico e emocional, tendo em vista a dificuldade de conciliar as atividades acadêmicas com a vida pessoal tais como descritas a seguir:

“estressado sobrecarga principalmente acadêmica, só me dá vontade de dormir”. (B9)

“Me senti estressada nas últimas semanas por sobrecarregamento de provas eles colocam as provas umas próximas das outras eles cobram algo da gente, muito conteudista achando que devemos ter todo esse conhecimento”. (B4)

“Nos últimos 60 dias eu tive diversos problemas no meu namoro por causa de estresses diários como a nossa rotina trabalho provas e o quão cansado nós dois estamos no sentido eu estou atualmente fazendo estágio e a faculdade sai de casa 7h e volto 22h30 para casa. Não tenho tido tempo para lazer como ver meu namorado, tenho pouco tempo para descansar e até estudar para a faculdade. Tenho me sentido pressionada com a faculdade e estágio por estar cansada fisicamente e conseqüentemente não consigo me dedicar da forma que deveria”. (F8)

“Sim estresse com trabalhos da faculdade”. (SC3)

“... muitas provas em curto tempo” (F4,).

“Sim, me sinto sobrecarregada com a faculdade”. (F10)

“... tenho me estressado muito com a faculdade por não ter tempo para fazer atividades as quais eu me interesso e não ter tido tempo com a família”. (F1)

“Sinto apenas sobrecarga de tarefas e decisões, principalmente por causa da universidade tem dias que choro constantemente é muito triste tudo isso (C10)

Ser sobrecarregada de coisas sobre questões acadêmicas e responsabilidades com a minha saúde (B9)

“Muito conteúdo e pouco tempo para estudar (M7)

“As demandas da faculdade e a utilização do meu tempo (SC8)

Em caráter do grande acúmulo de atividades diárias, Molina, (1966) correlaciona como sentimento de frustração e ou revolta como fonte precursora de sofrimento e, do mesmo modo, Soeiro et al., (2010) destacaram em um estudo realizado com estudantes de enfermagem a correlação da dedicação à vida acadêmica exigida pelos cursos da área da saúde e o sistema de avaliação contribuem para ocorrência do estresse ao decorrer da

graduação, em que a cada novo período do curso surgem novas exigências, habilidades e competências individuais e sociais que necessitam ser desenvolvidas.

Ao relatarem esses obstáculos, tal fato revela em uma perspectiva pedagógica que as atividades de avaliação entram em desacordo com a orientação de aprendizagem e se tornam situações percebidas como fontes de estresse, que é corroborado por COSTA et al., (2005). Em curto espaço de tempo, condiciona o universitário a adaptar-se a horários rígidos de estudo, diminuindo significativamente o tempo para lazer e família, ampliando o desgaste e colaborando com o sofrimento mental. Assim, pode-se perceber que o tempo utilizado para outras atividades, tais como projetos, portfólios, sínteses, assistir às aulas, ir aos campos de práticas é considerado curto, gerando sentimento de cobrança e pressão em atender às exigências acadêmicas (CERCHIARI et al., 2005; COSTA et al., 2005; MARTINCOWSKI, 2013).

Outro ponto a se destacar pode também ser oriundo de uma dificuldade de organização do tempo disponível para melhor gerenciamento dos horários de estudos e descanso, que vem a apontar a necessidade de uma divulgação mais potente pela universidade detalhes relacionados a horários de aulas, espaços para estudo livre a organização de uma grade curricular que possa atender melhor às necessidades de cada estudante em seu contexto, isso também é corroborado por Bardagi et al., (2008).

“O que mais me estressa é a universidade e a situação em que a gente vive aqui dentro é muito estresse, cobranças, provas, seminários” (B8)

“Estressado com a faculdade e sofri ruptura social” (G4)

“... a vida acadêmica e tudo o que vem com ela, como, por exemplo, a nova rotina de estudos, o desfalque financeiro que ela causa com passagem, materiais etc. (C1)

“Sim, ansioso/ estressado por algumas “p modes” [coisas] na faculdade”.(M3)

“Sim, estresse com o volume de atividades acadêmicas”.(T13)

“... tenho me sentindo estressada com a faculdade devido ao número de matérias que faço nesse período e o estágio que cobra bastante. Considero como ruptura, pois estava de férias até pouco tempo e agora voltaram as diversas ocupações e às vezes fico paralisada, pois não sei o que fazer (B14)

“A faculdade é a minha maior fonte de estresse” (F4)

“...nos últimos 60 dias venho passando por estresses psicológicos provenientes a prazo de entrega da monografia. Justamente com as seleções do mestrado. Fui refém na minha residência e perdi (fui roubado) notebook, celular e indiretamente a monografia que estava salva apenas no computador, no meio da seleção de mestrado de biofísica. Isso tudo, após me recompor de uma crise de depressão cujo surto ocorreu em novembro de 2018. (B15)

“Eu “tenho muita cobrança. É muito ligada aos estudos (B4)

“... carga horária cansativa de estudo (E11)

“Sendo todos esses estresses e rupturas relativos à faculdade. O estresse geralmente advém da falta de tempo (o curso de ... é integral) para estudar

e exercer as diversas atividades cobradas. Assim, por mais que eu saiba que sou humana e que naturalmente não conseguirei fazer tudo, seja por cansaço ou falta de tempo, ainda sim me cobro e me sinto incapaz, impotente ou “desleixada” frente aos meus deveres. Na sexta passada, dia 3/05 tive uma prova teórica ...e anteriormente, entrei num estado de extrema ansiedade, medo, desespero de “não saber nada” e ser reprovada. Esse desespero se soma à cobrança de “Você deveria ter estudado mais, deveria ter feito melhor, poderia, deveria, poderia e deveria...” Acaba virando uma bola de neve. A cada semestre a gente imagina que será diferente, mas tudo continua da mesma forma. Hoje, dia 6/05, tivemos a prova prática dessa mesma matéria. Me saí muito mal e segui me cobrando e torturando demais por isso (mesmo sabendo que aquela prova não me define) (E4).

Além da percepção de demandas dos cursos e a incapacidade de realização de muitas atividades demandadas pelos cursos são relatados como fonte de estresse, em especial, os trabalhos de conclusão de curso (TCC) que demandam uma grande dedicação e tempo. Silva, (2014) e Costa, (2007) demonstraram que o TCC, na prática, exerce pressão para a sua realização, e, em virtude disso, os estudantes enfatizam uma sobrecarga de conteúdo teórico associada a atividade de pesquisa.

Além da autocobrança encontrada neste estudo constatou-se também percepção incisiva da universidade ser a maior fonte geradora de estresse de muitos discentes. Esse fato no estudo foi muito prevalente e está em consonância com o que descreve Molina (1966), que destaca que a exacerbação na execução das tarefas no cotidiano é considerada como uma das mais marcantes situações geradoras de estresse, desse modo, visto que a elevada dose diária dos mais diversos afazeres torna o homem urbano uma vítima da construção do seu próprio progresso e o estresse é então deflagrado (VIEIRA; SCHERMANN, 2015).

Monteiro (2007) relata em um estudo envolvendo alunos de enfermagem, com técnicas semelhantes a esse estudo constatou que os estudantes dentro da rotina acadêmica possuem certa passividade, sentimento de frustração e, em modo menor, a revolta. Lipp (1966) assinala que a ausência ou a redução da participação do indivíduo em eventos que compõem e influenciam diretamente na sua vida implica em estresse. Estresse esse dotado de sentimentos de frustrações e da impressão tida por parte do homem de não estar sendo o responsável, ao menos em parte, pelos acontecimentos constituintes de seu dia-a-dia que pode denotar o sofrimento (CARVALHO, et al., 2008).

Sob o ponto de vista fisiológico, toda a sobrecarga pode de algum modo estar relacionada a atividades extenuantes, nesse contexto, a responsabilidades aumentam a produção de vários hormônios, de produção central ou local assim como os neurotransmissores, esses produtos podem impactar fortemente em mulheres devido a jornadas duplas, posturas machistas e segregarias, além disso cabe ressaltar que as mulheres possuem ciclos menstruais que podem provocar alterações de sono, dor e humor inclusive (SILVA et al., 2014; CHORUSOS et al., 1992 citado por MARGIS et al., 2003),

deste modo, as implicações relacionadas à autocobrança podem provocar alterações nos níveis de exaustão emocional e aparecimento de quadros de ansiedade, tristeza, desânimo e isolamento.

Unidade temática 2: Sinais e sintomas auto percebidos pelos os estudantes

Núcleo 2: estresse

No contexto do núcleo primeiramente identificado dentro da unidade criada foi o primeiro sinal/sintoma que se caracterizou pela manifestação fisiológica e enfaticamente emocional, por, muitas vezes ser tratado como um termo socialmente estabelecido, pôde se constatar que o estresse pode se manifestar em nível fisiológico e emocional na rotina do estudante.

"... por causa do estresse. Descobri um problema de convergência no olho, que piora meu desempenho. (F9).

"... nos últimos meses eu senti todas as rupturas que você citou devido ao estresse que a faculdade vem ocasionando na minha vida, devido ao estresse... eu tenho amigdalite crônica então dependendo do meu nível de estresse a minha imunidade baixa então eu tenho que entrar com um monte de antibiótico se eu não consegui tomar o antibiótico a tempo eu tenho que ir pro hospital e ficar internada por conta da minha amigdalite é eu vou até fazer uma cirurgia nesse mês por conta disso.... (B5)

"...estresse acompanhado de dores constantes de cabeça". (M5)

"Tenho brigado frequentemente com pessoas mais próximas a mim e estado com imunidade baixa por causa das incansáveis horas de estudos que venho tendo, eu estou extremamente cansado e olha que estamos no meio do período (M14)

"Fiquei muito doente após uma semana muito estressante em que não tinha tempo nem para comer. Fiquei com muita dor abdominal e falta de ar" (B7)

"... há duas semanas eu tive uma perda de consciência no caminho para a faculdade sem nenhum sintoma laboratorial. Alguns especialistas acham que a causa pode ser estresse" (B12)

Os estressores podem ser considerados externos (fontes externas de estresse que afetam o indivíduo, por exemplo, a profissão, nova rotina, dentre outros fatores), ou internos (fontes internas de estresse determinadas pelo próprio indivíduo, como seu próprio modo de ser) (SOUZA, SILVA, COSTA, 2018)

O estresse associado a percepção de sofrimento mental está vinculado a sinais e sintomas amplamente descritos na literatura e é classificado pelo grau de funcionalidade social, ou em outros termos, de gravidade. Quanto maior o comprometimento funcional, maior a gravidade do estresse. Já outros autores classificam em fases a saber: I) a fase de alarme onde o indivíduo entra em contato com o agente estressor; II) fase de resistência onde o organismo tenta se adaptar ao fator causador de estresse e a III) fase de exaustão onde diversos problemas podem se manifestar sob o signo da doença (PRADO, 2010)

Para AGUIAR et al. (2009) e CALAIS et al., (2003) há um predomínio de sintomas

psicológicos do estresse em detrimento dos sintomas físicos. Contudo, tais predomínios demonstram estar entrelaçados à medida que os estudantes estão mais envolvidos em suas atividades acadêmicas.

Todos esses entrelaces acabam por resultar em outras implicações quanto relacionadas ao estudante universitário e são corroboradas por Bardagi et al., (2011), como baixo rendimento escolar, diminuição no funcionamento cognitivo, estratégias de coping prejudicadas e, inclusive, o abandono do curso. Arelado a isso, pode haver outros sinais como cefaleia, desenvolvimento de hipertensão e distúrbios de imunidade, alterações do padrão do sono e no apetite (BRAGA, 2009).

Selye (1936) citado por Margis (2003) relata que a resposta ao estresse é resultado da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta. Ainda, para o autor existem três tipos de respostas ao estresse no nível cognitivo, comportamental e fisiológico.

Atribui-se um significado àquela situação e há o desencadeamento de uma resposta efetuada por meio de mecanismos neuroquímicos com condução pelas vias neuroendócrinas. Primariamente acontece a descarga inicial do sistema nervoso simpático, a qual se dá por meio da liberação hormonal de noradrenalina e adrenalina, esta última pelas glândulas adrenais, visando aumentar a função de órgãos vitais e determinar o estado de alerta geral do organismo. A frequência cardíaca aumenta, as pupilas dilatam, a pressão arterial eleva-se e há a constrição de vasos sanguíneos da pele e extremidades. Em virtude disso, subjetivamente, o indivíduo refere sentir os pés frios, pele e mãos pegajosas, calafrios e palpitações. Com isso, pode-se identificar um indivíduo tenso devido ao aumento da contração muscular nas regiões do ombro e pescoço, além de apresentar respirações rápidas e superficiais. Todo esse processo pode contribuir para uma dificuldade de socialização focada na verbalização (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007).

Núcleo 2: Ansiedade

Em relação complementar à categoria de estresse outro fator encontrado no estudo foi a verbalização da ansiedade. Asbahr, (2004) destacou que a ansiedade surgirá sempre que as necessidades humanas básicas se sentirem ameaçadas. Assim, sentimentos de medo do desconhecido e a ansiedade causam maior tensão, aumentam o nível de estresse indivíduo, e como resposta pode paralisar o indivíduo, ocasionando sofrimento trazendo prejuízos ao seu bem-estar e desempenho. Isto posto, foi encontrado nas presentes narrativas com o que é descrito na literatura podendo ser vistos abaixo:

“...faculdade está ligada diretamente aos episódios de ansiedade que já passei e que hoje eu tenho tanto nervoso, minha pressão chegou cair, ficar suando, não consigo pensar direito e conseqüentemente organização, às vezes me sinto impotente”. (T12)

“Ansiedade relacionada a aspectos acadêmicos cansaço, dificuldades para pensar entre outras coisas”. (M8)

“Sim, ontem sofri de uma crise de ansiedade por estresse e preocupação financeira, emocional e com a faculdade” (F3)

“Sim, tenho me sentido estressada e ansiosa, pois minha rotina é muito corrida e minha situação familiar pode mudar drasticamente levando ao afastamento dos meus pais (indo morar em outro lugar) e minha saúde é frágil”. (B10)

“No período passado (18.2) pedi demissão do laboratório. Me sentia inútil e não valorizada pelos meus companheiros de trabalho, desenvolvi transtorno de ansiedade, porém não recorri a médicos” (B9)

“Tenho inúmeros problemas de saúde, por questão de ansiedade”. (F12)

A ansiedade pode ser vista ora como sintoma psiquiátrico ora como reação emocional não patológica associada a inúmeros contextos de vida. Por sua vez, ela representa um sinal de alarme a determinado estímulo percebido pelo indivíduo como perigoso. De modo geral, é composta por uma combinação variável de sintomas físicos, pensamentos catastróficos e alterações de comportamento. Ela pode ser compreendida como mecanismo evolutivo, isto é, como uma ferramenta que nos ajuda a detectar o perigo e adotar as medidas necessárias para lidar com ela e com prejuízo ao desempenho social e/ou profissional. Contudo, esse recurso adaptativo muitas vezes encontra-se desregulado, causando sofrimento, em casos mais severos a ansiedade se torna um transtorno psiquiátrico quando representa emoção desconfortável e inconveniente, surgindo na ausência de um estímulo externo claro ou com magnitude suficiente para justificá-la, e apresenta intensidade, persistência e frequência desproporcionais (BARCELLOS et al., 2017)

Dalgalarondo (2008) assinala, inicialmente, que as síndromes ansiosas são feitas em dois grandes grupos: com cenários em que a ansiedade é permanente e constante (ansiedade generalizada, livre e flutuante) e quadros em que há crises de ansiedade inesperadas e mais ou menos intensas.

Segundo o DSM-IV-TR (APA-2002), a ansiedade pode ser considerada como uma disfunção denominada transtorno de ansiedade onde o sintoma pode ser considerado patológico em situações onde critérios diagnósticos específicos e pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação; cansaço fácil; fadigabilidade; dificuldade de concentrar-se, sentir um “branco” na mente; irritabilidade, tensão muscular, dificuldade de relaxar e alteração do sono.

Subcategoria: Autocobrança

Analisou-se no presente estudo situações severas de autocobrança conforme em alguns relatos expostos abaixo:

“Faculdade”. Pressão de nota. Sensação que não to dando conta de tudo”. (Biomedicina I)

“Eu tenho muita cobrança”. É muito ligada aos estudos” (Biomedicina IV)

“a faculdade, carga horária cansativa de estudo” (Enfermagem XI)

“Faculdade-> muita pressão psicológica”. (Medicina III)

Ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento e autonomia social (CASTILLO et al., 2000). Salienta Barcellos et al., (2017) que na grande parte dos casos, não há como estabelecer uma causa específica à ansiedade, o que se sabe é que a interação entre fatores genéticos e ambientais resume a etiologia atualmente proposta e aceita.

É inevitável dissociar eventos estressores da vida acadêmica estudantil tão quanto o de ansiedade. Pois, tais eventos estão indiretamente relacionados a transtornos de ansiedade, todavia poucos são os achados na literatura encontrados relacionados à temática. A busca por essa relação possibilita na prevenção do sofrimento mental relacionados ao estresse e à ansiedade, como também adesão de melhores estratégias para o devido tratamento e manejo (MARGIS, 2003).

CONCLUSÃO

À face do exposto pôde-se constatar que o estresse e a ansiedade são termos que estão e estarão sempre relacionados ao nosso cotidiano e esses são considerados como respostas causadas por múltiplas situações e contextos na situação de desregulamento destes fenômenos. Toda essa confluência resulta no sofrimento mental podendo ser manifestos de diversos modos. Em especial, tendo como justificativa as análises realizadas e à luz de outros estudos, o meio acadêmico pode, sobretudo, ser considerado expressivo desencadeador de estresse e de ansiedade podendo ser encontrado em diversas esferas no nível físico, psíquico ou emocional do indivíduo e neste estudo os estudantes relataram estarem sobrecarregados e muitas das vezes colocam a vida acadêmica como prioritária em detrimento da vida pessoal.

Muito embora possa haver ciência da universidade ferindo à saúde mental do corpo discente, tal fato não deve ser legitimado na gênese desse fenômeno, pois fatores internos e externos figuram toda essa diversidade que é o estudante.

Para tanto, a rotina acadêmica necessita ser objeto de profundas reflexões e debates, pois só por meio delas se conseguirá aprimorar suas políticas e serviços de apoio psicológico e psicopedagógico aos universitários bem como melhora nesse binômio universidade e saúde mental do estudante.

REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, J. L. A.; MENDES, A. C.; AZEREDO, Z. A. **Adaptation to Portuguese of the depression, anxiety and stress scales (DASS)**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 6, p. 863-871, 2006.

AGUIAR, S. M. et al. **Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental.** BMC Medicine, v. 17, p. 133-137, 2013.

ANDRADE, A. et al. **Vivências acadêmicas e sofrimento psíquico de estudantes de psicologia.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 4, p. 831-846, 2016.

ASBAHR, F. R. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos.** Jornal de Pediatria, v. 80, n. 2, p. 28-34, 2004..

BARCELLOS, M. T. et al. **Teleconduta: ansiedade.** Porto Alegre: Telessaúde RS: UFRGS, 2017.

BARDAGI, M. P. et al. **Eventos estressores no contexto acadêmico: uma breve revisão da literatura brasileira.** Interação em Psicologia, v. 15, n. 1, 2011.

BARDIN, L. **Content analysis.** São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.

BRAGA, P. C. V. et al. **Ocorrência e prejuízos da cefaleia em estudantes universitárias de enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 138-144, 2012.

CALAIS, S. L. et al. **Stresse entre calouros e veteranos de jornalismo.** Revista Estudos de Psicologia, v. 24, n.1, p. 69-77, 2007.

CARVALHO, N. R. et al. **Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares.** Psicologia Clínica, v.20, n.1, p.153-164, 2008.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. **Transtornos de ansiedade.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 20-23, 2000.

CASTRO, V. R. **Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior.** Revista gestão em foco, v. 9, n. 1, p. 380-401, 2017

CERCHIARI, E. A. N et al. **Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários.** Estudos de Psicologia, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.

CONCEICAO, L. S. et al. **Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura.** Avaliação (Campinas), Sorocaba , v. 24, n. 3, p. 785-802, Dec. 2019.

COSTA, A. G. N. et al. **Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, n. 21, p. 73-79, 2005

COSTA, A. L. S. **Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 414-419, 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FARIA, Maxwell de Souza. **Sofrimento mental autorreferenciado em estudantes da Universidade Federal do Rio de Janeiro: um estudo descritivo**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FRANCO, L. A. C. **A disciplina na escola**. Revista ANDE, n. 11, p. 62-67, 1986.

FIGUEIREDO, M. D. et al. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 129-138, 2009.

Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis & Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (2016). **IV Pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior 2014**. Uberlândia: Fonabrace/Andifes.

GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. A. R. **Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 1327-1346, 2019.

HORTA, R. L. et al. **Uso de drogas e sofrimento psíquico numa universidade do Sul do Brasil**. Psicologia em Revista, v. 18, n. 2, p. 264-276, 2012

LIPP, M. **Pesquisa sobre estresse no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996. p.17-23.

MARGIS, R et al. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MARI J. J.; Willians J.P. **A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo**. The British Journal of Psychiatry, n, 148, p. 23-26, 1986

MARTINCOWSKI, T. M. **A inserção do aluno iniciante de graduação no universo autoral: a leitura interpretativa e a formação de arquivos**. Cadernos da . São Carlos, v. 6, n. 12, p.129-140, 2013.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa social**. Petrópolis, Vozes, 2001.

MOLINA, O. F. **Estresse no cotidiano**. São Paulo: Pancast, 1996.

MONTEIRO, C. F. S; FREITAS, MEDEIROS, J.F; RIBEIRO,A. A .S. **Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 66-72, 2007.

NOGUEIRA, M. J. C. Saúde mental em estudantes do ensino superior: Fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. 2017. (Tese de Doutorado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

OLIVEIRA, C., et al. **Programas de prevenção para a ansiedade e depressão: Avaliação da percepção dos estudantes universitários**. Interações, 12(42), 2016.

PRADO, C. E. P. **Estresse ocupacional: causas e consequências.** Rev Bras Med Trab, v. 14, n. 3, p. 285-9, 2016.

REIS, C. F.; MIRANDA, G. J.; FREITAS, S. C. **Ansiedade e Desempenho Acadêmico: Um Estudo com Alunos de Ciências Contábeis.** Advances in Scientific and Applied Accounting, v. 10, n. 3, p. 319-333, 2017.

RIBEIRO, M. G. S. et al. **Trancamentos de Matrícula no Curso de Medicina da UFMG: Sintomas de Sofrimento Psíquico.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, n. 4, p. 583-590, 2016

SILVA, P. O. et al. Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. Motricidade, v. 10, n. 1, p. 49-59, 2014.

SOEIRO R. L. et al. **A relação entre o início da vivência no campo de prática hospitalar e o desenvolvimento de sintomas de distúrbios psicossomáticos em graduandos de enfermagem.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, v. 20, n. 2, p. 438-440, 2010.

SOUZA, R. C.; SILVA, S. M.; COSTA, M. L. A. S. **Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento dos trabalhadores de Enfermagem.** Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 16, n. 4, p. 493-502, 2018.

TENORIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, Apr. 2002.

VIEIRA, L. N.; SCHERMANN, L. B. **Estresse e fatores associados em alunos de psicologia de uma universidade particular do sul do Brasil.** Aletheia, v. 46, p. 120-130, 2015.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. **Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese.** Journal of affective disorders, v. 155, p. 104-109, 2014.

XAVIER A; NUNES, A I. B. L; SANTOS, M. S. **Subjetividade e sofrimento psíquico na formação do sujeito na universidade.** Revista Mal-estar e Subjetividade.2008; 8(2): 427-451.

UM OLHAR ALÉM DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA REALIZADO POR DUAS ACADÊMICAS

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 13/05/2021

Gislaine de Borba

Associação Educacional Luterana Bom Jesus/
IELUSC
Joinville - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-9475-6199>

Jaqueline de Souza Fernandes

Associação Educacional Luterana Bom Jesus/
IELUSC
Joinville - Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-8880-9813>

Roxele Ribeiro Lima

Associação Educacional Luterana Bom Jesus/
IELUSC
Joinville - Santa Catarina
<http://orcid.org/0000-0002-9914-4789>

RESUMO: As mudanças de linguagem experimentadas por uma pessoa com afasia geralmente têm um impacto negativo na qualidade de vida. Podendo gerar falta de autonomia nas atividades do dia a dia, diminuindo a autossuficiência para gerenciar a própria vida, ocasionando dependência e improdutividade, levando à perda dos papéis sociais. **Objetivo:** Relatar a experiência de duas acadêmicas de fonoaudiologia para além da terapia fonoaudiológica. **Descrição das ações desenvolvidas:** Os dois casos foram de pacientes que tiveram um acidente vascular cerebral e que ficaram com a seqüela da afasia. O primeiro

caso refere-se a um senhor de 60 anos, que teve sua carteira de motorista apreendida, devido os policiais não compreenderem a sua forma de se expressar. A ação desenvolvida nesse caso foram duas sessões com 1 hora de duração, no qual foi realizado o treinamento da compreensão das placas de trânsito e com isso, foi desenvolvido um documento para ser encaminhado ao DETRAN/SC para renovação de sua carteira de motorista. O segundo caso foi de uma mulher de 46 anos que apresentava afasia de Broca e hemiplegia do lado direito, o que a impossibilitou de tocar violão. A ação desenvolvida nesse caso foi treinar uma música para ser tocada no grupo de afásicos, com o auxílio de uma acadêmica que toca violão. **Resultados:** Essa experiência resultou aos pacientes um momento de bem-estar, possibilitando a realização de seus objetivos, como voltar a tocar violão e ter a possibilidade de retornar a dirigir novamente, situações que anteriormente eram realizadas sem nenhuma dificuldade. **Conclusão:** Essa experiência foi válida para a formação acadêmica, proporcionando um olhar além da terapia fonoaudiológica. Houve benefícios para os pacientes com afasia, permitindo momentos de participação social, aumento da autonomia, bem como uma melhor qualidade de vida. **PALAVRAS-CHAVE:** Afasia; Reabilitação; Qualidade de Vida.

A LOOK BEYOND SPEECH THERAPY: TWO STUDENTS' EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Language changes experienced by people with aphasia usually have a negative

impact on their quality of life. It can lead to a lack of autonomy in day-to-day activities, reducing self-sufficiency to manage one's own life, causing dependency and unproductivity, and leading to the loss of social roles. **Aims:** to communicate the experience of two speech therapy students in addition to speech therapy. **Description of the actions developed:** The two cases were of patients who suffered a stroke and who received a sequel of aphasia. The first case concerns a 60-year-old man, whose driver's license was seized because the police did not understand his way of expressing himself. The actions developed in this case were two complete with duration of 1 hour, in which the training of understanding of the traffic signs and simulation was carried out, and with that, a document was prepared to be sent to DETRAN / SC for the renewal of your driver's license. The second case was that of a 46-year-old woman who presented Broca's aphasia and hemiplegia on the right side, which prevented her from playing the guitar. The action developed in this case was to train a song to be played in the aphasic group, with the help of an academic who plays the guitar. **Results:** This experience provided the patient with a moment of well-being, enabling them to achieve their goals, such as playing the guitar and returning to situations that were previously performed without any difficulty. **Conclusion:** This experience was valid for academic training, providing a look beyond speech therapy. There are benefits for patients with aphasia such as, allowing moments of social participation, increased autonomy, as well as a better quality of life. **KEYWORDS:** Aphasia; Rehabilitation; Quality of Life.

1 | INTRODUÇÃO

A afasia é uma das consequências mais incapacitantes no âmbito social após o acidente vascular cerebral (AVC) (NORTHCOTT *et al.*, 2016) que acomete em torno de um terço das pessoas com lesão cerebral esquerda (ENGELTER *et al.*, 2006; LIMA *et al.*, 2019). Além da afasia, grande parte dos sobreviventes de AVC permanecem com alguma seqüela, podendo ser de ordem física, comunicacional, funcional, mental e emocional (HILARI; NEEDLE; HARRISON, 2012). As mudanças de linguagem experimentadas por uma pessoa com afasia após um AVC, geralmente têm um impacto negativo na qualidade de vida (HILARI; NEEDLE; HARRISON, 2012). Esse comprometimento pode gerar falta de autonomia nas atividades do dia a dia, diminuir a autossuficiência para gerenciar a própria vida, ocasionando a condição de dependência e improdutividade, levando à perda dos papéis sociais e um não reconhecimento de si próprio (FRANZÉN-DAHLIN *et al.*, 2010). Com isso, há necessidade da manutenção de terapias para que o objetivo do tratamento da afasia seja alcançado, melhorando as capacidades comunicativas do paciente, possibilitando sua adaptação psicológica, emocional, familiar e social, proporcionando a melhor adaptação possível ao paciente com afasia a sua vida cotidiana e melhorando assim a sua qualidade de vida (CRUISE; WORRALL; HICKSON, 2006; LIMA *et al.*, 2020).

Os comprometimentos relacionados à linguagem podem ser diversificados, dependendo da gravidade, da integridade de toda a rede que compreende as estruturas corticais e seus tratos de fibra interconectados e das habilidades envolvidas (DØLI *et al.*, 2020), podendo comprometer tanto a expressão como a compreensão oral da linguagem,

a leitura e a escrita (HALLOWELL; CHAPEY, 2008). Pode também variar desde a incapacidade ocasional do paciente de encontrar a palavra correta até a produção de fala telegráfica (MARANGOLO; CALTAGIRONE, 2014). Com este comprometimento expressivo da linguagem, isto pode justificar a maior associação de sentimentos de angústia (HILARI, 2011), depressão, humor (BAKER *et al.*, 2020), ansiedade (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2010) e menor desejo de participação em atividades sociais (CRUICE; WORRALL; HICKSON, 2006).

Devido ao impacto causado pela afasia, há necessidade de planejar métodos de tratamento eficazes, com tipos de abordagens terapêuticas direcionados para cada paciente, podendo ser realizado em grupo, individual e ou telereabilitação (RELEASE, 2020; FERREIRA-DONATI *et al.*, 2020). Com isso, a reabilitação fonoaudiológica é necessária para minimizar os danos na linguagem, promover a comunicação, autonomia e qualidade de vida (BROWN *et al.*, 2012; RIBEIRO LIMA *et al.*, 2020). A terapia de grupo, por sua vez, pode contribuir no apoio de uns aos outros e é um potencial para aumentar a participação social e reconstruir um senso de identidade e melhora no humor (CORSTEN *et al.*, 2015).

2 | METODOLOGIA

Este estudo foi baseado no relato de duas acadêmicas de fonoaudiologia, com o objetivo de descrever a experiência vivenciada durante o estágio de fala e linguagem, realizado no segundo semestre do ano de 2019 na clínica escola da faculdade IELUSC, na cidade de Joinville, Santa Catarina.

Os atendimentos foram realizados de forma individual e em grupo, com uma frequência de 1x por semana, intensidade de 2h por semana, duração 14 semanas, dose total de 28 horas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o protocolo número 2.026.022.

2.1 Descrição das ações desenvolvidas

2.1.1 Primeiro caso

Paciente E. M. M. de 60 anos, sofreu um AVC em junho de 2017 ocasionando prejuízos na sua fala, tendo como diagnóstico fonoaudiológico afasia de condução. Apresentava uma fala fluente, porém com anomia, jargão, estereotipia, perseveração e neologismo, sendo que a conversação sobre temas familiares era possível com a ajuda do interlocutor. Ocorriam frequentes falhas para veicular a ideia, mas o paciente era capaz de compartilhar a responsabilidade pela comunicação. O mesmo já tinha um histórico de atendimento fonoaudiológico em terapia individual e fazia parte do grupo de afásicos, no qual eram realizadas atividades de comunicação multimodal.

Devido a sua incapacidade comunicativa, o paciente teve sua carteira de motorista

apreendida, pois quando foi parado em uma Blitz os policiais não entenderam a sua forma de expressão. Deste modo, gerou no mesmo sentimentos de frustração e tristeza, visto que dirigir era uma das atividades que conseguia realizar sem nenhuma dificuldade após o AVC.

Com isso, foram realizadas duas sessões com 1 hora de duração, focadas no treinamento da compreensão das placas de trânsito. Para a realização dessa ação, foram confeccionadas mini placas de trânsito para auxiliar visualmente, com objetivo de identificar se o paciente compreendia as placas de trânsito. Devido a sua dificuldade, ele não conseguia dizer o nome e/ou o significado das placas, por essa razão, optamos por realizar perguntas relacionadas às placas de trânsito, no qual ele conseguiria responder apenas apontando. Com base nisso, foi desenvolvido um documento para que o mesmo pudesse apresentar no DETRAN/SC, com o intuito de tentar conseguir a renovação da carteira de motorista.

2.1.2 Segundo caso

Paciente C. F. G. de 46 anos, teve um AVC em abril de 2019, apresentando uma afasia de Broca, com dificuldade na articulação e expressão, fala não fluente, apraxia verbal, disartria e estereotipia. Além disso, devido ao AVC, apresentava uma hemiplegia do lado direito, impossibilitando-a de tocar violão. A paciente estava recebendo atendimento em terapia individual e participava das atividades realizadas no grupo de afásicos.

A ação desenvolvida nesse caso foi treinar uma música para ser tocada no grupo de afásicos, com o auxílio de uma acadêmica que tocava violão. Durante as terapias individuais, a paciente escolheu a música que gostaria de tocar e, além de treinarmos as notas no violão, também realizamos o treinamento da letra da música, para que ela pudesse cantar. Durante as sessões em que foram realizados os ensaios, a paciente demonstrou felicidade, empolgação e dedicação, principalmente porque conseguiu ouvir sua voz novamente. Com isso, no encerramento das atividades foi apresentado a música para os participantes do grupo e seus familiares, sendo um momento marcante e especial para todos, principalmente para a paciente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A reabilitação fonoaudiológica de um paciente com afasia é fundamental para recuperação das habilidades comunicativas. A última revisão da Cochrane sobre a terapia da fala e da linguagem após o AVC, concluiu que o tratamento da afasia é eficaz quando comparado a nenhum outro tratamento (BRADY *et al.*, 2016). Quando o tratamento é realizado em fase inicial existe uma maior recuperação, no entanto, estudos indicam que há melhora mesmo em pacientes crônicos, quando recebem uma intervenção (ALI *et al.*, 2021). Além disso, a quantidade de tratamento que uma pessoa com afasia recebe, auxilia

na sua recuperação, sendo um dado importante na melhora e qualidade de vida desses pacientes (HARVEY *et al.*, 2020).

Os pacientes deste estudo receberam tratamento fonoaudiológico individual e em grupo, sendo que nas terapias individuais foram realizadas condutas baseadas no diagnóstico fonoaudiológico de cada paciente, contemplando todos os aspectos relacionados à linguagem que necessitavam ser reabilitados. As terapias individuais refletem os objetivos do paciente, as necessidades funcionais, habilidades de linguagem e suas dificuldades (BRADY *et al.*, 2020). As terapias grupais tiveram como base o estudo de Lima *et al.* (2020) de caráter multicomponente, que visa aspectos reais da vida diária, uso de vocabulário funcional, incentivo à escrita, leitura e comunicação gestual.

Estudos publicados recentemente, relatam sobre a importância de deixar claro o que é realizado durante as terapias fonoaudiológicas e os principais processos terapêuticos utilizados; além da frequência, intensidade, duração e dosagem da terapia (RELEASE, 2020). A dose do tratamento é um fator importante, visto que altas doses em curtos períodos podem melhorar a eficiência e manter a eficácia do tratamento (HARVEY *et al.*, 2020). Porém, neste estudo foram levados em consideração questões além da terapia fonoaudiológica baseada nos processos terapêuticos, foi considerado o desejo dos pacientes no que se refere aos aspectos pessoais relacionados a uma melhor qualidade de vida.

Desse modo, o primeiro caso se tratava de um paciente com uma afasia crônica, apresentando como limitação a expressão da linguagem. O objetivo principal foi proporcionar ao paciente a chance de voltar a realizar uma das poucas atividades sociais que conseguia realizar após o AVC, permitindo uma melhor qualidade de vida. Nos casos em que a afasia é uma condição crônica, os recursos utilizados na reabilitação destes pacientes devem estar relacionados com a redução de seu impacto (DOOGAN *et al.*, 2018), focando nas habilidades preservadas e não nas suas limitações, para promover uma melhor inserção deste paciente na sociedade.

No segundo caso, a paciente possuía uma afasia aguda, apresentando uma hemiplegia do lado direito, o que a impossibilitou de tocar violão. Com isso, o objetivo foi proporcionar a oportunidade de a paciente tocar e cantar uma música, que ela mesma escolheu e se dedicou para apresentar, possibilitando que de forma adaptada, desempenhasse uma atividade costumeiramente realizada antes do AVC. Dessa forma, a intenção é de que a paciente exercite um olhar ressignificado diante de suas limitações. Pessoas com afasia, que apresentam dificuldades motoras, geralmente acabam tendo mudanças bruscas em suas vidas, adquirindo restrições maiores ou menores para realizar atividades instrumentais e/ ou de vida diária (KWAKKEL; KOLLEN, 2013).

Essa experiência resultou aos pacientes um momento de bem-estar e a sensação de estarem incluídos em atividades que realizavam antes ou após o AVC; como voltar a tocar violão e ter a possibilidade de retornar a dirigir. Situações estas que anteriormente eram

realizadas sem nenhuma dificuldade, porém, com a ocorrência do AVC e conseqüentemente a afasia, essas atividades apresentaram limitações para serem executadas. Deste modo, proporcionar novamente esses momentos para os pacientes, foi algo gratificante e recompensador. Por fim, por meio deste estudo, destaca-se a importância de olhar o indivíduo com afasia de forma mais ampla, abordando aspectos para além da linguagem, avaliando o indivíduo em todas as dimensões de sua vida incluindo suas vontades, sonhos e objetivos, concedendo a eles uma melhor qualidade de vida.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo identificou que as terapias fonoaudiológicas contribuíram para a melhora da autonomia, aumento da participação social e reconstrução da identidade individual. Compreender as dificuldades e limitações de cada paciente, foi uma experiência válida para a formação acadêmica e um crescimento profissional, proporcionando esse olhar além da terapia fonoaudiológica.

REFERÊNCIAS

ALI, M. *et al.* Predictors of poststroke aphasia recovery: a systematic review-informed individual participant data meta-analysis. **Stroke**, v. 52, n. 5, p. 1778-1787, 2021.

BAKER, C. *et al.* 'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. **Aphasiology**, v. 34, n. 1, p. 19-46, 2020.

BRADY, M. C. *et al.* Speech and language therapy for aphasia following stroke. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 6, p. CD000425, 2016.

BRADY, M. C. *et al.* RELEASE: a protocol for a systematic review based, individual participant data, meta- and network meta-analysis, of complex speech-language therapy interventions for stroke-related aphasia. **Aphasiology**, v. 34, n. 2, p. 137-157, 2020.

BROWN, K. *et al.* Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. **Int J Speech Lang Pathol**, v. 14, n. 2, p. 141-155, 2012.

CORSTEN, S. *et al.* The participants' perspective: how biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia. **Int J Lang Commun Disord**, v. 50, n. 6, p. 788-800, 2015.

CRUICE, M.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. **Aphasiology**, v. 20, n. 12, p. 1210-1225, 2006.

CRUICE, M.; WORRALL, L.; HICKSON, L. Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. **J Fluency Disord**, v. 35, n. 3, p. 173-189, 2010.

DØLI, H. *et al.* Associations between lesion size, lesion location and aphasia in acute stroke. **Aphasiology**, p. 1-19, 2020.

DOOGAN, C. *et al.* Aphasia Recovery: When, How and Who to Treat?. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 18, n. 12, p. 1–7, 2018.

ENGELTER, S. T. *et al.* Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. **Stroke**, v. 37, n. 6, p. 1379-1384, 2006.

FERREIRA-DONATI, G. C. *et al.* **Conversando sobre afasia: guia familiar**. – Dados eletrônicos. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2020. p. 80.

FRANZÉN-DAHLIN, Å. *et al.* Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. **Journal of clinical nursing**, v. 19, n. 13-14, p. 1855-1860, 2010.

HILARI, K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? **Disabil Rehabil**, v. 33, n. 3, p. 211-218, 2011.

HILARI, K.; NEEDLE, J. J.; HARRISON, K. L. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 93, n. 1 Suppl, p. S86-95, 2012.

HALLOWELL, B.; CHAPEY, R. Introduction to language intervention strategies in aphasia. *In*: CHAPEY, R. (Ed.). **Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders**. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2008. v. 5th, p. 3-19.

HARVEY, S. *et al.* Dose effects in behavioural treatment of post-stroke aphasia: a systematic review and meta-analysis. **Disabil Rehabil**, p. 1-12, 2020.

KWAKKEL, G.; KOLLEN, B. J. Predicting activities after stroke: what is clinically relevant? **Int J Stroke**, v. 8, n. 1, p. 25-32, 2013.

LIMA, R. R. *et al.* Prevalence of aphasia after stroke in a hospital population in southern Brazil: a retrospective cohort study. **Topics in Stroke Rehabilitation**, p. 1-9, 2019.

MARANGOLO, P.; CALTAGIRONE, C. Options to enhance recovery from aphasia by means of non-invasive brain stimulation and action observation therapy. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 14, n. 1, p. 75-91, 2014.

NORTHCOTT, S. *et al.* A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. **Clin Rehabil**, v. 30, n. 8, p. 811-831, 2016.

RELEASE, C. Communicating simply, but not too simply: Reporting of participants and speech and language interventions for aphasia after stroke. **International Journal of Speech-Language Pathology**, v. 22, n. 3, p. 302-312, 2020.

RIBEIRO LIMA, R. *et al.* Socio-demographic factors associated with quality of life after a multicomponent aphasia group therapy in people with sub-acute and chronic post-stroke aphasia. **Aphasiology**, p. 1-16, 2020

CAPÍTULO 21

FATORES PREDISPOONENTES A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2671942648283024>

Patrícia Silva Mota

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0711630043926532>

Shady Maria Furtado Moreira

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8895306166370244>

Regina Petrola Bastos

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4703446514961297>

Uilna Natércia Soares Feitosa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1361775486227948>

Izadora Soares Pedro Macêdo

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3105930280091250>

Edglê Pedro de Sousa Filho

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9013495353834780>

Maria Jeanne Alencar Tavares

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4852865879580038>

Kamila Oliveira Cardoso Morais

Hospital Infantil Municipal Maria Amélia Bezerra de Menezes
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9052081865892999>

Davi Pedro Soares Macêdo

Faculdade de medicina Paraíso - Ceará
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/68125060887669392>

Maria Solange Cruz Sales de Oliveira

Hospital Infantil Municipal Maria Amélia Bezerra de Menezes
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2964569388919074>

Igor de Alencar Tavares Ribeiro

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4057782170184631>

RESUMO: Avaliar a descrição dos estudos científicos a respeito da relação entre a Síndrome de Burnout e profissionais enfermeiros que atuam

no serviço de urgência e emergência. Revisão integrativa da literatura; estudo descritivo de abordagem qualitativa. Construiu-se o artigo a partir de seis fases, sendo elas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Identificou-se, que o profissional de enfermagem que atuam nos serviços de urgência e emergência sofrem um desgaste emocional considerável. A síndrome pode ser ocasionada por vários fatores, dentre eles, destaca-se, os fatores pessoais: a idade, o sexo, o estado civil, o tempo de serviço dos profissionais e o nível de escolaridade. Sabe-se, que as demandas das atividades, unidas com a sobrecarga de trabalho estão causando uma saturação do seu estado psicológico e expondo-os a estressores que podem acabar desencadeando o esgotamento psicológico.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome do esgotamento. Profissionais de Enfermagem. Urgência.

PREDISPOSING FACTORS BURNOUT SYNDROME IN NURSES WORKING IN URGENCY AND EMERGENCY: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: to evaluate the description of scientific studies regarding the relationship between Burnout Syndrome and nursing professionals working in the emergency and emergency servisse. Integrative literature review; descriptive study with a qualitative approach. The article was constructed from six phases, which were: elaboration of the guide question; search or sampling in the literature; data collection; critical analysis of the included studies; discussion of the results and presentation of the integrative review. It was identified that the nursing professional working in the emergency and emergency services suffer considerable emotional distress. The syndrome can be due to several factors, among them, the personal factors stand out: age, gender, marital status, time of service of professionals and level of education. It is known that the demands of activities, united with work overload, are causing a saturation of their psychological state and exposing them to stressors that may end up triggering psychological exhaustion.

KEYWORDS: Exhaustion syndrome. Nursing professionals. urgency.

1 | INTRODUÇÃO

As mudanças sociais que ocorreram nas últimas décadas desencadeiam alterações nas relações de trabalho, na atuação dos profissionais e na qualidade dos serviços realizados. Estas transformações ocorrem não só no âmbito operacional do trabalho, mas afetam também o psicológico dos trabalhadores. Esse ritmo acelerado das transformações do trabalho vem proporcionando um crescente reconhecimento da sua importância como mediador entre as diversas instâncias sociais e a saúde humana (FRANÇA et al., 2012). No entanto, muitas instituições preferem ignorar essa importância, o que propicia o desenvolvimento de patologias nos trabalhadores.

Diante disso, uma das doenças relacionadas de forma direta ao processo de trabalho é designada como Síndrome de Burnout. Etimologicamente o termo Burnout é uma composição da língua inglesa em que Burn significa queimar e out significa exterior, assim, indica que houve um desgaste exacerbado do profissional, fator que propicia o

desenvolvimento do esgotamento físico e emocional (BATISTA et al., 2013).

Ademais, a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 11) publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) evidencia que a SB é fator resultante de estresse crônico em locais de trabalho em que não houve gerenciamento correto da condição. Por conseguinte, pode-se identificar a Síndrome do esgotamento a partir de três dimensões centrais nos profissionais acometidos: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho ou sentimento de negativismo ou cinismo em relação ao serviço ou cuidado efetivado; e redução da eficácia profissional gerada pelo sentimento de perda da competência e do sucesso profissional (OPAS/OMS, 2019; MASLASH, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde (2001) a prevalência da síndrome é percebida, majoritariamente, em profissionais da área de prestação de serviços ou cuidadores, quando em contato direto com os usuários, como enfermeiros. Esses profissionais estão mais suscetíveis a desenvolverem a Síndrome de Burnout, devido à sobrecarga de funções que geram estresse e esgotamento, como: “ritmo intenso de trabalho, grande responsabilidade pela vida, proximidade com os pacientes, o lidar com a dor e o sofrimento dos pacientes, familiares e suas histórias e risco iminente de morte, para quem o sofrimento é quase inevitável” (MOREIRA, 2020).

Ademais, os enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência estão mais propensos ao desenvolvimento do esgotamento profissional devido as condições de trabalho estressantes a que se submetem diariamente (GUSMÃO, 2019).

Mediante aos fatos constatados anteriormente, destaca-se, a seguinte pergunta norteadora: Quais os fatores que predisõem o surgimento do esgotamento profissional em enfermeiros que atuam no serviço de urgência e emergência? Desse modo, o presente estudo objetivou averiguar a descrição dos estudos científicos a respeito da relação entre Síndrome de Burnout e profissionais enfermeiros que atuam no serviço de urgência e emergência e avaliar quais os fatores predisponentes para o surgimento desta Síndrome nestes profissionais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que é um método de pesquisa que permite determinar o conhecimento atual sobre determinado tema, já que é conduzida de um modo que possibilita a identificação, análise e síntese de resultados de estudos sobre um mesmo assunto (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para elaboração da revisão integrativa foram percorridas seis fases, sendo elas: Fase 1 – Elaboração da pergunta norteadora; Fase 2 – Busca ou amostragem na literatura; Fase – 3 Coleta de dados; Fase 4 – Análise crítica dos estudos incluídos; Fase – 5 Discussão dos Resultados; Fase 6 – Apresentação da Revisão integrativa.

O levantamento das informações foi realizado através do ambiente virtual, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que engloba artigos da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), do Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Para isso, utilizou-se os seguintes descritores: síndrome do esgotamento, profissionais de enfermagem, urgência.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos encontrados no idioma português, na íntegra, de forma gratuita e que foram publicados a partir do ano de 2015. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: artigos que não respondam ao objetivo do estudo e artigos repetidos nas bases de dados.

A figura um representa a estratégia utilizada para seleção dos artigos que compõem a amostra deste estudo.

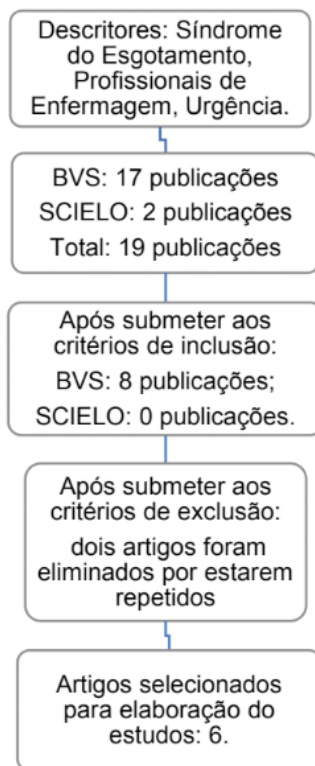


Figura 1: Fluxograma para seleção da amostra.

Fonte: Próprio Autor (2021).

Ao final foram selecionados 6 artigos, que foram analisados para composição do presente estudo.

Vale salientar que mesmo tratando-se de uma revisão integrativa, todos os seis artigos incluídos neste trabalho seguiram rigorosamente as determinações da resolução 510/16, o que implica dizer que este artigo por sua vez também respeita as mesmas determinações estabelecidas dentro da resolução acima citada.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das categorias temáticas estabelecidas para produção do estudo, delimitou-se as principais informações pertinentes presentes nos trabalhos selecionados, conforme mostra a tabela a seguir:

Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais Conclusões
Predisposição para Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência	SILVA et al.	2019	Conhecer a predisposição para a Síndrome de Burnout na equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	O estudo permitiu demonstrar a predisposição da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem que atua no SAMU.
O esgotamento físico dos enfermeiros no setor de urgência e emergência: revisão integrativa	OLIVEIRA et al.	2019	Identificar a presença de riscos de esgotamento ocupacional no desempenho de suas atividades laborais em unidade de urgência e emergência.	Considerou-se que a Síndrome de Burnout é um problema de saúde pública e necessita de um plano de ação para que haja controle do estresse, do desgaste profissional e promoção da satisfação no trabalho.
Síndrome de Burnout: estudo com enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	MORAIS	2018	Identificar a síndrome de Burnout em enfermeiros que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU; verificar a associação dessa síndrome com fatores sociodemográficos e as condições de trabalho em enfermeiros que atuam no SAMU e caracterizar a prevalência da SB e suas quatro dimensões (ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa) entre enfermeiros que atuam no SAMU.	A pesquisa concluiu que os profissionais atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência apresentam perfil de risco para desenvolvimento da Síndrome de Burnout.
Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência	LUZ et al.	2017	Analisar a prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	Os achados do estudo revelam a existência da síndrome dos profissionais do SAMU.

Estresse ocupacional e Burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho	OLIVEIRA et al.	2017	Analisar as dimensões envolvidas na Síndrome de Burnout em enfermeiros de um serviço de emergência	Evidenciou-se altos índices para as subescalas exaustão emocional e despersonalização em parcela significativa dos participantes.
Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência	PORTELA et al.	2015	Analisar como os estudos científicos descrevem a síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência	Os autores salientaram que o estudo é uma importante ferramenta para a população, profissionais e gestores como forma de transmitir conhecimento sobre a Síndrome de Burnout.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados segundo o título, autores, ano de publicação, principais resultados e principais conclusões.

FONTE: Próprio autor (2021).

Explorando os estudos, percebeu-se que, mediante ao recorte temporal estabelecido (2015-2020), os anos de 2017 e 2019 apresentaram o maior número de publicações na íntegra sobre a finalidade do estudo, apresentando 02 artigos (33,33%) em cada ano, em sequência tem-se os anos de 2015 e 2018 ambos com (16,66%) totalizando uma publicação em cada. Nos anos de 2016 e 2020 não se encontrou nenhum artigo que se enquadrasse nos critérios estabelecidos.

Em relação ao método de pesquisa utilizado nos estudos, destaca-se um total de (33,33%) 02 estudos de revisão integrativa; (50%) 03 artigos com abordagem quantitativa e (50%) 03 qualitativa. Ademais, 02 estudos utilizaram a forma transversal de pesquisa. Quanto a demonstração dos objetivos, enfatizou-se (83,3%) 05 estudos descritivos e (50%) 03 pesquisas exploratórias.

Tratando-se dos estudos escolhidos, 04 de 06 artigos evidenciaram a relação entre a síndrome de Burnout e os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência e emergência e os 06 artigos selecionados no estudo enfatizaram os fatores que predispõem o surgimento do esgotamento profissional nos enfermeiros.

Desse modo, delimitou-se o estudo em duas categorias temáticas com intuito de facilitar a descrição das informações coletadas nos artigos. As categorias são: Síndrome de Burnout e sua relação com enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência e fatores predisponentes do desenvolvimento do Burnout em enfermeiros.

3.1 A Síndrome de Burnout e sua relação com os enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência

A Síndrome de Burnout (SB) é o resultado de um estado crônico de tensão. Ela é um problema de saúde pública, pois afeta a saúde mental e física do trabalhador e conseqüentemente causa impacto na sua qualidade de vida (OLIVEIRA et al, 2019). Os indivíduos que se encontram na fase inicial da Síndrome de Burnout apresentam sintomas que podem ser confundidos com os de outros distúrbios mentais (SILVA et al., 2019), assim sendo é importante que os indivíduos conheçam a síndrome e os seus sintomas, para que possam identificá-los e procurar ajuda quando surgirem.

Quando o profissional de saúde desenvolve a SB, esse adoecimento gera repercussões negativas que podem afetar tanto a sua vida pessoal quanto a qualidade da assistência prestada aos pacientes, além de provocar sentimentos agressivos e de desprezo do profissional para com a equipe, assim sendo acaba prejudicando a vida pessoal, social e ocupacional do indivíduo (SILVA et al., 2019).

Os profissionais que estão em contato direto com os usuários, são os que mais são afetados por ela, dentre estes, estão os profissionais de enfermagem que diariamente precisam lidar com os sentimentos e problemas de outras pessoas (OLIVEIRA et al., 2019; PORTELA et al., 2015).

Dentro desta categoria profissional, os mais susceptíveis ao desenvolvimento desta síndrome são aqueles profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, pois são destinados a atenderem indivíduos com quadros agudos, traumas, e outros problemas, o que lhes causa sofrimento e podem levá-los a incapacidade ou até mesmo a morte. Dessa forma, nota-se que este profissional sofre um desgaste emocional considerável. As demandas das atividades, unidas com a sobrecarga de trabalho estão causando uma saturação do seu estado psicológico e expondo-os a estressores que podem acabar desencadeando a SB (PORTELA et al., 2015).

Entre os principais sintomas psicológicos e físicos enfrentados por esses profissionais, destacam-se: “sensibilidade emotiva excessiva, irritabilidade excessiva, diminuição da libido, perda do senso de humor, vontade de fugir, tensão muscular, insônia, mudança de apetite, excesso de gases e problemas de memória” (PORTELA et al., 2015).

Portanto, é necessário repensar a forma de organizar o trabalho destes profissionais afim de evitar o desenvolvimento da SB, evitando conseqüentemente os problemas que esta síndrome pode desencadear na saúde física e mental dos profissionais e no trabalho desenvolvido por eles.

3.2 Fatores predisponentes do desenvolvimento do Burnout em enfermeiros

O burnout é uma síndrome que pode ser ocasionada por vários fatores. Com relação aos fatores pessoais, nos profissionais de enfermagem, destacam-se a idade, o sexo, o estado civil, o tempo de serviço dos profissionais e o nível de escolaridade.

No que se refere a idade dos profissionais, Oliveira e seus colaboradores (2019) apontam que os mais jovens são mais susceptíveis ao desenvolvimento da SB, pois tem menos experiência profissional e não estão totalmente prontos para enfrentar o estresse do cotidiano ocupacional. No entanto Luz et al., (2017) diz que os longos anos submetidos às exigências do trabalho também podem favorecer o desenvolvimento da síndrome.

Com relação ao sexo, alguns estudos mostram que as mulheres são mais propensas a desenvolverem esta síndrome, já que possuem uma dupla jornada de trabalho (dentro de casa e no ambiente profissional) (OLIVEIRA et al., 2019; MORAIS, 2018). No entanto, o fato de os profissionais de enfermagem serem, na sua maioria, do sexo feminino pode influenciar estes dados e fornecer as mulheres uma maior predisposição ao desenvolvimento do Burnout.

Sobre o estado civil, profissionais solteiros são mais vulneráveis (MORAIS, 2018), pois podem sofrer com a ausência de laços afetivos e sentir a necessidade de ter um relacionamento familiar estável e com companheirismo (LUZ et al., 2017).

Com relação ao nível de escolaridade, um alto nível de escolaridade pode atuar como colaborador do estresse, pois ele gera grande expectativa em relação ao desempenho desses profissionais, causando maiores exigências de responsabilidade na liderança de sua equipe (LUZ et al., 2017).

Porém, é importante salientar que o perfil pessoal não é individualmente desencadeante da SB, podendo funcionar apenas como facilitador ou não para o desenvolvimento da mesma (SILVA et al., 2019). Segundo Silva et al., (2019) a SB é um problema de saúde pública que está profundamente ligada à gestão organizacional dos serviços. Assim sendo, as condições de trabalho e as características das atividades desenvolvidas podem influenciar no desenvolvimento do quadro.

Outros fatores que também podem favorecer o desenvolvimento da SB nos profissionais de enfermagem são: o baixo salário (MORAIS, 2018; LUZ et al., 2017), que pode fazer com que o profissional busque complementar a renda trabalhando em outros locais, fazendo com que o indivíduo se desdobre em várias funções (LUZ et al., 2017), e que se adeque a rotina e as exigências de vários ambientes; a sobrecarga de trabalho, pois estes profissionais acabam acumulando várias funções dentro do serviço; a desvalorização profissional; as más condições de trabalho (PORTELA et al., 2015); a pressão psicológica; a agilidade e a rapidez exigidas no atendimento (SILVA et al., 2019).

Quanto ao trabalho nos serviços de urgência e emergência, cabe salientar, que este trabalho exige que os profissionais tomem decisões de forma rápida, decisões essas que

podem salvar ou não a vida dos pacientes, isso aliado a imprevisibilidade do quadro dos indivíduos atendidos, acaba submetendo-os a uma pressão psicológica, que quando unida com outros fatores predisponentes podem ocasionar o burnout.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem por estarem na maior parte do tempo em contato direto com o paciente, lidando com os seus sentimentos e problemas, são um dos profissionais mais suscetíveis ao desenvolvimento da SB. Dentre esta classe, os profissionais que trabalham na urgência e emergência são os mais afetados. Destaca-se, portanto, a relevância desse estudo para disseminar informações ao público-alvo, a fim de minimizar os efeitos negativos acarretados pela SB.

Durante a avaliação dos trabalhos, percebeu-se que alguns autores destacam a influência de fatores pessoais como idade, sexo, tempo de trabalho e nível de escolaridade no desenvolvimento da SB, no entanto, há uma carência de estudos que comprovem tais resultados, pois há uma variedade de fatores que unidos as características pessoais do indivíduo, podem influenciar nos resultados encontrados.

Além disso, observou-se que há um certo consenso nos estudos avaliados, no que se refere aos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento da tríade característica observada no esgotamento profissional. Sendo eles: as condições do serviço, horas trabalhadas, a grande responsabilidade na tomada de decisões, os baixos salários, a desvalorização profissional e a pressão psicológica a que os profissionais de enfermagem que trabalham nos serviços de urgência, são submetidos.

É necessário a construção de um plano de ação que tenha como foco principal a realização de intervenções no ambiente hospitalar visando a diminuição da prevalência do burnout nos profissionais de saúde do local, buscando o controle do estresse, dos níveis de desgaste profissional e emocional dos profissionais, melhoras na satisfação profissional dos funcionários e nas relações de trabalho.

Por fim, é importante salientar a importância do desenvolvimento de novos estudos com intuito de identificar diferentes dimensões da SB nos enfermeiros inseridos no contexto emergencial.

REFERÊNCIAS

BATISTA, J. V. *et al.* Síndrome de Burnout em trabalhadores da saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.12, n.7, 7118-7126, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12383>>. Acesso em: 30 abr. 2020

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

FRANÇA, S. P. S. *et al.* Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, V. 23, N. 1, P. 68-73, 2012. Disponível em: v25n1a12.pdf (scielo.br). Acesso em: 30 abr. 2020.

GUSMÃO, A. O. S.; TEIXEIRA, T. F. S.; BARBOSA, J. M. G. Síndrome de Burnout em enfermeiros que atuam no serviço de urgência e emergência: revisão integrativa. **Rev. Intercâmbio**. V. 16, 2019. Disponível em: 661-2105-2-PB.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020.

LUZ L.M. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 238-246, jan-mar.2017. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5400>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MASLASH, C. **Burnout profissional**: desenvolvimento recentes na teoria e na pesquisa. Washington: Taylor & Francis. 1993. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/263847970_Burnout_A_Multidimensional_Perspective>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MORAIS, J.M.D. **Síndrome de Burnout: estudo com enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência emergência**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/12310?locale=pt_BR>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MOREIRA, P. O. **Síndrome de Burnout: estudo com enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2020. Disponível em: SÍNDROME DE BURNOUT: estudo com enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte – Mestrado Unihorizontes. Acesso em 30 abr. 2020.

OLIVEIRA, E.B. *et al.* Estresse ocupacional e Burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. **Revista Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 1-7, 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. CID: **Burnout é um fenômeno ocupacional**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PORTELA, N.L.C. *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **Revista Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, 2749-2760, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-762270>>. Acesso em: 30 abr. 2020

SILVA, F.G. *et al.* Predisposição para síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n.1, 40-45, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1600>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SOUZA, M.T, SILVA, M.D, CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo, v.8, n.1, 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2020

ZORZAL, L.G.C. Níveis de estresse entre enfermeiros na classificação de risco em hospitais estaduais no espírito santo. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 11, n.1, 131-135, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102884>>. Acesso em 30 abr. 2020.

O PAPEL DO ESTRESSE E DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA NA COMPREENSÃO E TRATAMENTO DA DOR

Data de aceite: 02/08/2021

Marilene de Araújo Martins Queiroz

Habiens - Instituto de Neurociência e Comportamento, Clínica, Consultoria, Ensino e Pós-Graduação Ltda
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7357588353638049>

Laís Martins Queiroz

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/3416993575065605>

RESUMO: A dor pode ser um sinal de alerta ou representação de perigo. Quando a causa é desconhecida gera medo que associado a outras variáveis contribui para o estado crônico da dor. O medo da dor pode manter a pessoa num estado de alerta constante, e neste sentido converter-se num estressor contínuo podendo agravar o quadro de dor. O trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica por muito tempo se limitou na avaliação, no treino de habilidades de enfrentamento e em intervenções psicoeducativas na tentativa de ensinar a pessoa a lidar com a dor. Há evidências empíricas que o medo da dor relacionados ao papel do estresse contribuem para exacerbação da dor. Assim a compreensão do papel do estresse constitui um fator relevante e pode nortear novas propostas de intervenção para o tratamento da dor crônica. Este estudo teve como objetivo apresentar uma discussão teórica e prática sobre o papel

do estresse na compreensão e tratamento da dor crônica. Participaram do estudo 03 portadores de crônica, faixa etária entre 42-75 sem resultados satisfatórios nos tratamentos convencionais. Os dados foram coletados via entrevista semiestruturada antes e depois do processo terapêutico. As intervenções foram norteadas pelas tendências atuais da terapia comportamental. Os dados foram submetidos à análise indutiva seguindo os preceitos da Grounded Theory. Conclui-se que a complexidade dos aspectos relacionados à dor sustenta a tese de que as queixas apresentadas pelos pacientes devem ser trabalhadas considerando o papel do estresse e da abordagem psicológica para a compreensão e o tratamento da dor.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse, dor, abordagem psicológica, tratamento.

THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL STRESS AND APPROACH IN THE UNDERSTANDING AND TREATMENT OF PAIN

ABSTRACT: Pain can be a warning sign or a representation of danger. When a cause is unknown, it generates fear which, associated with other variables, contributes to the chronic state of pain. Fear of pain can keep the person in a constant state of alert, and in this sense become a continuous stressor, which can aggravate the pain. The psychologist's work in the treatment of chronic pain for a long time was limited to the evaluation, training of coping skills and psychoeducational interventions in an attempt to use the person to deal with the pain. There is

empirical evidence that fear of pain related to the role of stress contributes to the exacerbation of pain. Thus, understanding the role of the foundation of the relevant factor and can guide new intervention proposals for the treatment of chronic pain. This study aimed to present a theoretical and practical discussion on the role of stress in the understanding and treatment of the chronic. Three patients with chronic diseases, aged between 42-75 participated in the study, with no satisfactory results in the conventional ones. Data were collected via semi-structured interviews before and after the therapeutic process. The interventions were guided by the current trends in behavioral therapy. The data were prepared for inductive analysis following the precepts of Grounded Theory. We conclude It is concluded that the complexity of aspects related to pain supports the thesis that the complaints presented by patients should be addressed considering the role of stress and the psychological approach to understanding and treating pain.

KEYWORDS: Stress, pain, psychological approach, treatment.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho do psicólogo no tratamento do paciente com dor não se restringe ao treino de habilidades de enfrentamento e nos processos psicoeducativos. Estudos apontam que o medo da dor relacionados ao papel do estresse contribuem para exacerbção da dor (MELZACK, 1998). Assim a compreensão do papel do estresse constitui um fator relevante e pode nortear novas propostas de intervenção para o tratamento da dor crônica.

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma discussão teórica e prática sobre o papel do estresse emocional e interpessoal e da abordagem psicológica na compreensão e tratamento da dor. O trabalho está organizado em torno de discussões e revisões de estudos sobre estresse e sua relação com os processos de percepção e significado da experiência dolorosa. O texto discute a importância das intervenções nos estressores e vivências aversivas relacionados a exacerbção e manutenção da dor a partir de uma perspectiva psicológica.

2 | ESTRESSE E DOR CRÔNICA

A experiência de dor é uma vivência aversiva, quando crônica pode ser altamente punitiva, é uma representação de perigo, gera medo e mantém a pessoa numa reação de alerta constante. O estresse contínuo resultante da dor pode agravar ainda mais o quadro de dor.

Algumas condições de dor crônica podem se desenvolver após um dano real dos tecidos como consequência de um evento traumático tanto físico quanto psicológico. A coexistência de dor crônica e a desordem de estresse pós-traumático (OTIS et al. 2003) indica a relação entre estes dois fenômenos. As investigações sobre o funcionamento do sistema de estresse podem fornecer a base para a compreensão da dor nas síndromes dolorosas crônicas que resistem a explicações de causas sensoriais periféricas (MELZACK, 1998)

A avaliação cognitiva da situação de estresse é responsável pelo valor atribuído sempre que há uma discrepância entre o que se espera de uma situação e o que ocorre na realidade. Essa avaliação é uma medida de segurança que dirige o indivíduo a uma solução apropriada a situação. Quando a discrepância é eliminada o alarme é interrompido (URSIN; ERIKSEN, 2004).

Assim um evento estressor ocorre quando há mudanças aversivas e significativas no ambiente externo ou interno da pessoa. Quando a condição de estresse é contínua e prolongada pode resultar em danos significativos à integridade física e psicológica da pessoa. Estes danos podem vulnerabilizar o sistema imunológico tornando-o sensível às doenças (MELZACK, 1998)

Segundo Hans Selye (1956) quando o indivíduo emite um padrão de resposta às demandas a ele impostas, ele está sob uma condição de estresse. O conceito de estresse está relacionado à tensão e sua origem deu lugar à Síndrome Geral de Adaptação.

Segundo Selye (1956) o processo de adaptação ao estresse ocorre quando o organismo emite uma resposta fisiológica frente a uma situação de ameaça física ou psicológica a fim de adaptar-se. O processo de adaptação se distingue em três fases: 1) alarme, 2) adaptação e 3) esgotamento. O processo inicial na fase de alarme prepara o organismo para o enfrentamento que ocorre na fase de adaptação onde indivíduo se adapta e enfrenta as ameaças e as respostas biológicas se normalizam. Quando o estresse é contínuo e prolongado, os recursos do organismo se esgotam e as estratégias de enfrentamento se tornam insuficientes dando origem a somatização (LAZARUS; FOLKMAN, 1985).

Os estressores físicos e psicológicos provocam e ativam programas de regulação homeostática (MELZACK, 1998). A ativação desta regulação homeostática produz condições físicas de destruição que, na ausência de um agente agressor específico, intensificam o distúrbio homeostático inicial e fornece a base para a manifestação de dores crônicas e prolongadas.

Segundo Kaziyama et al (2001) a inespecificidade do agente agressor e a cronicidade dos níveis de estresse indicam uma relação com a manifestação de síndromes dolorosas crônicas. Vlaeyen e Linton (2000) apontam que a dor está associada com um aumento da reatividade psicofisiológica. Isso ocorre quando o indivíduo confronta uma situação avaliada como perigosa. Assim o estresse contínuo proveniente de experiências aversivas emocionais e interpessoais pode ser avaliado como uma ameaça (LEVIN; URSIN, 1991) desencadeando as respostas fisiológicas ao estresse

De acordo com Queiroz (2009), quando o indivíduo identifica um evento como ameaçador sua reação é de esquiva e evitação resultante do medo, geralmente a reação é proveniente de uma história de punição e de estresse interpessoal. Diante disso o comportamento de esquiva constitui uma resposta disfuncional que pode desencadear comportamentos de dor e experiências dolorosas.

Os comportamentos a respostas mal adaptadas resultante da intolerância às adversidades aumentam os níveis de ansiedade, que aumenta o medo e que pode aumentar a sensação e percepção da dor, provocando uma cascata de eventos estressantes desencadeando um processo de retroalimentação da dor (QUEIROZ, 2009).

Assim a percepção da dor e o sistema de estresse estão interligados (MELZACK, 1998), visto que tanto os estressores físicos quanto os psicológicos podem produzir danos fisiológicos e distúrbios que podem estabelecer a base para as síndromes dolorosas.

Segundo Martins e Vandenberghe (2006) vivências emocionais aversivas e sentimentos de desesperança, isolamento, culpa, desesperança e desamparo fazem parte das principais queixas de portadores de dor crônica principalmente em relação aos tratamentos fracassados em relação a dor crônica.

Assim as estratégias de enfrentamento passivas e disfuncionais adotadas por portadores de dor crônica podem ser provenientes de características de personalidades e transtornos psiquiátricos (BRAVO; GONZÁLES-DURÁN, 2001). Além disso, a evitação se estende a redução das atividades físicas e ocupacionais e a dificuldade de estabelecer relações interpessoais assertivas também pode contribuir para manutenção dos sintomas e os padrões de esquiva que fazem parte do círculo vicioso da dor.

3 | RELATOS DE CASOS

No estudo acompanhou-se a evolução de 3 pacientes portadores de dor crônica com 42, 54 e 72 anos. Todos julgavam a dor incapacitante, relatavam insatisfação com os tratamentos convencionais com médicos, neurologistas, fisiatras e psiquiatras, e faziam uso de medicamentos analgésicos diários. O tratamento psicológico consistiu em 20 sessões de psicoterapia individual com duração de 01 hora cada sessão. O protocolo de tratamento foi estruturado a partir das principais queixas relacionadas a experiência e significado de dor.

Analisou-se o significado subjetivo da dor para esses pacientes e a avaliação da intensidade da dor através da Escala Visual Analógica (EVA) antes e depois do tratamento psicológico. Os alvos de intervenções psicológicas foram pautados de acordos com as queixas individuais de cada paciente relacionadas a dor, de maneira integrativa, não abordando apenas as intervenções diretas às perspectivas da dor, mas também as queixas somáticas no que tange conflitos familiares, laborais, vivências traumáticas, entre outros.

Avaliação da dor antes da psicoterapia				Psicoterapia	Avaliação da dor depois da psicoterapia	
Participantes	Significado da Dor	Queixas associadas a dor	Avaliação da Intensidade da Dor	Intervenções Psicológicas Protocolo de Tratamento	Significado da Dor	Avaliação da Intensidade da Dor
A - 42 anos, Dor há 05 anos	É incapacitante e angustiante	Medo da dor Conflitos familiares Sobrecarga no trabalho Esquiva emocional	08	Percepção e mensuração da dor Medo da dor/ ansiedade Estratégias de enfrentamento de estresse Resolução de problemas Habilidades de relacionamento Estratégias de enfrentamento Vivência emocional	Acabou a angústia. A dor não me controla mais.	03
B - 54 anos, Dor há mais de 10 anos	É uma prisão, um sofrimento diário. Tirou a minha liberdade de viver	Medo da dor Vivências traumáticas Sobrecarga no trabalho Esquiva emocional	09	Percepção da dor Medo da dor/ansiedade Estratégias de enfrentamento de estresse Comportamento de dor Resolução de problemas Vivência emocional	A dor é física	04
C - 72 Anos, Dor há mais de 20 anos	É traiçoeira. Não me deixa em paz	Medo da dor Frustração e culpa Relações coercitivas Conflitos familiares Sobrecarga familiar Esquiva emocional	07	Percepção da dor Medo da dor/ansiedade Estratégias de enfrentamento do estresse Habilidades interpessoais Resolução de problemas Vivência emocional Autoconsciência	A dor de antes não existe mais.	0

Tabela 1 – Avaliação da dor antes e após psicoterapia.

Fonte: elaborada pelos autores.

Percebe-se a melhora considerável em todos os pacientes após intervenção psicológica direcionada à percepção da dor e às queixas associadas ao significado da dor. O tratamento individualizado abordando as queixas de angústia, os fatores estressantes e os conflitos vivenciados pelos pacientes permitiram que o significado subjetivo da dor e a avaliação da intensidade da dor analisada pela EVA, antes e após a abordagem psicológica, regredisse de forma considerável conforme gráfico 1 relatado abaixo.

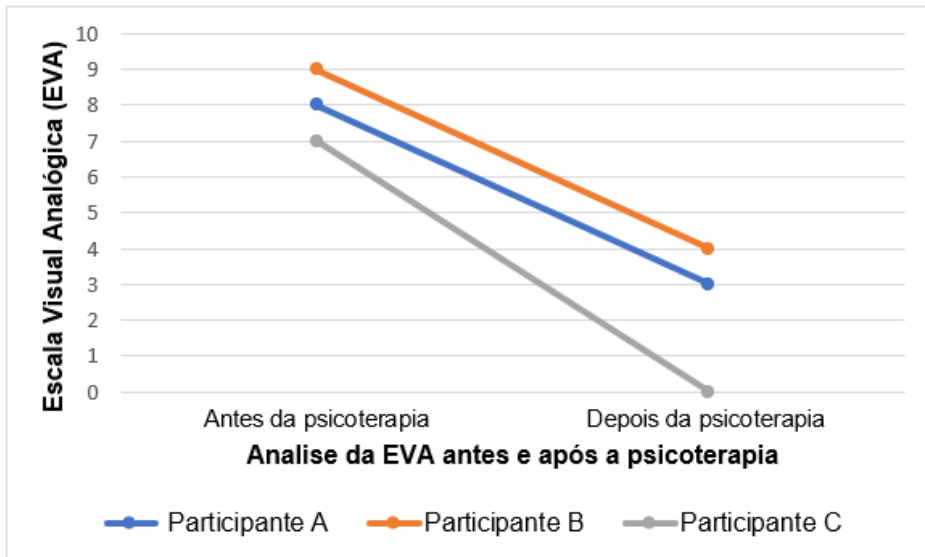


Gráfico 1 – Avaliação da dor pela EVA antes e após psicoterapia nos 3 participantes.

Fonte: elaborada pelos autores.

4 | CONCLUSÃO

Há evidência empírica de que o estresse contínuo, vivências aversivas e traumáticas e relações interpessoais insatisfatórias influenciam na produção e alívio da dor. A avaliação cognitiva, as características pessoais e comportamentais, os recursos sociais e as estratégias de enfrentamento utilizada pelo paciente frente aos eventos estressante são indicadores importantes na percepção, exacerbação e manutenção dos sintomas de dor.

A partir de uma perspectiva biopsicossocial a abordagem da dor crônica deve envolver o contexto integral da pessoa numa perspectiva multidisciplinar. Em se tratando de uma doença de etiologia multifatorial, seu tratamento deve contemplar o alívio dos sintomas físicos, mas também a melhora do estado mental geral e condições psicológicas assim como a reinserção e/ou readaptação social.

Em termos de uma intervenção psicológica é importante focar a funcionalidade dos padrões de fuga-esquiva comportamental na manutenção dos processos dolorosos, na medida em que o paciente tende a evitar situações que são avaliadas como potencialmente estressoras (como por exemplo, o trabalho ou relações interpessoais). Estas vivências propiciam a desadaptação e o isolamento social que tendem a intensificar a sensação de dor e dar-lhe lugar de destaque na vida do paciente.

Outro aspecto importante a ser avaliado na intervenção psicológica são as vivências traumáticas e a presença de estressores, isto porque tendem a contribuir na manutenção dos sintomas ao confirmarem ao indivíduo a distorção cognitiva de que o ambiente lhe é hostil e as diferentes situações vivenciadas ameaçadoras ao seu bem-estar.

Dessa forma, os participantes que vivenciaram a dor há 05, 10 e 20 anos respectivamente, com acompanhamento médico, tiveram no tratamento psicológico o meio de ressignificar a dor, permitindo que saíssem do ciclo vicioso e de exacerbação da dor e estresse, com uma melhora considerável na qualidade de vida de todos.

Contudo, e ainda que a literatura acerca do tema seja clara quanto à influência de estressores e eventos traumáticos na manifestação e manutenção da dor, são poucos os serviços de assistência especializada e mais escassos ainda aqueles que tratam deste foco, o que deixa o campo carente de pesquisas e investigações e dificulta uma abordagem mais específica e eficaz no tratamento da síndrome dolorosa.

Dessa forma, a dor crônica pode ser considerada um desafio para os serviços de saúde e causa grande sofrimento para o paciente. Cabe, ao psicólogo no tratamento desta enfermidade, intervir como mediador no tratamento e prevenção, tornar as relações no contexto saúde-doença mais funcional, possibilitar o desenvolvimento de novas estratégias e habilidades de enfrentamento, facilitar a comunicação entre pacientes e profissionais da saúde, adequar às intervenções aos contextos sociais contribuindo, assim, para melhora e saúde geral do paciente.

REFERÊNCIAS

BRAVO, P. A.; GONZÁLES-DURÁN, R. **Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen em el dolor lumbar crónico.** *Revista Sociedade Espanhola del Dolor*, 8, 48-69. 2001

KAZIYAMA, H. et al. **Síndrome Fibromialgica.** *Revista Medicina*, 80, 111-127. 2001.

LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and coping.** New York: springer. 1985

LEVINE, S., URSIN, H; **What is stress?** Em Brown, M. R., Koob, G. F., River, C. (Org), *Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology* (pp. 3-21). New York: Marcel Dekker. 1991

MARTINS, M. A; VANDENBERGHE, L. **Psicoterapia no tratamento da Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT.** Em Guilhardi, H. J., Aguirre, N. C. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição Vol 18.* (pp. 238-248). Santo André: Esetec. 2006.

MARTINS, M. A.; VANDENBERGHE, L. **Intervenção psicológica em portadores de Fibromialgia.** (Submetido para Publicação). 2007

MELZACK, R. **Pain and stress: Cluestoward understating chronic pain.** In: M. Sabourin, F. Craik & M. Robert (Orgs.). *Advances in Psychological Science Vol 2.* (pp.63-85). London: Taylor & Francis. 1998.

OTIS, John D et al. **An Examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder:** *Journal of Reanbilitation Research & Development*, 40, 397- 406. 2003.

QUEIROZ, Marilene de A. M.; **Psicoterapia comportamental e fibromialgia: alvos para intervenção psicológica.** 1º ed. Santo André, SP. *ESETec Editores Associados*, 2009.

SELYE, H. **The Stress of Life**. McGraw-Hill Book Company Inc. NY. 1956.

URSIN, H.; ERIKSEN, H. R. **The Cognitive activation theory of stress**: *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592. 2004.

VLAEYEN, Johan W S; STEVEN J Linton. **Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art**: *Pain*, 85, 317-332. 2000.

SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITALIZADO: GESTÃO DO RISCO DE QUEDAS

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Catarina Dupret Vassallo de Abreu

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/2661017822022799>

Luciana Guimarães Assad

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/8365211492474389>

Luana Ferreira de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/0262666425067349>

Abilene do Nascimento Gouvea

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/7714167280875980>

Elizete Leite Gomes Pinto

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/8908073940574374>

Ana Lucia Freire Lopes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6892178827289764>

Nicolle da Costa Felicio

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/0887354369366002>

RESUMO: Objetivo: apresentar a experiência da criação e implantação de um protocolo de prevenção de quedas em um hospital universitário. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital público universitário do Rio de Janeiro nos anos de 2018 e 2019. As atividades desenvolvidas foram realizadas a partir do envolvimento de pacientes, familiares e equipe de saúde, com vistas à prevenção de quedas. Foram implementadas estratégias de sensibilização de pacientes e acompanhantes a partir da educação para a saúde durante a sua internação, além de capacitações das equipes na temática. **Resultados:** As etapas seguidas para a criação e implementação do protocolo foram articuladas e envolveram: a definição de um grupo de trabalho de quedas; o levantamento das melhores evidências sobre o tema; a sua construção e aprovação; a escolha de duas unidades piloto para a sua implantação; a promoção de educação continuada com a equipe de saúde e de apoio e a organização de folder educativo ilustrado para os pacientes. A aplicação do protocolo se inicia na admissão do paciente e permanece até a alta, com avaliação diária do risco de queda do paciente e adoção de medidas de cunho universais e específicas, de acordo com a classificação desse risco. **Conclusão:** Os

protocolos se constituem em uma ferramenta que promove a padronização das condutas, no controle dos resultados e facilita a tomada de decisões. Essa tecnologia de cuidado, quando aplicada, permite a fluidez da comunicação, implicando no envolvimento da equipe de saúde, na manutenção da centralidade dos pacientes no cuidado e no envolvimento de familiares na aderência às ações desenvolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Acidentes por Quedas; Promoção da saúde; Gestão da Qualidade; Prevenção de Acidentes.

HOSPITAL PATIENT SAFETY: FALL RISK MANAGEMENT

ABSTRACT: Objective: to present the experience of creating and implementing a fall prevention protocol in a university hospital. **Methodology:** The study is a descriptive report of experience carried out in an university hospital in Rio de Janeiro within the years of 2018 and 2019. The activities developed included the commitment of patients, family members and the health team with the overview of fall prevention. Strategies were established for the education of patients and their caregivers or family members related to health during their hospitalization. Besides that, the healthcare workers involved were trained on the same area. **Results:** The steps followed for the creation and implementation of the protocol were articulated and involved: the definition of a falls working group; the survey of the best evidence on the topic; its construction and approval; the choice of two pilot units for its implementation; the promotion of continuing education with the health and support team and the organization of an illustrated educational folder for patients. The application of the protocol starts at the patient's admission and remains until discharge, with daily assessment of the patient's risk of falling and the adoption of universal and specific measures, according to the classification of this risk. **Conclusion:** The protocols consisted on tools that promote the standardization of the conduct regarding the control of the results and facilitate decision making. Implementation of this technology related to healthcare allows a better communication, including the involvement of the health team in maintaining the focus of patients on their healthcare and the involvement of the family members in committing to the actions developed.

KEYWORDS: Patient Safety; Accidental Falls; Health Promotion; Quality Management; Accident Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo tem como tema central a meta internacional número seis de segurança do paciente que se refere a prevenção de quedas. A segurança do paciente é um requisito para a qualidade do cuidado e é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos na saúde. Tem sido tema de discussão, sobretudo nos países em desenvolvimento desde a década de 90 (OMS, 2009).

Já a queda é definida como a descida abrupta do corpo para um nível inferior ao que se encontra, como solo ou pavimento, podendo ocorrer de qualquer elevação, desde a própria altura do paciente até do vaso sanitário, da cama, cadeira, dentre outros. É causada

por múltiplos fatores e pode ou não gerar danos reversíveis ou irreversíveis (WHO, 2021).

O evento de quedas, muitas vezes banalizado pela população e pelas equipes de saúde, é considerado um incidente de preocupação mundial, podendo gerar danos importantes de alta notificação, sendo a segunda principal causa de mortes por lesões não intencionais em todo o mundo. A cada ano, estima-se que 684.000 pessoas morram de quedas em todo o mundo, das quais mais de 80% em países de baixa e média renda, sendo os adultos acima de 65 anos os mais envolvidos nesse fenômeno (WHO, 2021).

Segundo a literatura, a queda é considerada evento traumático, multifatorial e inesperado, provocando consequências indesejáveis ao paciente, familiares, profissionais, instituições de saúde e sociedade (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Quando se relaciona essa problemática às situações de internação, os dados mostram que ocorrem aproximadamente 200 mil quedas anuais, sendo desse total 26 resultando em óbito (NPSA, 2007).

Os pacientes hospitalizados possuem risco aumentado de quedas por se encontrarem em ambiente desconhecido, considerado como fator de risco extrínseco para queda. Além dos riscos externos, a queda é potencializada por fatores intrínsecos ao paciente como: incontinência urinária e fecal, redução do equilíbrio, da força e da mobilidade, além da diminuição da acuidade visual; sua situação clínica quando desfavorável, presença de doenças agudas, crônicas e a polifarmácia, também predispõe a quedas no ambiente hospitalar, que é compreendido como um evento de causa multifatorial (ANDRADE et. al., 2019).

Como avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, a queda é um dos indicadores monitorados pelo programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. (CHC, 2020)

Um estudo randomizado desenvolvido por uma equipe de profissionais de saúde nos EUA demonstrou que a aplicação de uma ferramenta de prevenção de risco de quedas usando tecnologia de informação em saúde reduziu significativamente as taxas de quedas na instituição (DYKES et al, 2010).

Outra pesquisa que analisou 826 boletins de notificação de casos de quedas ocorridos durante 30 meses, demonstrou que quedas do leito foram mais frequentes (55%), com maior prevalência na enfermaria de neurologia. Maior frequência de quedas foi verificada no período noturno (63,7%), nos primeiros cinco dias da admissão (61,7%), nos pacientes de sexo masculino (57,5%) e na faixa etária maior de 60 anos (50%). Nos casos de quedas do leito, os diagnósticos relacionaram-se a doenças infecciosas e parasitárias (18,2%), doenças do sistema nervoso (18,2%) e doenças do aparelho circulatório (13,7%). Nas quedas da própria altura, os diagnósticos relacionaram-se a neoplasias (19,4%) e doenças do aparelho geniturinário (16,1%). A caracterização desses eventos adversos auxiliaram no reconhecimento dos grupos de maior risco e na elaboração de propostas

preventivas (PAIVA et al, 2010).

As quedas determinam o aumento do tempo de internação hospitalar e consequentemente dos custos econômicos e sociais, considerando os desconfortos e sequelas provocados nos pacientes, incapacitando-os para o trabalho, além de influenciar na perspectiva da qualidade da assistência prestada por uma instituição de saúde e de um cuidado seguro (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Um estudo comparativo conduzido em um hospital canadense com mais de 700 leitos mostrou que os pacientes que não haviam sofrido queda tinham 2,4 vezes mais chance de receber alta mais rápido do que aqueles que caíram, mesmo que o acidente não tenha resultado em nenhuma sequela física (DUNNE, GABOURY e ASHE, 2014).

No Brasil, os gastos do SUS com fraturas em idosos, decorrentes de quedas, atingiram 81 milhões de reais por ano. Segundo dados do Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos (FABRÍCIO; RODRIGUES; JUNIOR COSTA, 2004).

Pode-se entender esse evento como prevenível, principalmente em indivíduos com alterações fisiológicas que predispõem a um alto risco (HENDRICH, et. al., 2003).

Em entrevista à Rede Proqualis, Urbanetto (2018) refere ser difícil zerar as quedas, mas é possível a sua redução em até 80% a partir da implantação de protocolos.

De acordo com WHO (2021), as estratégias de prevenção de quedas devem enfatizar a educação, o treinamento, a criação de ambientes mais seguros, a priorização de pesquisas relacionadas a quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir o risco.

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel de destaque junto a equipe de saúde na prevenção e monitoramento das quedas em pacientes hospitalizados, desde a sua admissão com orientações que irão prepará-lo para a alta hospitalar e para os cuidados em domicílio.

A necessidade de um olhar multidisciplinar, centralizado no paciente, é essencial na construção de uma metodologia de prevenção que envolva multifatores e permita que a futura aplicação desse processo considere a observação das necessidades globais metabólicas do paciente e promova, consequentemente, um cuidado integral (MATSUMOTO e MILAGRES, 2018).

Frente ao exposto, o estudo teve como objetivo apresentar a experiência da criação e implantação de um protocolo de prevenção de quedas em um hospital universitário.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado em um hospital público universitário do Rio de Janeiro, nos anos de 2018 e 2019. É um hospital de

grande porte com capacidade instalada de 500 leitos e possui amplas atividades clínicas e cirúrgicas, sendo considerado referência para diversas especialidades.

Os relatos de experiência mostram-se como uma metodologia de narrativas de experiência profissional que permite a construção de conhecimentos a partir do cotidiano, fundamentado em bibliografias de apoio. Possibilita o registro de situações ou acontecimentos da prática que merecem ser documentados por servirem de fontes de saberes e fazeres (DYNIEWICZ, 2014).

O projeto de extensão que trabalha em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição, oferece três direcionamentos: o pressuposto do ensino, a partir da apropriação de saberes relacionados à temática de quedas; o pressuposto da pesquisa na medida da materialização e divulgação dos conhecimentos adquiridos, como é o caso deste artigo e o pressuposto da extensão relacionado a intervenções sobre a realidade estudada e pesquisada.

A partir da preocupação em prevenir o risco de queda, foi elaborado um protocolo com foco no paciente adulto para ajudar na prevenção desse incidente, que foi construído nessa parceria com o NSP e equipes de saúde do hospital universitário, a fim de ser implantado no ambiente de internação (UERJ, 2019).

O protocolo teve como base a experiência de profissionais da área de saúde, a literatura atual relacionada à prevenção de queda em ambientes hospitalares e o uso da escala preditiva *Morse Fall Scale*, referente a pacientes adultos (URBANETO, 2013).

Em um primeiro momento, foi realizada busca da literatura para prevenção de queda, incluindo recomendações de órgãos oficiais internacionais e nacionais, artigos de pesquisa de campo e relato de experiência, que tratassem dos fatores de risco para queda, prevenção de queda e danos a ela relacionados e, experiências positivas em instituições hospitalares que envolvessem a temática.

Além disso, buscou-se envolver os profissionais que atuam na assistência direta e indireta ao paciente, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e profissionais de apoio (limpeza e manutenção).

O protocolo tem como finalidade o atendimento à meta de Redução do Risco de Queda, preconizada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente para reduzir a ocorrência de quedas dos pacientes internados e os danos decorrentes da mesma (UERJ, 2019; BRASIL, 2014).

3 | RESULTADOS

O desenvolvimento das ações implementadas passam por três eixos: inicialmente pela construção de uma *prática segura*, onde se apura os riscos locais, avalia-se os riscos individuais do paciente por meio da escala de Morse, identificando com pulseira aqueles com risco alto, além de corrigir os riscos da área física e atualizar o protocolo de prevenção

de quedas. O segundo eixo diz respeito à *construção de uma cultura de melhoria contínua* no qual se estimula um sistema de notificação de casos de quedas, implanta-se pontos de prevalência, investiga-se as causas de quedas, discutindo com as equipes e publica-se mensalmente nas enfermarias os resultados dos indicadores colhidos. Finalmente o terceiro eixo se refere ao *envolvimento de todos no cuidado seguro*, o que passa por orientações a pacientes e familiares sobre cuidados de prevenção, a oferta de informações com sinalização de riscos, realização de treinamentos com equipe de saúde e apoio e estímulos a comunicação clara nas passagens de plantão e rounds (UERJ, 2017).

Os resultados desse relato de experiência apresentam um dos segmentos dessas ações preventivas, que são as ações desenvolvidas na construção e implantação do protocolo de prevenção de quedas para adultos.

O protocolo é considerado uma ferramenta para o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre as equipes e propicia a padronização das ações no hospital. Tem por diretrizes gerais a avaliação inicial do paciente, a aplicação de medidas universais e específicas para prevenção de quedas e seu monitoramento.

Em uma etapa inicial, para a elaboração do protocolo, o NSP da instituição instituiu um Grupo de Trabalho (GT) de quedas que ficou responsável pela confecção e implantação do mesmo. Esse grupo foi constituído por profissionais do hospital e do projeto de extensão e ficou sob a coordenação do NSP. Seu objetivo inicial foi o levantamento das melhores evidências sobre o tema buscando atualizar seus conhecimentos sobre as práticas preventivas e de controle de quedas, que serviram como fundamentos para as tomadas de decisão.

Sobre a elaboração e aplicação de protocolos, estudos apontam redução nos índices de quedas e recomendam que essa construção deva ser fundamentada na literatura, com base nas melhores evidências, a fim de propiciar o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar e o desenvolvimento de ações diversificadas, abrangentes e embasadas cientificamente (CORREA, et al, 2012).

A etapa seguinte envolveu a seleção de duas enfermarias consideradas pilotos para a implantação do protocolo, escolhidas a partir da análise de notificações de quedas recebidas no NSP e o envolvimento dos profissionais com o tema. Na continuidade, foram realizadas visitas de sensibilização para a implantação, além da análise do comportamento do incidente nessas unidades para o diagnóstico situacional e o envolvimento da equipe de saúde e de apoio.

Em etapa posterior foi desenvolvido material educativo para a formação continuada dos profissionais. As ações de educação continuada com os participantes da equipe tiveram como objetivo a troca de conhecimentos entre o grupo e discussão sobre o protocolo a ser implementado. A estratégia foi essencial para alinhar os conhecimentos e maximizar a adesão do grupo ao processo.

Um estudo desenvolvido com o objetivo de incrementar a adesão às notificações,

mostrou que as práticas educativas têm um importante papel no estímulo à equipe na busca de melhorias dos processos e fortalecimento de práticas seguras. Entretanto, defendem que associado a essas práticas é necessário que os gestores dos processos proporcionem condições de trabalho que permitam o compartilhamento de responsabilidades e de opiniões para que a equipe tenha como ideal a segurança do paciente (REINIACK, et al, 2017).

Ainda com foco na educação em saúde, o grupo construiu um folder para os pacientes admitidos, que continham orientações para prevenção de quedas.

Todas essas fases anteriores foram importantes para sedimentar a aplicação do protocolo que se inicia na admissão do paciente, quando o enfermeiro colhe o seu histórico e aplica a escala preditiva de quedas para adulto (Escala Morse), o que vai definir o risco de queda (baixo, moderado ou alto risco). Essa avaliação deve ser contínua, ou seja, diariamente, mas também em casos de transferência do paciente e na alteração de seu caso clínico.

Um estudo desenvolvido por Urbaneto et al (2013), realizou a tradução e adaptação transcultural da *Morse Fall Scale* para a língua portuguesa do Brasil. Demonstraram que 73,9% de profissionais avaliaram os itens da escala como muito claros e o consenso entre os juizes na aplicação da escala atingiu uma classificação de resultados satisfatórios. Entretanto, ressaltam a importância de se aprofundar estudos que identifiquem pontos de corte para a predição do risco de quedas e analisem a efetividade da referida escala.

No momento da admissão, as orientações ao paciente e acompanhante são realizadas pelo enfermeiro, baseadas no folder educativo ilustrado e na assinatura do Termo de Orientações para Prevenção de Quedas. Esse material deve ser entregue e discutido com os pacientes para dirimir dúvidas sobre o tema. A entrega de material educativo serviu como material de consulta para possíveis dúvidas futuras, o que possibilitou melhorias no autocuidado e na adesão ao protocolo.

O conteúdo do protocolo envolve a prescrição individualizada referente ao risco de quedas e a adoção de medidas universais e específicas para baixo, moderado e alto risco. As universais estão relacionadas ao controle do ambiente e atuação dos profissionais e são realizadas para todos os pacientes, enquanto as específicas são dependentes da avaliação do risco de queda daquele paciente.

As medidas referentes ao ambiente dizem respeito à iluminação adequada, leitos livres de obstáculos; sinalização de pisos escorregadios; restrição da aberturas de janelas; manutenção da cama com travas de segurança, na posição mais baixa durante a utilização e com as grades elevadas; manutenção dos itens pessoais ao alcance do paciente.

Já as medidas preventivas universais que envolvem a atuação dos profissionais, essas compreendem as orientações ao paciente quanto ao reconhecimento do ambiente da unidade de internação, ao risco de queda específico e a importância do acompanhante comunicar a equipe, caso necessite se ausentar. O profissional deve incentivar o uso

contínuo de óculos e de prótese auditiva e a solicitação de ajuda. Outras orientações envolvem o alerta para manterem as grades das camas elevadas e a educação para que o paciente deite na presença de mal estar, tonturas ou vertigens, além de evitar levantar-se subitamente, sem antes permanecer um tempo sentado.

É realizada uma avaliação da necessidade de acompanhante durante a internação. No caso de pacientes agitados e/ou desorientados, o uso da grade nas camas pode constituir um fator agravante, pois na tentativa de passar por sobre a mesma pode ocorrer uma queda com consequências até mais graves; nestes casos, deve ser avaliado o aumento da vigilância ou controle químico.

Outras medidas universais realizadas pelos profissionais são registro em prontuário das orientações dadas ao paciente e familiar sobre o risco de queda; compartilhamento com a equipe multidisciplinar sobre o risco e a implementação de medidas preventivas para queda na instituição e implementação de rondas de conforto e segurança para antecipação de situações inseguras.

Esse protocolo defende que a equipe que compõe a unidade de internação e acompanhantes devem estar sempre atualizados sobre as medidas preventivas para queda, além do conhecimento do quadro de risco dos pacientes, para assim haver uma melhor abordagem preventiva. Apesar da centralidade da enfermagem no protocolo, as quedas por serem um evento provocado por uma amplitude de fatores de risco necessitam dessa abordagem multidisciplinar.

Araújo (2017), destaca que o trabalho com auxílio da equipe multiprofissional proporciona melhor vivência e segurança ao usuário que faz o uso de seu serviço. Cada profissão tem seu escopo de atuação específico e objetivos e ações diferentes a desenvolver com o paciente, entretanto os saberes se entrelaçam sendo de suma importância o compartilhamento das informações e cuidados para que todos se sintam responsáveis pela segurança do paciente. O diálogo com paciente, a discussão e a criação de estratégias pela equipe, são abordagens de extrema relevância para um cuidado seguro.

A partir da aplicação da escala preditiva e a classificação do paciente o plano de cuidados é implementado. Nas situações de moderado risco de quedas, a recomendação consiste em aplicar as medidas universais, além de supervisionar e/ou auxiliar na mudança de posição de cabeceira, na higiene pessoal, ida ao banheiro ou outras necessidades de mobilização e comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferência.

Para as situações de alto risco de quedas, além de todas as ações descritas anteriormente, recomenda-se manter o paciente em um leito com bom acesso e visualização da equipe de enfermagem; acompanhar, antecipar-se e permanecer nas atividades de higiene, segurança e conforto; avaliar com a equipe médica uma eventual mudanças de medicação; realizar o transporte com a presença da equipe de saúde e realizar rondas de 2 em 2 horas para antecipação de problemas ou dificuldades. O uso da pulseira amarela,

indicativa de risco de quedas é aplicada exclusivamente em pacientes classificados como de alto risco.

Ademais, também são utilizadas medidas específicas para o alojamento conjunto da maternidade, que envolvem manter o bebê no berço, durante o sono e transporte e só ser retirado para alimentação e cuidados necessários, com a supervisão da equipe de enfermagem. Em caso de mães com distúrbios comportamentais, orientar a presença do acompanhante sempre e se porventura não houver essa possibilidade, o recém nascido deverá ser transferido para a Unidade Neonatal.

Na ocorrência de uma queda é importante que a equipe, de imediato, avalie o paciente e os desdobramentos que o incidente provocou no paciente, procedendo, então, ao cuidado necessário para minimizar os danos.

Posteriormente, a equipe deve se debruçar para registrar e notificar o caso ao NSP que, por sua vez, analisa o incidente identificando as causas intrínsecas e extrínsecas que levaram a queda e discute com a equipe da unidade de internação as intervenções necessárias para revisão de processos de trabalho na instituição e prevenir situações parecidas no futuro.

Um aspecto importante destacado no protocolo diz respeito à observação e análise de fatores de risco para quedas, que são definidos como intrínsecos ou extrínsecos.

Os fatores intrínsecos são aqueles que envolvem questões individuais relacionadas à fisiologia, patologia e medicamentos, como: idade (menores de cinco anos e acima de 65 anos); declínio cognitivo; uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos (PRATA et al., 2011), hipotensores; (VELTEN et al, 2019); alterações na visão e na audição; distúrbios vestibulares, como vertigem e tontura (KANASHIRO, 2005); deformidades ósseas; marcha enfraquecida; desidratação e hipoglicemia. (SILVA; COSTA; REIS, 2019)

Quanto aos fatores extrínsecos, é importante que a equipe realize o diagnóstico do ambiente que irá gerar relatórios para os setores envolvidos com a manutenção preventiva. Desse modo, os riscos ambientais são: ausência de barras de apoio no banheiro e no percurso; pisos escorregadios; escadas a beira leito; camas e cadeiras com falhas na manutenção; campainhas de chamada fora de alcance; baixa luminosidade; vestuário inapropriado; ambiente estranho ao indivíduo. (SILVA; COSTA; REIS, 2019)

Para o controle da eficácia das estratégias, o uso de indicadores de qualidade é a estratégia de escolha, pois auxiliam na avaliação dos resultados, na visualização do alcance dos objetivos e na tomada de decisões do gestor. Para entender se uma mudança gera melhorias no processo de cuidado, a construção de gráficos de tendência permite manter a memória dos indicadores ao longo de um determinado período e facilita a análise de causas de variação dos resultados.

Desse modo, para monitorar e apoiar decisões, os indicadores eleitos foram: percentual de quedas; dias entre quedas e percentual de pacientes avaliados quanto ao risco de quedas na admissão.

4 | CONCLUSÃO

Concluimos que as medidas de prevenção de quedas, para serem eficientes e eficazes, exigem a observância dos múltiplos fatores que envolvem as mesmas e conseqüentemente o desenvolvimento de estratégias de mitigação que devem ser adaptadas a essa realidade.

Desde o momento da admissão do paciente, até a alta hospitalar, as ações deverão estar integradas a partir de um protocolo que seja conhecido e aplicável por todos.

Os protocolos se constituem em uma ferramenta que promove a padronização das condutas, no controle dos resultados e facilita a tomada de decisões.

Essa tecnologia de cuidado, quando aplicada, permite a fluidez da comunicação, implicando no envolvimento da equipe de saúde, na manutenção da centralidade dos pacientes no cuidado e no envolvimento de familiares na aderência às ações desenvolvidas.

Com tudo isso a adoção de medidas institucionais sistematizadas, associadas a aplicação de estratégias que promovam o envolvimento da equipe de saúde e dos pacientes e familiares melhoram a adesão ao protocolo e conseqüentemente a redução de incidentes de quedas e de seus danos associados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA R, ABREU C. e MENDES A. **Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção.** Rev Enferm Referência. 2010 dez. Série 3(2):163-72.

ANDRADE D, OLIVEIRA RA, TURRINI R.N.T., POVEDA V.B. Escalas de avaliação de risco para queda: revisão integrativa da literatura. **Revista baiana de enfermagem** 2019;33:e 27981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BARBOSA, Pedro; CRUZ, L. C. e. S. **Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização.** 0. ed. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. p. 1-20.

CHC 2020. **Compromisso com a Qualidade Hospitalar.** Disponível em https://cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=98. Acesso em 5 de maio de 2021. Sem autor: **Indicadores.**

CORREA, Arlete Duarte et al . Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 67-74, Feb. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100009>.

DUNNE, T. J., GABOURY, I., & Ashe, M. C. (2014). **Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 396–400. doi:10.1111/jep.12144.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora, 2014.

DYKES PC, CARROLL DL, HURLEY A, et al. Fall Prevention in Acute Care Hospitals: A Randomized Trial. **JAMA**. 2010;304(17):1912–1918. doi:10.1001/jama.2010.1567

HENDRICH, Ann L. [et al.] (2003) – **Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients**. Applied Nursing Research. Vol. 16, nº 1, p. 9-21.

KANASHIRO, Aline Mizuta Koroski; PEREIRA, Cristiana Borges; MELO, Antonio Carlos de Paiva; SCAFF, Milberto. Diagnóstico e Tratamento das Principais Síndromes Vestibulares. **Arq Neuropsiquiatr**. São Paulo. 2005, 63(1): p.140-144.

MORSE, J. – **Preventing Patient Falls**. 2nd. ed. Springer Pub., 2009, New York. ISBN: 978-0-8261-0389-5.

MATSUMOTO, Viviane Santos; MILAGRES, Clarisse Santana. Atuação da equipe multidisciplinar na prevenção de quedas em idosos no domicílio. **Revista científica da FHO**. Uniararas, Poço de Caldas - MG, v. 6,n. 1, p.13-20, dez.2018. Disponível em: http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.009-2018.pdf. Acesso em: 4 mai. 2021.

OMS, **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100019>.

PRATA, H. L. et al. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Proeto Prev-Quedas. **Public Health, Fisioterapia**. Curitiba, v. 24, n. 3, p. 1-7, abr./2011

PEREIRA R. Queda em Pediatria: **Um desafio para a equipe multidisciplinar** In: Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas [=Blucher Medical Proceedings, v.1, n.4]. São Paulo: Blucher, 2014.

REINIACK Suelen, SILVA Cristiane Ferraz da, PAZ Marisol da; CUNHA Karinne Cristinne da Silva. Notificação de Queda do Paciente Cirúrgico antes e após treinamento em serviço. **Cogitare enferm**. 2017 jan/mar; 22(1): 01-08

SILVA, A. K. M.; COSTA, D. C. M. D.; REIS, A. M. M. Fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de ensino. **Einstein**. São Paulo, v. 17, n. 1, fev./2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082019000100212&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 4 mai. 2021.

UERJ, Faculdade de Enfermagem. **Segurança do Paciente Hospitalizado: gestão do risco de quedas**. Coordenação Luciana Guimarães Assad. Projeto de Extensão Universitária. 2017.

URBANETTO, Janete de Souza et al . Morse fall scale: translation and transcultural adaptation for the portuguese language. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 3, p. 569-575, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000300007>.

URBANETO, Janete de Souza. **Avanços e desafios da prevenção de quedas no ambiente hospitalar**. Entrevista à Rede Proqualis. Disponível em <https://proqualis.net/entrevista/avan%C3%A7os-e-desafios-da-preven%C3%A7%C3%A3o-de-quedas-no-ambiente-hospitalar>. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Núcleo de Segurança do Paciente. POP n.02/2019. Protocolo de Prevenção de Quedas, 2019.

VELTEN, A. P. C. et al. Fatores associados à hipotensão ortostática: estudo ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública: REPORTS IN PUBLIC HEALTH**, Espírito Santo. p.1-12, mar./2019

WOOD ML. Implementing a Humpty Dumpty Falls (tm) Scale & Prevention Program. In: **Pursuit of Excellence**. v. 7, n. 1, 2006.

WHO. World Health Organization. **Falls**. Geneve: WHO; 2021 April. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani and COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.1, pp.93-99. ISSN 1518-8787.

ANÁLISE DO DESEMPENHO DE FORÇA E FLEXIBILIDADE EM BAILARINOS AMADORES

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 27/04/2021

Carolina Rocha Diniz

Rhema Educação

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/9766451764238901>

RESUMO: O balé clássico é uma modalidade de dança que exige muito do físico e do emocional do praticante, durante aulas as bailarinas vão adquirindo e aperfeiçoando diversas capacidades físicas, a força e a flexibilidade têm um destaque maior neste estudo pela sua importância para uma boa performance nas apresentações. Força e flexibilidade são duas aptidões física importantes para os bailarinos, porque é uma utilização de movimentos com complexidade de alto impacto e grandes amplitudes articulares. Neste sentido o objetivo deste estudo tem como grande fator a importância do desenvolvimento e desempenho da flexibilidade e força em bailarinos clássicos amadores. A metodologia deste trabalho delimitou-se em abordar apenas o tema: Análise do desempenho de força e flexibilidade em bailarinos amadores buscando diversas publicações e protocolos sobre o tema. Neste trabalho analisa-se que ainda há poucos estudos científicos sobre o tema abordado. Em vista das ideias mencionadas, alguns estudos que não proporcionam um aumento de força significativo e outros que já favorecem e é uma grande melhora na flexibilidade das bailarinas proporcionando

uma melhor performance. Considere –se assim que a flexibilidade e a força tem grande influência na performance das bailarinas, com isso através desse estudo foi perceptível que seguindo alguns protocolos de treinamento extras á uma melhora na força e na flexibilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Força; Flexibilidade ; Balé Clássico.

ANALYSIS OF STRENGTH AND FLEXIBILITY PERFORMANCE IN AMATEUR DANCING

ABSTRACT: Classical ballet is a type of dance that demands a lot of the physical and emotional of the practitioner. During classes the dancers acquire and improve various physical abilities, strength and flexibility are highlighted in this study because of its importance for a good performance in presentations. Strength and flexibility are two important physical aptitudes for dancers, because they are the use of movements with high impact complexity and large joint amplitudes. In this sense, the objective of this study has as its major factor the importance of the development and performance of flexibility and strength in amateur classical dancers. The methodology of this work was limited to address only the theme: Analysis of strength and flexibility performance in amateur dancers seeking various publications and protocols on the subject. In this work we can see that there are still few scientific studies on the topic addressed. In light of the ideas mentioned, there are some studies that do not provide a significant increase in strength and others that already favor and a great improvement in the flexibility of the dancers

providing better performance. Considering that flexibility and strength have a great influence on the performance of the dancers, with this study it was noticeable that following some extra training protocols will improve the strength and flexibility.

KEYWORDS: Force; Flexibility; Classical ballet.

1 | INTRODUÇÃO

A aula de balé clássico divide-se em duas partes: exercícios executados na barra e no centro. O professor deve elaborar a aula de acordo com a duração e planejar exercícios na barra com combinações simples que trabalham a lateralidade, alternações, movimentos simultâneos (de cabeça, braços e pernas), com duração variada de 20 a 40 minutos. É na barra que o bailarino se prepara fisicamente e tecnicamente, iniciando com sequências de exercícios de aquecimento em pequenos movimentos articulares até exercícios técnicos realizando movimentos de grandes amplitudes articulares (SAMPAIO, 2001).

Os exercícios no centro são constituídos de sequências mais elaboradas e requer do bailarino mais força, agilidade e equilíbrio, desenvolvendo exercícios mais rápidos de pequenos a grandes saltos, como os *Allegros* exercícios de movimentação lenta (SAMPAIO, 2001; VAGANOVA, 1991).

Atualmente o balé clássico vem se expandindo, causando muitas lesões em alguns praticantes devido à má execução de alguns exercícios, por ausência de força e falta de um bom desenvolvimento da flexibilidade. O desejo imediato de subir nas sapatilhas de pontas, de realizar saltos com amplitude a 180 ° devido a flexibilidade, e de realizar os pequenos saltos (*Allegro*), antes mesmo que o corpo do bailarino esteja preparado fisicamente para executar movimentos com um alto grau de dificuldade, tem prejudicado cada vez mais os praticantes de balé clássico. Existem treinamentos de preparação física para preparar o corpo dos bailarinos, evitando lesões e fazendo com que eles tenham uma melhor performance.

O excesso ou falta de flexibilidade e força pode gerar lesões em bailarinos de balé clássico principalmente se não for trabalhado devidamente, com isso verifico a necessidade de elaborar um trabalho mais específico de flexibilidade e força.

A dança clássica tem como instrumento a performance do corpo humano, e talvez em seus diferentes tipos de manifestações, seja a que menos reagiu às mudanças socioculturais ocorridas ao longo do tempo. Bailarinos, assim chamados os praticantes da dança clássica, precisam constantemente seguir padrões estéticos bastante rígidos, executam movimentos de grande amplitude articular, força muscular e controle corporal extremo, dependem de suas capacidades cardiorrespiratórias e anaeróbias, realizando seus movimentos com economia de esforço e energia, transparecendo, desta forma, leveza e graciosidade (GARRET, 2003).

A partir da minha experiência como bailarina e professora de dança clássica,

percebo o quanto o preparo físico deve ser excepcional, pois os bailarinos se esforçam demasiadamente tanto em exercícios técnicos em aulas, ensaios e apresentações.

Dentre as aptidões físicas mais exigidas, a força e a flexibilidade são constantes para o desempenho dos bailarinos da dança clássica. Assim, surge alguns questionamentos com base em alguns artigos: Um programa de treinamento específico de flexibilidade e força para bailarino realmente é eficaz para complementar a rotina de ensaios e apresentações?

O objetivo geral da pesquisa tem como grande fator a importância do desenvolvimento e desempenho da flexibilidade e força em bailarinos clássicos amadores. O objetivo específico é avaliar a importância da flexibilidade no balé clássico, avaliar a importância da força no balé clássico. Demonstrar em estudos científicos protocolos para desenvolver a força e a flexibilidade.

Esta revisão de literatura investiga estudos sobre as alterações da flexibilidade e força de bailarinos clássicos durante diferentes períodos.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Balé clássico

O balé clássico é uma forma de dança ensinada no mundo inteiro seguindo os princípios estabelecidos desde a criação da Academia Real de Dança, fundada por Luis XIV no ano de 1661. Segundo Haas et.al (2010) a rotina do balé clássico visa o treinamento com ênfase na sustentação, equilíbrio, o uso sapatilhas de ponta e um corpo magro, o que está internalizado pelos bailarinos nos dias de hoje.

O termo balé é derivado da palavra francesa balé, proveniente do verbo *Ballare*, que no italiano significa bailar ou dança (NOGUEIRA E GARCIA, 2003, p.77). O balé clássico nasceu em consequência do desenvolvimento e da transformação da dança primitiva, a qual se baseava no instinto para uma dança formada por passos diferentes, com ligações e figuras previamente elaborados (DI DONATO, 1994: 11).

Segundo os autores Sampaio (2007), Caminada (1999), Bourcier (2001), Nanni (2003) os balés eram apresentados em grandes galas, em vários lugares, nas praças e nos pátios dos castelos, desde então, os artistas eram postos ao centro do espaço para dançar, em um plano mais elevado, e o público sentado aos arredores, em um plano mais baixo.

O *Maître* de ballet nomeado pelo monarca Luís XIV formou os quatro primeiros bailarinos profissionais: Mlles Roland, Lepeintre, Fernon e Lafontaine. Além de ter codificado as cinco posições básicas dos pés, criou alguns passos como o *Glissé*, *Coupé*, *Jeté*, *Assemblé*. Dois anos antes da morte do *Maître*, o rei fundou a Escola de Dança francesa, que sobrevive de 1713 até os dias de hoje, conhecida como a Escola de Dança da Opéra de Paris.

Com a evolução do balé clássico houve a criação de diversas metodologias com

diversas características, desenvolvidas em países distintos: Método Italiano, Método Vaganova (Russo), Método Francês, Método Royal (inglês), Método Cuballet (Cubano). Suas diferenças se encaixam nas formas de execução do movimento, agilidades, priorizando o alinhamento corporal e postural entre outros. O balé pode ser dançado em grupo, duos, trios e solo, sempre acompanhado com figurinos, cenário, iluminação, música.

Em 1840 as sapatilhas de ponta caracterizam a técnica romântica, “a dançarina enchia a ponta de suas sapatilhas com algodão, reforçando-as com galões e bordados; devendo sustentar – se pela força de grupamentos muscular e trabalhando o equilíbrio” (BOURCIER, 2001, p. 201). Dançar na ponta dos dedos é um símbolo do ballet e para isso, o corpo precisa estar devidamente preparado, com a extensão e força necessárias. No momento em que os calcanhares saem do chão, os tornozelos devem estar fortemente esticados, o pé arqueado e os dedos esticados. Atualmente, as sapatilhas de ponta são feitas de lona, depois cobertas com cetim. Elas apresentam finas solas de couro e uma espécie de box feito de gesso que envolve os dedos, garantindo a sustentação total do corpo em uma base pequena (PUOLI,2010).

O balé pode-se expressar sentimentos através das seis artes fundamentais: dança, música, arquitetura, escultura, literatura e pintura. Por isso, o balé é uma atividade que vai além de um esporte. O ballet aumenta a força muscular sem encurtar os músculos, desenvolve a coordenação motora, melhora o equilíbrio e favorece o alinhamento postural (BIDERMAN, 2008:8).

O balé é um ramo da dança que envolve arte, técnica e diversas capacidades físicas, entre elas a força e a flexibilidade. Segundo Grego (2002) a dança requer um alto grau de desenvolvimento de vários componentes. A linha esteticamente desejada para inúmeros movimentos como o “grande salto” necessita tanto flexibilidade quanto força. Para realizar equilíbrio fora do centro de gravidade ou passos rápidos na ponta dos pés, deve-se desenvolver uma refinada coordenação neuromuscular. A flexibilidade e a força podem ser desenvolvidas, mesmo que alguns bailarinos já tenham mais facilidade.

Quando o treinamento destas qualidades físicas é realizado de forma desorganizada, não há ganho na técnica de execução do movimento, acarretando, por exemplo, desânimo do bailarino (ROBERTSON, 1988).

O Balé clássico requer uma técnica específica. Quando se inicia o aprendizado da técnica, as aulas começam com exercícios de alongamento no chão. Mais tarde, se passa a fazer exercícios que desenvolvem a coordenação e depois vêm os exercícios na barra. Com mais tempo de estudo da técnica, as aulas sempre se iniciam com exercícios na barra. Ela é um instrumento preso a uma parede geralmente com espelho, que provê suporte e equilíbrio para que os bailarinos executem sequências que desenvolvam os músculos e o alinhamento corporal. A barra auxilia o bailarino a estabelecer e manter seu centro de gravidade para poder depois, no centro, executar quaisquer movimentos com precisão. Depois de finalizar esse primeiro momento da aula, ela continua com exercícios no centro,

sem o auxílio do instrumento (Puoli,2010).

Segundo Robertson (1988) o treinamento do balé envolve o uso sistemático de exercícios repetidos e progressivos que enfatizam os sistemas musculoesqueléticos, cardiovascular, respiratório e nervoso. Assim é trabalhado os fundamentos técnicos da dança o que envolve as habilidades físicas motoras que se encaixam a força, flexibilidade, agilidade, equilíbrio, potência, resistência muscular entre outros. Com isso se os bailarinos estiverem treinados suficientemente executariam a técnica sem fadiga, haveria uma excelência na reprodução dos movimentos proporcionando uma melhor performance nos palcos em apresentações ou competições.

O balé clássico não é somente uma forma de arte, mas desenvolve também a condição atlética. Para exibir movimentos elegantes o bailarino deve ter controle de todas articulações do corpo e estrutura musculoesquelética. É necessário, para isso, o adequado dimensionamento entre força e flexibilidade, para executar movimentos com perfeição, e evitar lesões futuras (QUARRIER E WIGHTMAN, 1998).

A evolução da técnica clássica se baseou na busca de leveza e agilidade, na qual o bailarino procura o domínio do corpo, de seus músculos e movimentos. Assim, o bailarino pode usar a sofisticação e a beleza da técnica clássica como forma expressiva interna, sem estar preso a limitações naturais de qualquer corpo (MALANGA,1985: 51).

2.2 Flexibilidade do bailarino

Mendes (1983) define flexibilidade como a dimensão de movimento de uma articulação ou grupo de articulações. No ballet clássico, a flexibilidade do quadril tem papel importante na execução técnica correta dos movimentos das pernas e tem importância estética nas apresentações (SIQUEIRA, 2013).

A flexibilidade é a qualidade física responsável pela performance dos movimentos voluntários de amplitudes articulares máximas (AAM) dentro dos limites morfológicos (ARAÚJO, 1983). Esta variável é considerada como um pré-requisito para a execução tecnicamente correta dos movimentos na dança, em especial o balé clássico, pois exige à amplitude máxima dos movimentos articulares e o nível de flexibilidade determina em grande parte o desempenho dos bailarinos, representado pela leveza dos movimentos (SILVA & BONORINO, 2008).

O balé é um exercício físico que requer um bom desenvolvimento do condicionamento físico pela realização de movimentos com complexidade de alto impacto e grandes amplitudes articulares.

Existem várias posições de pés comuns no balé, sendo que muitas dessas posições necessitam de uma rotação articular externa, do quadril, joelho e tornozelo a 90°, precisando assim de uma maior flexibilidade.

Os ensaios repetitivos e as aulas técnicas de balé clássico são específicos à dança e aos movimentos envolvidos, entretanto, não são suficientes para fornecer a sobrecarga

necessária para evocar respostas de treinamento.

Os exercícios de flexibilidade são utilizados para restaurar ou aumentar a mobilidade das articulações e grupos musculares, de forma a reduzir as aderências de tecido conjuntivo, diminuindo ligações cruzadas anormais de colágeno e reduzindo a rigidez dos tecidos. Melhorando as propriedades visco elásticas dos músculos, resultando em um tecido elástico, indolor e equilibrado quanto à flexibilidade.

A flexibilidade é a qualidade física responsável pela performance dos movimentos voluntários de amplitudes articulares máximas (AAM) dentro dos limites morfológicos (ARAÚJO, 1983). Esta variável é considerada como um pré-requisito para a execução tecnicamente correta dos movimentos na dança, em especial o balé clássico, pois exige à amplitude máxima dos movimentos articulares e o nível de flexibilidade determina em grande parte o desempenho dos bailarinos, representado pela leveza dos movimentos (SILVA & BONORINO, 2008).

A máxima extensão de quadril é por exemplo, uma condição de movimento utilizada com frequência em diversos passos típicos do balé como o “développé devant”, “attitude devant”, “grand battement devant” entre outros. Para a perfeita execução técnica desses passos é importante que o treinamento do balé priorize não só o desenvolvimento dos extensores de quadril, mas também o fortalecimento dos músculos flexores e rotadores laterais de quadril, sobretudo no final da amplitude de movimento (ADM), já que há a necessidade de executar o movimento no padrão técnico, com “en dehors”, ou seja, movimentos que pressupõem uma importante rotação lateral do quadril (ZUCCOLOTO et.al, 2016).

Em uma pesquisa, foi aferido o grau de flexibilidade da articulação do quadril de bailarinas divididas em dois grupos A e B nos seguintes movimentos: flexão do quadril, extensão do quadril e abdução do quadril, sendo utilizado o protocolo de Norkin e White (1997), método passivo de Goniometria.



Figura 1- Goniometria da flexão do quadril – Posição.

Fonte: Cigarro, et al(2006).

Colocação do sujeito na posição supina, com o quadril em abdução e rotação de 0°; estabilização da pelve, evitando rotação ou balanceio; alinhamento do goniômetro (o centro do eixo do goniômetro sobre o aspecto lateral da articulação do quadril, como referência, o trocânter maior do fêmur); alinhamento do braço proximal com a linha média lateral da pelve; alinhamento do braço distal com a linha média lateral do fêmur, usando como referência o epicôndilo lateral.



Figura 2 - Goniometria da flexão do quadril (estendida) - posição final.

Fonte: Cigarro, et al (2006).

À medida que é completada a amplitude da flexão do quadril, permite-se sua flexão.



Figura 3 - Goniometria da flexão do quadril (flexionada) - posição final.

Fonte: Cigarro, et al(2006).

Foi realizada, também, a flexão com o joelho flexionado, para a medição.



Figura 4 - Goniometria da abdução do quadril - posição final.

Fonte: Cigarro, et al(2006).

Colocação do sujeito na posição supina, com o quadril em flexão, extensão e rotação de 0°; estende-se o joelho; estabilização da pelve, evitando rotação ou balanceamento lateral; centrar o eixo do goniômetro sobre a espinha íliaca anterossuperior da extremidade que está sendo medida; alinhar o braço proximal com uma linha horizontal imaginária que vai de uma espinha íliaca anterossuperior à outra; alinhar o braço distal com a linha média anterior do fêmur, usando como referência.



Figura 5 - Goniometria da extensão do quadril - posição inicial.

Fonte: Cigarro, et al(2006).

No final da amplitude de movimento (ADM) de abdução do quadril, o braço distal do goniômetro é alinhado com a linha média da patela, e o proximal, com as espinhas íliaca anterossuperiores.

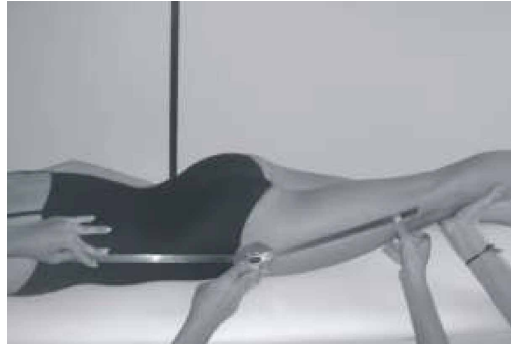


Figura 6 -Goniometria da extensão do quadril -posição final.

Fonte: Cigarro,et al(2006).

A extensão do quadril, o braço proximal do goniômetro mantém seu alinhamento correto e o braço distal do goniômetro fica na mão do examinador que suporta o fêmur do sujeito.

O grupo A realizou sua rotina normal de aulas de balé clássico três vezes por semana, mas com um acréscimo de um treinamento específico de flexibilidade, já o grupo B só manteve as aulas de três vezes na semana sem treino específico. Nesta pesquisa foi avaliado as diferenças nas condições físicas entre os grupos A e B devido ao treinamento específico, acreditando na melhora de uma boa performance.

De acordo com os resultados coletados deste teste o grupo A teve um aumento significativo no grau de amplitude de movimento na articulação do quadril em todos os movimentos testados que está nas imagens, já o grupo B não teve nenhuma alteração.

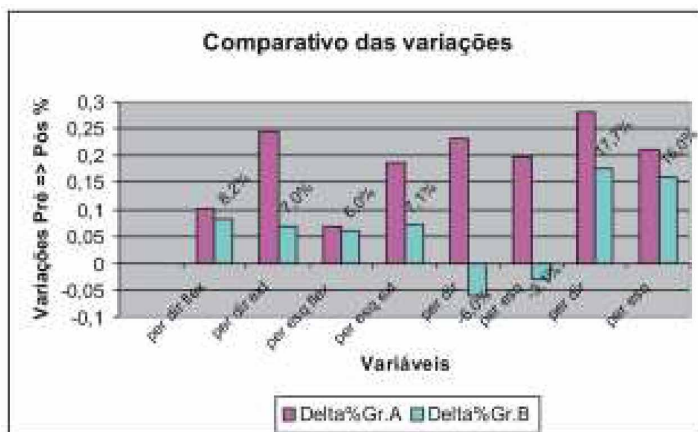


Tabela 1 - Comparativo das variações entre grupos A e B.

Fonte: Cigarro,et al (2006).

Sendo a flexibilidade muito importante para a execução dos movimentos técnicos do ballet clássico, pode-se sugerir que o treinamento de flexibilidade, aliado às aulas de ballet clássico, auxilia na performance e na manutenção das linhas necessárias para a execução dos passos mais avançados em bailarinas (Cigarro, et. al. 2006).

A flexibilidade é um fator imprescindível para que o bailarino faça movimentos amplos, próximo ao seu limite máximo, com suavidade e graça, sem requerer esforço e tensão muscular, para obter o estiramento da musculatura que possibilita o movimento (MORAES, 2009).

2.3 Força do bailarino

De acordo com Fleck e Kraemer (2006), força é a quantidade máxima de tensão que um músculo ou grupo muscular pode gerar em um padrão específico de movimento em uma determinada velocidade.

A força muscular pode ser definida como a quantidade máxima de força que um músculo ou grupo muscular pode gerar em um padrão específico de movimento realizado em dada velocidade e é considerada uma capacidade física importante para o condicionamento físico não só para atletas como também para indivíduos não atletas (KOMI, 2003).

Define força como a qualidade física que permite ao músculo produzir tensão e superar resistência. Assim como a propriocepção, a força é uma qualidade física fundamental para o movimento corporal. A força é classificada como uma capacidade motora, ou seja, faz parte de um conjunto de características motoras cujo limite de desenvolvimento é dado pela genética (MARTINS et al., 2010).

A contribuição mais importante da biomecânica em relação ao desempenho físico humano é através de sua capacidade de monitorar a força muscular. Este é o resultado da característica única da célula do músculo, pelo qual ele pode converter o produto químico, energia de ATP em trabalho mecânico.

A preparação física dos dançarinos e bailarinos é usualmente trabalhada em ensaios e aulas. Nestes, são incrementadas a força muscular, a flexibilidade e a resistência (MILIOS, et. al, 1991).

Para que aconteçam os giros, e os saltos, é necessário utilizar a força muscular, que no balé é trabalhada de acordo com a técnica, saltos grandes e pequenos, abdominais com aberturas e baterias, sustentação de pernas nos adágios.

Grande parte das atividades esportivas utiliza exercícios de impulsão e potência, saltar estão contidas nestas atividades. Para que este mecanismo ocorra é necessário um ciclo de alongamento-encurtamento muscular, ou seja, um mecanismo fisiológico cuja função é aumentar a eficiência mecânica dos movimentos, nos quais ocorre uma contração muscular excêntrica, seguida, imediatamente, por uma ação concêntrica (VOIGH et al, 2007).

No balé clássico durante as aulas, não se deve aplicar somente os fundamentos, mas também exercícios para que os bailarinos tenham condições físicas para uma melhor

performance na reprodução dos fundamentos em ensaios e apresentações.

Quando não há um trabalho bem desenvolvido de força muscular no indivíduo, principalmente nos membros inferiores os bailarinos não conseguem realizar uma elevação e sustentação de pernas; distância e altura máxima alcançada nos saltos; apoio e sustentação dos movimentos executados na meia ponta; e execução de movimentos limpos.

Segundo Santiago (2015) os programas de treinamento já são propostos em alguns estudos. Exercícios realizados com faixas elásticas têm-se demonstrado eficazes no aprimoramento de capacidades físicas, tais como força, potência e flexibilidade. As faixas elásticas já são utilizadas em programas de reabilitação, em treinamento de atletas e em programas de exercício físico, com bons resultados. A faixa elástica é ideal para ser inserida em programas de exercícios físicos para bailarinas devido a praticidade de se transportar e pelo fato de não necessitar de espaço próprio para sua realização, podendo ser realizado na própria sala de ballet.

Além disso, pode ter uma resistência maior de acordo com a cor e de acordo com a forma com que é utilizada, permitindo sobrecarga e possibilitando uma série de exercícios que proporcionam um aumento de força e de resistência muscular localizada, como também de auxiliar em exercícios de alongamento.

A faixa elástica pode ser utilizada em várias situações e até mesmo em reabilitações, e para os bailarinos pode ser utilizado para melhorar seu condicionamento com exercícios do próprio ballet.

Fração et al. (1999) ao investigarem o efeito do treinamento físico na aptidão física de bailarinas clássicas observaram que não há um trabalho específico de treinamento de força para o ballet, porém, os membros inferiores são particularmente fortalecidos pela especificidade dos gestos realizados.

Um treinamento de desenvolvimento da força, se não for secundado por exercícios de alongamento correspondentes, provocará efeitos negativos sobre a flexibilidade por motivos mecânicos (DANTAS, 2005).

Nas aulas de balé clássico trabalha – se a força dos membros inferiores nos pequenos saltos, grandes saltos, adágios e entre outros. No adágio tem as elevações de pernas no qual as bailarinas sempre devem sustentar sem que tenha desençaixe de quadril e flexões dos joelhos. Os exercícios de força sempre estão andando juntos com exercícios de flexibilidade, por exemplo: a bailarina forçar sua perna para uma maior amplitude e sustentar ela na altura máxima em que conseguiu puxar.

Estabelecendo uma análise quanto à força/resistência na dança clássica podemos verificar a necessidade desta para a sustentação dos “Développés” que é uma evolução em que a bailarina começa o movimento puxando a perna para cima, alongando-a lentamente para uma posição “En l’air” (no ar) e domina essa posição com total controle. Os quadris devem ser mantidos sempre no mesmo nível e retos na direção para o qual o bailarino está

voltado (PAVLOVA, 2000) (Figura 8).



Figura 7 – Executando développé.

Fonte: PAVLOVA, 2000, p. 87.

Há um estudo feito com implementos mecânicos utilizados em uma rotina de treinamento de força convencional para promoção de aumento de força nas amplitudes finais de movimento é o material elástico, como tubos e bandas elásticas em bailarinas.

Este tipo de material impõe uma resistência ao executante que aumenta de acordo com o estiramento do implemento, gerando maior tensão quando maior for a sua deformação. O treinamento consistiu na realização de flexões de quadril. Para isso, as bailarinas permaneceram em pé, com o corpo ereto, com ambos os membros inferiores em rotação externa e com os joelhos estendidos. As bailarinas realizaram o movimento de flexão de quadril de acordo com o número de repetições e de séries, bem como a cor da banda elástica determinados para a semana. Os intervalos entre as séries foram de até um minuto. Depois das contrações dinâmicas, as participantes realizavam contrações isométricas na amplitude máxima de flexão de quadril atingida pelo tempo determinado para a semana. A progressão da sobrecarga do treinamento ocorreu de forma progressiva conforme os pressupostos de (FLECK e KRAEMER).

Os detalhes a respeito do programa de treinamento estão descritos na tabela 1 (ZUCCOLOTTO,2016).

	Semanas 1 e 2	Semanas 3 e 4	Semanas S 5 e 6
Cor da banda elástica	Verde	Azul	Preta
Repetições	17- 20	14-17	12-14
Tempo de sustentação (s)	8	12	15
Número de séries	3	3	4
Intervalo entre as séries	Até 1 minuto	Até 1 minuto	Até 1 minuto
PSE	Leve	Um pouco intenso	Intenso

PSE: percepção subjetiva de esforço segundo escala de Borg (0 = esforço muito leve e 20 - esforço extremamente intenso).

TABELA 2 Protocolo de treinamento utilizado no presente estudo.

No entanto esse tipo de treinamento teve mais ganho na flexibilidade, ocorreu um pequeno aumento de força onde as bailarinas conseguiram sustentar as pernas por mais tempo.

Estudos anteriores realizados fora do ambiente do “ballet” mostraram resultados positivos no aumento de força em amplitudes finais de movimentos ao anexar materiais elásticos na rotina de treinamento. No entanto, nas bases consultadas, não foram encontrados estudos que tenham verificado o efeito de treinamento de força periodizado e com resistência elástica no aumento do torque, da ADM e do tempo de sustentação da flexão de quadril em bailarinas clássicas (ZUCCOLOTTO,2016).

Um meio prático de melhorar a força dos membros inferiores é treinar a amplitude máxima e sustentar, repetições de exercícios técnicos. Para que tenha uma melhora progressiva é importante que seja trabalhado com frequência.

3 | CONCLUSÕES

O balé clássico exige do físico das bailarinas tendo como principal fator a força e a flexibilidade. As rotinas de exercícios têm componentes estáticos, de curta duração, movimentos curtos e explosivos, saltos e giros. Tendo como atividade intermitente os exercícios aplicados em aula à melhora da flexibilidade e resistência muscular, porém algumas bailarinas necessitam de um treinamento a mais para melhorar esses fatores devido às condições físicas.

O estudo com materiais elásticos para um treinamento fora das aulas de balé clássico não foram tão significativos para a força , pois as bailarinas tiveram uma pequena melhora na sustentação das pernas. A força e a flexibilidade contribuem uma com a outra nos momentos de execução de movimentos, neste estudo tinha o objetivo de ter uma melhora tanto na força quanto na flexibilidade, mas como resultado o aumento maior foi para a flexibilidade.

Já na outra pesquisa foi aferido o grau de flexibilidade da articulação do quadril

usando o protocolo de Norkin e White (1997), foi avaliado dois grupos diferentes onde os mesmos seguiam a mesma rotina, porém um grupo seguia com um treinamento a mais, especificamente para flexibilidade. Nos resultados finais este tipo de treinamento foi eficaz proporcionando uma maior amplitude para o grupo que teve o treinamento específico.

Existem poucos estudos de treinamentos específicos eficaz para auxiliar no aumento de força e flexibilidade. A força e a flexibilidade é importante para que as bailarinas tenham uma melhor execução de movimentos técnicos em suas performances em apresentações de dança e competições de dança, com treinamentos específicos acredita-se que as bailarinas terão um diferencial nos palcos.

Conclui-se que existem alguns protocolos de flexibilidade e de força, que demonstram melhora e outros não. Um destes protocolos que foram estudados para o desenvolvimento da pesquisa tem como resultado uma melhora significativa na performance das bailarinas pelo seu aumento de flexibilidade. Considerando o treino extra de força do artigo estudado tem como resultado melhora na força da bailarina mas que também proporcionou uma melhora na flexibilidade. Através dessas diferenças de resultados destaca-se que é eficaz treinos extras específicos de força e flexibilidade para bailarinas terem uma boa performance nas apresentações e competições de dança.

REFERÊNCIAS

BIDERMAN, Iara. “**Força na Sapatilha**”. Folha de São Paulo. 2008, novembro, 27: Fitness, 6-8.

BOURCIER, Paul. **História da Dança no Ocidente**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CIGARRO, NMS; FERREIRA, RE; MELLO, DB. de. Avaliação da Flexibilidade da Articulação do quadril em Bailarinas Clássicas antes e após um Programa Específico de Treinamento. **Revista de Educação Física**.v.133, p. 25-35. 2006.

DANTAS, E. H. M. **Flexibilidade: Alongamento e Flexionamento**. Rio de Janeiro: Shape, 1999.

DANTAS, E. H. M. **Alongamento e Flexionamento**. Rio de Janeiro: Shape, 2005.

DI DONATO, S. História da dança. **Revista Dançar**. Rio de Janeiro.1994.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim. **Efeitos do treinamento físico na dança: uma revisão sistemática da literatura**. 2016.14f. Revisão sistemática de literatura - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo,2016.

FRAÇÃO, V. B.; VAZ, M. A.; RAGASSON, C. A. P.; MÜLLER, J. P. Efeito do treinamento na aptidão física da bailarina clássica. **Movimento**, v. 5, n. 11, p. 3-14, 1999.

GARCIA, Ângela; HASS, Aline Nogueira. **Ritmo e dança**. 1ªed. Rio Grande do Sul. Ed. Ulbra, 2003.

GARRET JR, WILLIAM E. KIRKENDALL, DONALD T. **A Ciência do Exercício e dos Esportes**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GORDON, S.; MILLIOS, D.; GROVE, J. R. Psychological aspects of recovery process from sport injury: the perspective of sport physiotherapists. **Australian Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 23, n. 2, p. 53-60, 1991.

HAAS, Aline Nogueira et al. **Imagem corporal e bailarinas profissionais**. **Rev Bras Med Esporte** vol.16 no.3 Niterói May/June 2010

KOMI, P.V. **Strength and power in sport**. Blackwell: London. 2003

LEAL, MRM. **A preparação física na dança**. Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

MARTINS, A.; PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; Corazza, S.T. Relação entre força dinâmica máxima de membros inferiores e o equilíbrio corporal em praticantes de musculação. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 12. n. 5. 2010.p.375-380.

NICOLA, Mônica. **Psicomotricidade – Manual Básico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

NORKIN CC, WHITE J. **Medida do movimento articular: manual de goniometria**. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ROBERTSON, K. C. **Principles of dance training**. In: CLARKS O N, P. M.; SKRINAR, M. **Science of dance training**. Champaign: Human kinetics Book, 1988.

SAMPAIO, F. **Curso de Metodologia do Ensino da Dança Clássica** Consciência corporal do Balé Clássico, 2007.

SAMPAIO, F. **Ballet Essencial**. Rio de Janeiro: SPRINT, 3ª edição, 2001.

SIMMONS WR. Neuromuscular responses of trained ballet dancers to postural perturbations. **Int J Neurosci**. 2005.

TORANÇA, Vanessa Carvalho et al. Alterações da flexibilidade de bailarinos clássicos durante a pré – temporada. **Rev.digital .EFDesportes**. Buenos Aires, 2011.

TUBINO, Manoel José Gomes. **Metodologia científica do treinamento desportivo**. 3ª edição. São Paulo: Ibrasa, 1984.

VAGANOVA, A. **Princípios básicos do ballet clássico**. Editora: Ediouro S.A, 1991

VOIGT, Luciane et al. **Efeitos de uma repetição de dez segundos de estímulo do método estático para o desenvolvimento da flexibilidade de homens adultos jovens** .**Fitness & Performance Journal**, vol. 6, núm. 6, novembro-diciembre, 2007, pp. 352-356. Rio de Janeiro.

ZUCCOLOTTO, Ana Paula et al. Efeito do treinamento de força com resistência elástica sobre o desempenho da flexão de quadril em bailarinas clássicas. **Rev. bras. educ. fis. esporte** [online]. v.30, n.4, p.893-901, 2016.

FATORES BIOMECÂNICOS DA SAÍDA DO BLOCO DA NATAÇÃO QUE INFLUENCIAM NO DESEMPENHO DO NADADOR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Anderson D' Oliveira

Universidade do Vale do Itajaí, Escola de Ciências da Saúde
Itajaí, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0001-7919-5880>

Roberta Forlin

Universidade do Vale do Itajaí, Escola de Ciências da Saúde
Itajaí, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-2961-8085>

Suzana Matheus Pereira

Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
Florianópolis, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-4413-5583>

Marcelo de Oliveira Pinto

Universidade do Oeste de Santa Catarina
Joaçaba, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-3701-2905>

RESUMO: O início de uma prova de natação é realizado a partir do bloco de saída. Na prova este elemento afeta diretamente o desempenho de nadadores, uma vez que a saída do bloco resulta em frações consecutivas de tempo da prova. Esse componente pode repercutir de maneira essencial no resultado da competição. Esta revisão sistemática teve como objetivo investigar os fatores biomecânicos que influenciam no desempenho da natação durante

a saída do bloco. Foram analisados estudos indexados nas seguintes bases de dados: Web of Science, Scopus, Google Acadêmico, Medline, PubMed, Lilacs, Proquest e Scielo. O método empregado foi uma busca sistemática que incluiu a leitura de títulos, resumos e artigos na íntegra, encontrados por meio de um conjunto de descritores que combinaram termos principais e secundários. No início foram investigados quase 11.200 artigos, dos quais 154 foram para a análise dos resumos e 29 foram incluídos para análise qualitativa. Os resultados dos artigos trouxeram dados heterogêneos com metodologias distintas. Conclui-se que, apesar de inúmeras pesquisas nesta temática e diversas publicações relativas as saídas, existem muitos pontos de vista divergentes sobre a biomecânica envolvida no desempenho durante a saída. Conjectura-se que os estudos, em geral, apresentaram metodologias distintas, impossibilitando comparações específicas de variáveis de desempenho em relação a aspectos biomecânicos. Também foi possível identificar um baixo valor amostral, que dificultou a conclusão de variáveis de desempenho e sua relação com a biomecânica para a saída do bloco na natação.

PALAVRAS-CHAVE: Natação; Biomecânica; Bloco de partida; Competição.

BIOMECHANICAL FACTORS OF THE SWIMMING POOL OUTPUT THAT INFLUENCE THE SWIMMER'S PERFORMANCE: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: The start of a swimming race begins from the starting block. In the race, this

element directly affects the performance of swimmers, since the exit from the block results in consecutive fractions of the race's time. This component can make an essential impact on the result of the competition. This systematic review had the goal of investigating the biomechanical factors that influence the performance of swimming during the exit of the block. Indexed studies were analyzed from the following databases: Web of Science, Scopus, Google Scholar, Medline, PubMed, Lilacs, Proquest and Scielo. The applied method was a systematic search that included the reading of titles, abstracts and articles, found through a set of descriptors that combined main and secondary terms. At the beginning, there were investigated almost 11.200 articles of which 154 went to abstracts analysis and 29 were included for qualitative analysis. The results of the articles brought heterogeneous data with different methodologies. It is concluded that, in spite of several researches on this subject and several publications related to the exits, there are many divergent points of view on the biomechanics involved in the performance during the exit. It is presumed that the studies, as a whole, present different methodologies, making it impossible to make specific comparisons of variables of performance in relation to biomechanical aspects. It was also possible to identify a low sample value, which made the conclusion of performance variables difficult and their relationship with the biomechanics of the swimming block exit.

KEYWORDS: Swimming; Biomechanics; Starting block; Competition.

INTRODUÇÃO

A ciência da natação debate os fatores que afetam o movimento dos seres humanos em se deslocar o mais rápido possível na água (STAGER; TANNER; BIDUTTE, 2008). Existe uma multiplicidade de variáveis que podem influenciar na capacidade de se nadar rápido (MAGLISCHO, 1997). Sabendo que, o objetivo de uma prova de natação é completar a distância no menor tempo possível, pode-se estabelecer que alguns eventos são ganhos ou perdidos por centésimos de segundos (MAGLISCHO, 2015). Como exemplo disso, tem-se a final dos 50 metros nado livre masculino das Olimpíadas do Rio em 2016, na qual a diferença entre o primeiro e segundo colocado foi de um centésimo de segundo (FINA, 2018). Semelhante a final desta mesma prova, no sexo feminino o resultado alcançado foi de 24^o07 centésimos para a primeira colocação e 24^o19 centésimos na sexta posição, mostrando que, aproximadamente, um décimo de segundo pode ser a diferença entre a medalha de ouro ou a sexta colocação (FINA, 2018). Esta condição torna a natação um esporte decidido nos detalhes, não sendo incomum que um décimo de segundo seja suficiente para definir o campeão ou eliminar o nono colocado em uma final Olímpica.

Vale citar a fisiologia e biomecânica como ferramentas usadas por cientistas esportivos para determinar quais fatores são importantes para a natação rápida e, posteriormente, determinar como o nadador pode maximizar o desempenho (STAGER; TANNER; BIDUTTE, 2008; TROUP, 1999). É certo que a biomecânica está profundamente relacionada com o desempenho do nadador (BARBOSA et al., 2011) because human beings are not so determinists as other (bio.

Embora a fase de bloco seja apenas uma parcela da natação competitiva (FISCHER; KIBELE, 2016), esta se caracteriza por um sistema fechado de tempo, no qual as frações de tempos perdidos no início da prova podem se refletir em um acréscimo no tempo final. Desta forma, a saída da natação pode ser um importante fator para determinar significativamente o resultado de uma prova de natação (ALPTEKIN, 2014; ELIPOT et al., 2009; FISCHER; KIBELE, 2016; MAGLISCHO, 2015). Estes autores acreditam que o desempenho do bloco de partida na natação é de importância crucial, nas competições individuais para as distâncias mais curtas, bem como para as de revezamentos.

Os pesquisadores Cossor e Mason (2001) chegam a dizer que a importância da fase inicial é de 0,8% a 26,1% do tempo total do percurso, dependendo da distância da prova. Como uma fase pode oscilar tanto o desempenho? Será que a saída de uma prova é realmente determinante no seu resultado? A grande dúvida, que não é esclarecida: como uma fase tão básica pode ser responsável por $\frac{1}{4}$ do desempenho de uma prova? Para um melhor entendimento é necessário a divisão da saída da natação em três fases: a fase de bloco, a fase aérea e a fase submersa. Parece que os pesquisadores Cossor e Mason (2001), ao condensar esta etapa da prova e analisar a saída em sua totalidade (fase de bloco, aérea e submersa), acabaram causando algumas confusões de interpretação em relação a quanto realmente a saída pode afetar o desempenho final do nadador. Ainda, será que a influência da fase de bloco altera o desempenho nos componentes subsequentes do início e, portanto, são importantes para nadadores a otimizar seus parâmetros de saída do bloco como estudado por Mason e Fowle (2007), ou será que esta fase pode ser composta por permitir ajustes “ideais” a serem usados pelos atletas para ganhar vantagem na fase inicial de uma prova (SLAWSON et al., 2012).

Desta forma o objetivo deste estudo foi investigar os fatores biomecânicos que influenciam no desempenho da natação durante a saída do bloco. Assim, pretende-se levantar evidências científicas para auxiliar alunos, atletas, técnicos, professores e pesquisadores na busca da maximização da eficácia técnica da saída na natação.

MÉTODOS

Tipo de Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão sistemática, que, por sua vez, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados (CORDEIRO et al., 2007).

Seleção

Foram utilizados gerenciadores de referências para remoção dos artigos duplicados o EndNote e Mendeley, para a seleção e exclusão dos artigos pesquisados. Bases de

dados utilizadas na pesquisa bibliográfica: Web of Science, Scopus, Google Acadêmico, Medline, PubMed, Lilacs, Proquest e Scielo. Em cada uma delas foi inserida as palavras chaves: natation OR natacao OR swimming OR natacion AND start OR “grad start” OR “track start” OR salida OR saída.

Critérios de Inclusão

Apenas periódicos indexados foram incluídos nessa busca, a fim de garantir um critério de qualidade para a produção. Foram incluídos estudos nos idiomas português, inglês e espanhol. Os estudos relevantes teriam que conter desenho experimental somente com humanos, e os artigos podiam englobar revistas da área da saúde, esportes, educação física. Os sujeitos de ambos os sexos foram analisados na revisão. Para tanto, foi definido o início da natação como o momento em que o arbitro exige a subida no bloco de partida até o instante em que o nadador submerge completamente na água.

Critérios de Exclusão

Os estudos que não se enquadravam nos critérios de inclusão citados foram excluídos da pesquisa. Estudos com animais foram excluídos. Estudos que envolveram o nado de costas, estudos de revisões, cartas, conferência resumos e opiniões de especialistas e estudos de caso. Foram excluídos estudos em que os sujeitos da amostra tinham lesões, síndromes genéticas ou doenças neuromusculares ou estudos com que os participantes estavam passando por tratamento.

Procedimentos

As buscas ocorreram no mês de julho de 2018, sendo encerradas em novembro de 2018. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores, de forma independente. Iniciou-se por meio da análise dos títulos dos artigos identificados por meio da estratégia de busca, seguido pela análise dos resumos e, posteriormente, foi realizada a análise do texto na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. A discordância entre os revisores foi resolvida por um terceiro autor.

Os artigos completos ficaram para avaliação de conteúdo. A lista de referência de todos os artigos incluídos foi avaliada criticamente por um pesquisador. Um quarto autor, com vasta experiência em natação e atividades aquáticas, acompanhou a seleção e análise dos artigos e opinava sobre decisões quando havia controvérsias em uma decisão final. Tanto a seleção dos artigos quanto a leitura, correções e elaboração do manuscrito contaram com a participação dos quatro avaliadores/autores da obra.

RESULTADOS

A seleção dos estudos está identificada no Fluxograma da Figura 1, a seguir. Nele está descrito e apresentado todo o processo de inclusão e exclusão dos estudos no

decorrer das fases.

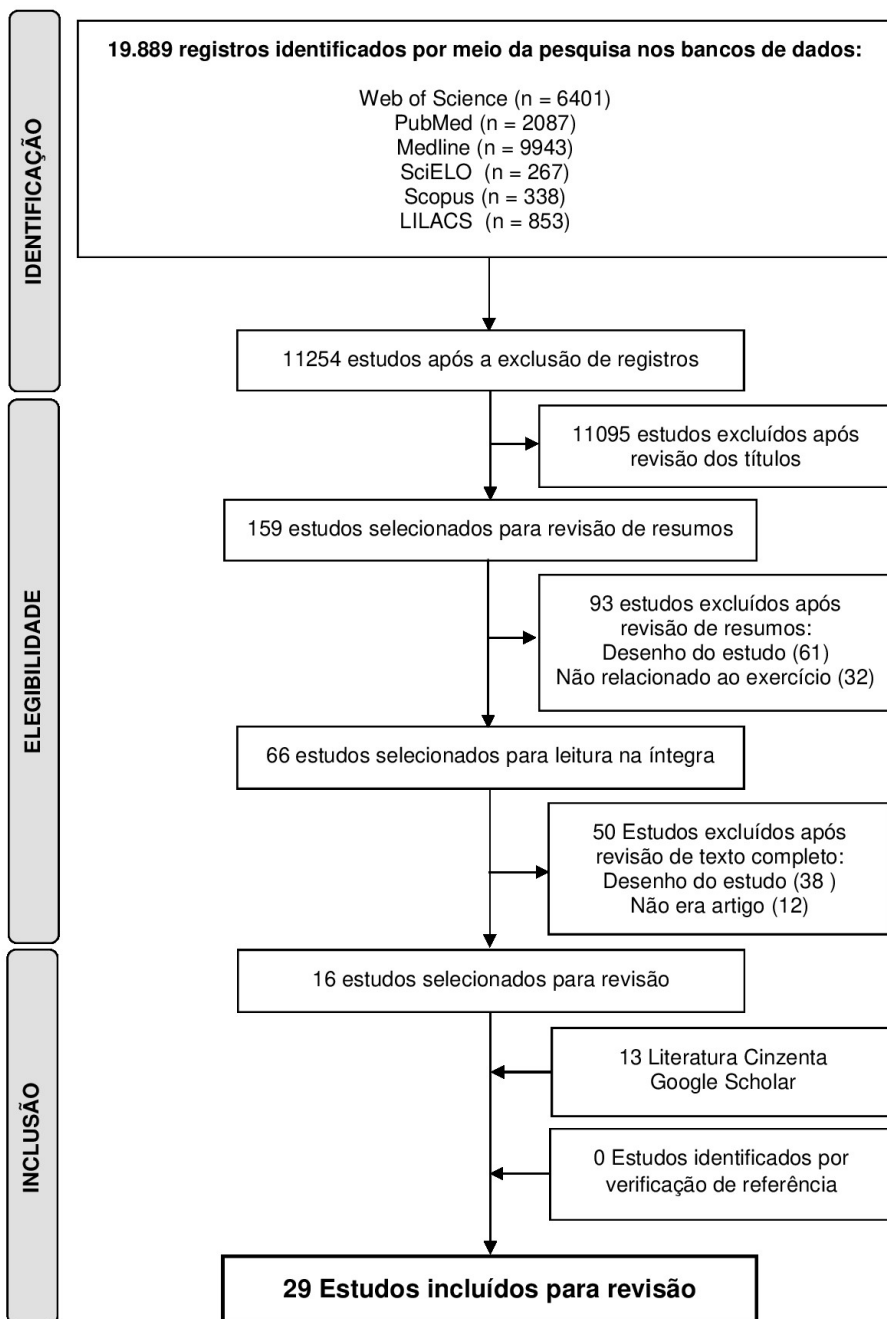


Figura 1 – Fluxograma da sistematização e critérios de busca, adaptados dos itens de relatório para revisões sistemáticas e metanálises (PRISMA).

As informações para as análises dos artigos incluídos na revisão se encontram na Tabela 1, acerca dos autores e ano de publicação, participantes, objetivos dos estudos e conclusões gerais.

Autor e Ano	Objetivo	Amostra	Conclusões Gerais
Arellano et al. 2000	Desenvolver um sistema para melhorar a técnica de saída do nadador com integração de dados de força e vídeo.	17 homens (Nacional e internacional)	A velocidade do centro de massa do nadador na fase de voo parece ser o problema mais complexo a ser resolvido.
Alvarenga e Lopez 2002	Analisar as técnicas de saída em natação do tipo circundação e agarre e comparar a somatotipia dos sujeitos.	20 homens e 20 mulheres (Nacional)	Menores tempos para o mulheres ectomorfas-mesomorfas. No masculino, não houve diferenças entre os grupos.
Galbraith et al. 2008	Comparar as técnicas de saída e avaliar o desempenho.	7 mulheres e 5 homens (Nacional)	Houve diferenças em cinco variáveis de tempo entre as saídas.
Welcher et al. 2008	Comparar três partidas competitivas de natação (agarre posterior, agarre lateral e agarre pela frente).	20 mulheres (Nacional)	A largada posterior teve bom desempenho apesar da maioria dos nadadores ter pouca experiência.
Hardt et al. 2009	Explorou a relação entre a assimetria dos membros inferiores e a preferência de apoio no início da prova de natação.	11 mulheres e 11 homens (Nacional)	Não houve nenhuma relação com o início da prova e a preferência na posição do pé.
Seifert et al. 2010	Determinar qual técnica de saída leva a um melhor tempo nos 15 m.	11 homens (Internacional)	A análise de cluster permitiu distinguir 4 perfis de início, indicando que a individualidade é determinante.
Vantorre et al. 2010	Examinar os nadadores de elite e treinados: comparar os parâmetros cinemáticos e cinéticos da saída.	11 homens (Nacional)	A elite gerou mais impulsos horizontais e verticais. As durações das fases de voo não diferiram entre grupos.
Detanico et al. 2011	Relacionar o desempenho (distância e tempo de voo) dos nadadores no bloco de saída com variáveis cinemáticas e neuromusculares.	10 homens (Nacional)	Correlação do ângulo de saída com a distância ($r = -0,59$) e com o tempo de voo ($r = 0,88$), além da altura máxima com o tempo de voo ($r = 0,59$).
West et al. 2011	Identificar e examinar as variáveis que determinam o desempenho da saída da prova de 50 m Crawl.	11 homens (Internacional)	O estudo forneceu evidências da importância da força nas pernas e o tempo em nadadores internacionais.
Takeda et al. 2012	Investigar o efeito do ângulo de inclinação da placa traseira/posterior de partida.	10 homens (Internacional e nacional)	Foi encontrada diferenças entre as inclinações e os ângulos de partida do nadador.
Thanopoulos et al. 2012	Determinar os parâmetros cinemáticos entre dois tipos de saída e a relação entre os sexos.	13 meninos e 14 meninas (Nacional)	Os nadadores tiveram melhores tempos de voo e distância de voo. As nadadoras foi o tempo de reação.

Slawson et al. 2012	Discutir o efeito do ângulo do joelho, durante a saída usando o bloco Omega OSB11.	10 homens (Nacional)	A mudança na configuração do apoio para os pés não afetou os ângulos do joelho posterior ou frontal.
García-Ramos et al. 2013	Determinar a relação entre diferentes variáveis medidas com uma plataforma de força e a saída na natação.	21 mulheres (Nacional)	Velocidade horizontal e a média horizontal foram as variáveis mais relacionadas com o desempenho.
Beretić et al. 2013	Examinar a influência do músculo da parte inferior do corpo na saída da natação.	27 homens (Nacional)	Os músculos extensores da perna contribuíram com: Fmax, RFD50%, Frel e RFD50%.
Barlow et al. 2014	Comparação de três posições da saída da natação (frente, neutro e ponderados-traseira).	7 homens, 3 mulheres (Nacional)	Nadadores em nível de desenvolvimento devem escolher uma posição neutra.
Tor et al. 2014a	Identificar como diferentes trajetórias subaquáticas afetam o tempo de início em nadadores de elite.	11 homens, 3 mulheres (Nacional)	O uso de uma trajetória mais plana com profundidade máxima de $-0,92 \pm 0,16$ m pode melhorar o desempenho.
Alptekin, 2014	Comparar as variáveis cinemáticas em jovens nadadores durante o início da prova de natação.	7 homens, 6 mulheres (Nacional)	Para ser bem sucedido na saída o nadador deve ter como alvo obter maior velocidade horizontal.
Tor et al. 2014b	Comparar entre o gênero as saídas da natação utilizando o bloco Omega OSB11.	29 homens, 23 mulheres (Nacional)	Importância da fase subaquática. Diferenças no desempenho da saída entre atletas masculinos e femininos.
Fischer e Kibele 2014	Derivar parâmetros-chave para a análise da fase de entrada e identificar diferentes estratégias.	28 homens e 18 mulheres (Nacional)	Três padrões de movimento, com diferenças marcantes no deslocamento angular da articulação do quadril.
Hutchinson, 2014	Analisar se os nadadores com grande movimento de eversão e dorsiflexão podem melhorar o seu desempenho.	15 homens e 11 mulheres (Nacional)	O movimento do pé traseiro influencia o desempenho durante a saída da natação.
Tãrgovet e Bondoc 2014	Validar um método utilizado para a melhoria de provas de velocidade baseado na técnica de partida.	4 homens (Nacional)	O método irá melhorar o resultado da prova de velocidade. Foi observado uma melhoria de 3,91%.
Tor et al. 2015a	Determinar a confiabilidade instrumental do Sistema de Análise "Wetplate".	11 homens e 3 mulheres (Nacional)	O tempo de força vertical é altamente dependente da taxa de geração de força durante a fase de bloco.
Tor et al. 2015b	Identificar fatores técnicos associados com o desempenho geral da saída, com um foco na fase subaquática.	29 homens e 23 mulheres (Nacional e internacional)	Os nadadores devem se concentrar na fase de início, e na profundidade para que eles consigam atingir os 10m o mais rápido possível.
García-Ramos et al. 2015	Determinar a relação entre diferentes variáveis medidas com uma plataforma de força durante a saída.	21 mulheres (Nacional)	A velocidade horizontal de decolagem e a aceleração horizontal são variáveis de melhora na saída da natação.
Formicola, e Rainoldi, 2015	Apresentar um método para avaliar a eficácia da biomecânica das técnicas de saída na natação.	10 homens (Regionais)	Esta abordagem fomentou uma ferramenta inovadora para avaliar a eficácia da técnica de saída.

Ikeda et al. 2016	Esclarecer o papel funcional das pernas dianteiras e traseiras durante o início da prova.	9 homens e 5 mulheres (Nacional)	As pernas dianteiras e traseiras, na saída, tem um papel diferente no comportamento do pêndulo invertido.
Fischer e Kibele 2016	Identificar os principais parâmetros cinemáticos para as diferentes fases da saída na natação.	28 homens e 18 mulheres (Nacional)	Houve diferenças entre as estruturas de movimento da saída em relação ao bloco de partida OSB9.
Villalba et al. 2016	Realizar uma análise quantitativa da técnica centrada nos tempos e ângulos entre o <i>grab start</i> e o <i>track start</i> .	10 homens e 10 mulheres (Nacional)	Os ângulos, velocidades e distâncias, servem ao nadador para melhorar seu desempenho.
Taladriz et al. 2016	Analisar as hipóteses de rotação e as variáveis temporais, angulares e cinemáticas durante a saída.	5 homens e 4 mulheres (Nacional)	Concluiu-se que há movimentos fortes e de deslocamentos rotacionais durante a fase de voo.

Tabela 1 – Apresentação dos artigos escolhidos para as análises qualitativas.

DISCUSSÃO

Observa-se uma crescente publicação a partir de 2008, sendo que no ano de 2014 foram publicados o maior número de estudos, totalizando oito artigos. O menor período de publicação permaneceu de 2000 a 2007, sendo que foram encontrados apenas dois estudos. Os países que mais publicaram foram, a Austrália com sete estudos, em seguida a Espanha com cinco estudos, na sequência o Japão, contabilizando quatro artigos e o Brasil somente dois, um no ano de 2002 e o outro em 2011. Assim, percebe-se um intervalo grande entre as publicações brasileiras.

Os autores que tiveram um maior número de publicações no âmbito dessa pesquisa foi Tor et al. da Austrália com quatro, sendo estes publicados entre o ano de 2014 a 2016, Takeda et al. do Japão com dois artigos e Garcia-Ramos et al. da Espanha com dois.

Com base nos objetivos apresentados nos artigos, pode-se observar que mais da metade buscam compreender uma técnica específica em que levem os nadadores a excelência em uma saída de bloco, ponto de voo, e até mesmo uma entrada na água, para uma melhor fase subaquática, a ganharem tempo e desempenho nas competições. Em alguns momentos eles se unem a dados quanto a força utilizada, pegada (agarre) de largada em prova, preferências quanto o início da prova, posições dos pés, estratégias de movimentos, comparação da técnica com variáveis de medidas em plataforma de força, desempenho final por sexo quanto a técnica de saída, comparação da biomecânica quanto as técnicas de início da natação, técnicas centradas nos tempos e ângulos dos movimentos.

Constatou-se uma diferença considerável nas amostras dos estudos selecionados, quanto aos gêneros masculinos e femininos, contabilizando um total de: 375 homens e 241 mulheres, nos vinte e nove artigos. A média de homens por artigo foi de $12,5 \pm 8,3$ já para as mulheres ficou de $7,3 \pm 8,4$. Referente à condição dos nadadores utilizados como participantes das pesquisas, prevalecem competidores de elite de níveis nacionais, citados

nos artigos. Para os níveis internacionais foram encontrados números menores de sujeitos. A média de idade total dos participantes foram relativamente baixa sendo de $20,4 \pm 3,1$ anos, os mais novos de 14 anos de Alptekin, (2014) e Hardt et al. (2009). Os mais velhos de 26 anos de Detanico, et al. 2011. A média masculina de idade ficou em $20,1 \pm 3,3$ anos e feminina com $18,5 \pm 2,7$ anos.

Os resultados dos artigos trouxeram dados heterogêneos com metodologias distintas, assim como a de Galbraith et al. (2008), cinco homens e sete mulheres que participaram, qualificados em nível nacional, que foram divididos em um grupo controle ($n = 6$), outro grupo com ($n = 6$), para tanto se distingue do estudo de Beretić et al. (2013), vinte sete nadadores competitivos masculinos treinados de alto nível (todos membros da Seleção Nacional da Juventude e da Natação da Sérvia). Estes realizaram dois ensaios de testes de força muscular isométrica de extensores de perna em pé e três tentativas de início de natação correspondentes a 10m de distância.

Entretanto a pesquisa em destaque de Ikeda et al. (2016) no qual seus objetivos foram verificar o papel funcional dos pés dianteiros e traseiros durante o início da prova, por investigar o comportamento de um pêndulo invertido e a mudança na força de reação do solo, revelou que as pernas da frente e de trás na saída da natação, desempenham um papel diferente no comportamento do pêndulo invertido em cada fase. Este resultado fornece uma sugestão para práticas e programas de treinamento de força e técnica dos nadadores. Se houver um nadador que tenha uma velocidade horizontal lenta do centro de massa (CM) no bloco de partida, o treinador deve enfatizar a produção de força para a placa traseira, não para a placa frontal. Além disso, se houver um nadador que tem uma distância de voo curto do bloco de partida, o treinador deve aconselhar usando a perna da frente. Sugere-se que, o salto unipodal e agachamento unipodal com carga são eficazes, melhorando a distância do voo.

O estudo de Takeda et al. (2016) colabora com os resultados de Ikeda et al. (2016), o qual investigou as contribuições das forças das extremidades do bloco de partida até a velocidade de decolagem e tempo de saída. Resultou no impulso de força vertical do pé da frente. Isso foi dominante para gerar a velocidade de decolagem vertical, e o impulso de força horizontal do retro pé foi dominante a velocidade de decolagem horizontal. Os montantes da força impulsos (componentes horizontais e verticais) das mãos eram pequenos, e o impulso vertical negativo das mãos implica a possibilidade de um efeito indireto na decolagem vertical de velocidade. O tempo de bloco mais curto ligado a perda de contato do pé com o bloco, foi explicado pelo pico de força horizontal e pelas mãos e retro pé no início do movimento da saída.

Segundo Hutchinson (2014), que também objetivou avaliar as implicações de desempenho da placa traseira como os ângulos da articulação do pé durante a fase de partida das competições de natação. Seu estudo confirmam os achados de Takeda et al. (2016) e Ikeda et al. (2016), sendo que o movimento do pé traseiro influencia o desempenho

durante o pontapé inicial da natação. O melhor desempenho da saída está associado à aplicação de pico normalizado de força na placa posterior o mais rápido possível, usando a perna da frente como dominante contribuinte para o impulso total.

O estudo de Formicola e Rainoldi (2015), buscaram um método para avaliar a eficácia da biomecânica das técnicas de saída na natação, usando um conjunto de dados de referências cinemáticas, compararam competidores de alto nível e competidores nacionais, como amostra. Os resultados demonstraram que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) na posição do bloco durante o início. Antes do mergulho, nadadores nacionais saltam para cima do bloco em oposição aos nadadores de alto nível, que saltam para frente do bloco, como a literatura revelou. Concluem os autores assim como Takeda et al. (2016) e Ikeda et al. (2016) que tal análise com relação as duas técnicas de início está relacionada ao componente vertical da força propulsora, que é maior na região anterior do bloco de partida em relação a parte posterior.

Quanto aos ângulos de joelho, Slawson et al. (2012) procurou melhores movimentos para gerar uma saída de bloco ótima. Em seu estudo com dez nadadores masculinos, de nível nacional, pediu para realizar testes de início máximo executando nove partidas: três usando a posição de apoio de pernas preferida (Condição A), três usando a posição mais próxima da frente do bloco (Condição B) e três usando a posição mais distante da frente do bloco (Condição C). Força e dados de vídeo foram coletados para cada ensaio a uma taxa de 125Hz. A análise dos dados enfocou o efeito do ângulo do joelho na montagem, forças de pico horizontais e verticais. Para esses dados, o melhor resultado começa produzindo-se uma força vertical máxima no ângulo do joelho entre 80° até 90° . Este estudo sugere que, para as melhores saídas, (utilizando o bloco Omega OSB11) ocorreu à produção de força horizontal máxima com um ângulo de joelho obtuso de 100° até 110° . O estudo cita que estes resultados encontrados não podem ser extrapolados para atletas internacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa objetivou contribuir no entendimento dos fatores biomecânicos na melhoria das variáveis da saída do bloco na natação e sua relação com o desempenho geral. Apesar de inúmeras pesquisas nesta temática e diversas publicações relativas as saídas, existem muitos pontos de vista divergentes.

Foi identificado uma diversidade de estratégias na literatura, para análises das variáveis da saída na natação. Sendo assim, apesar da quantidade relativamente grande de publicações, poucos foram os achados com especificidade da questão problema do estudo. Desse modo, mais uma vez corrobora a visão dos treinadores e pesquisadores que o princípio da individualidade biológica é importante para compreender os fenômenos esportivos (STAGER; TANNER; BIDUTTE, 2008). Segundo estes autores deve-se tratar cada ser humano de forma diferenciada, sendo isso fundamental para a compreensão

das melhores condições de saídas das provas de natação. Vale citar que cada indivíduo tem composição física, fisiológicas, antropométricas diferentes, assim, uma única estratégia parece não se aplicar. Portanto, é provável que o desempenho da saída leve em consideração as várias técnicas ou combinações de técnicas para atingir aptidão ideal no momento da saída. Neste contexto, os resultados em relação a esta etapa (saída do bloco na natação), permanece inacabado. Muito ainda precisa ser pesquisado dentro desta temática.

Conjectura-se que os estudos, em geral, apresentaram metodologias distintas impossibilitando comparações específicas de variáveis de desempenho. Vale, também, reforçar a seguinte questão para demais trabalhos: será que a saída de bloco tem mesmo relevância nas competições?

Sendo assim, se faz necessário que seja realizado mais estudos relacionados a esta problemática, de quais fatores biomecânicos influenciam no desempenho da natação durante a fase de bloco na saída do nado.

REFERÊNCIAS

ALPTEKIN, Ahmet. Body composition and kinematic analysis of the grab start in youth swimmers. **Journal of human kinetics**, v. 42, p. 15, 2014.

ALVARENGA, J.; LOPES, R. Comparison of grab and convention start techniques and individual somatotype in swimming. **Brazilian Journal of Science and Movement**, v. 10, n. 2, p. 49-54, 2002.

ARELLANO, Raúl et al. A system to improve the swimming start technique using force recording, timing and kinematic analyses. In: **ISBS-Conference Proceedings Archive**. 2000.

BARBOSA, Tiago M. et al. Biomechanics of competitive swimming strokes. **Biomechanics in applications**, p. 367-388, 2011.

BARLOW, Heidi et al. The effect of different kick start positions on OMEGA OSB11 blocks on free swimming time to 15 m in developmental level swimmers. **Human movement science**, v. 34, p. 178-186, 2014.

BERETIĆ, Igor et al. Relations between lower body isometric muscle force characteristics and start performance in elite male sprint swimmers. **Journal of sports science & medicine**, v. 12, n. 4, p. 639, 2013.

CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Comunicação Científica**. v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

COSSOR, J. M.; MASON, B. R. Swim Start Performances At the Sydney 2000 Olympic Games. In: **ISBS-Conference Proceedings Archive**. Biomechanics Symposia / University of San Francisco, p. 70–74, 2001a.

DETANICO, Daniele et al. Related kinematic and neuromuscular aspects with the performance of block output in swimming. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.25, n.4, p.559-66, 2011.

ELIPOT, Marc et al. Analysis of swimmers' velocity during the underwater gliding motion following grab start. **Journal of biomechanics**, v. 42, n. 9, p. 1367-1370, 2009.

FISCHER, Sebastian; KIBELE, Armin. The biomechanical structure of swim start performance. **Sports biomechanics**, v. 15, n. 4, p. 397-408, 2016.

FISCHER, Sebastian; KIBELE, Armin. On the movement behaviour of elite swimmers during the entry phase. In: **XIIth International Symposium on Biomechanics and Medicine in Swimming**, p. 131-135, 2014.

FORMICOLA, D.; RAINOLDI, A. A kinematic analysis to evaluate the start techniques??? efficacy in swimming. **Sport Sciences for Health**, v. 11, n. 1, p. 57-66, 2015.

GALBRAITH, H. et al. Biomechanical comparison of the track start and the modified one-handed track start in competitive swimming: An intervention study. **Journal of applied biomechanics**, v. 24, n. 4, p. 307-315, 2008.

GARCIA-HERMOSO, Antonio et al. Relationship between final performance and block times with the traditional and the new starting platforms with a back plate in international swimming championship 50-m and 100-m freestyle events. **Journal of sports science & medicine**, v. 12, n. 4, p. 698, 2013.

GARCÍA-RAMOS, Amador et al. Relationship between different push-off variables and start performance in experienced swimmers. **European journal of sport science**, v. 15, n. 8, p. 687-695, 2015.

HARDT, Julie; BENJANUVATRA, Nat; BLANKSBY, Brian. Do footedness and strength asymmetry relate to the dominant stance in swimming track start?. **Journal of sports sciences**, v. 27, n. 11, p. 1221-1227, 2009.

HUTCHINSON, Amber C., "Performance Implications Of Rear Foot Movement In The Swimming Kick Start". 2014. **Electronic Thesis. Dissertation Repository**. 2279. Disponível em: <https://ir.lib.uwo.ca/etd/2279>

IKEDA, Yusuke et al. Functional role of the front and back legs during a track start with special reference to an inverted pendulum model in college swimmers. **Journal of applied biomechanics**, v. 32, n. 5, p. 462-468, 2016.

MAGLISCHO, E. W. A primer for swimming coaches. *A Primer for Swimming Coaches*, v. 1, p. 1-541, 2015.

MAGLISCHO, E. W. Swim training theory. **Kinesiology**, v. 2, n. 1, p. 4-8, 1997.

MASON, B. R.; FOWLIE, J. A KINETIC ANALYSIS AND RECOMMENDATIONS FOR ELITE SWIMMERS PERFORMING THE SPRINT START. **Symposium A Quarterly Journal In Modern Foreign Literatures**, n. 1998, p. 192-195, 2007.

Federação Internacional de Natação (FINA), Regras 2013-2017. **Federação Portuguesa de Natação**. Disponível em: <http://www.conteudos.easysite.com.pt/files/118/ficheiros/regras-fina-2013-2017-natacao-pura.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2018

SEIFERT, Ludovic et al. Different profiles of the aerial start phase in front crawl. **The Journal of Strength & Conditioning Research**, v. 24, n. 2, p. 507-516, 2010.

SLAWSON, S. E. et al. The effect of knee angle on force production, in swimming starts, using the OSB11 block. **Procedia Engineering**, v. 34, p. 801-806, 2012.

STAGER, Joel McCormick; TANNER, David A. (Ed.). **Natação: Manual de medicina e ciência do esporte**. Manole, 2008.

TAKEDA, Tsuyoshi; TAKAGI, Hideki; TSUBAKIMOTO, Shozo. Effect of inclination and position of new swimming starting block's back plate on track-start performance. **Sports Biomechanics**, v. 11, n. 3, p. 370-381, 2012.

TALADRIZ, Sonia; DE LA FUENTE-CAYNZOS, Blanca; ARELLANO, Raúl. Analysis of angular momentum effect on swimming kick-start performance. **Journal of biomechanics**, v. 49, n. 9, p. 1789-1793, 2016.

TÂRGOVEȚ, A. ȘERBAN; IONESCU-BONDOC, D. The Importance Of Start In Sprint Swimming Race Result. **Bulletin of the Transilvania University of Braşov. Series VIII: Sciences of Human Kinetics**, v. 7, n. 56, 2014.

THANOPOULOS, Vassilios et al. Differences in the efficiency between the grab and track starts for both genders in greek young swimmers. **Journal of human kinetics**, v. 32, n.1, p. 43-51, 2012.

TOR, Elaine; PEASE, David L.; BALL, Kevin A. Comparing three underwater trajectories of the swimming start. **Journal of science and medicine in sport**, v. 18, n. 6, p. 725-729, 2015b.

TOR, Elaine; PEASE, D.; BALL, K. Characteristics of an elite swimming start. In: **Biomechanics and Medicine in Swimming Conference**. 2014b. p. 257-263.

TOR, Elaine; PEASE, David L.; BALL, Kevin A. Key parameters of the swimming start and their relationship to start performance. **Journal of sports sciences**, v. 33, n. 13, p. 1313-1321, 2014a.

TOR, Elaine; PEASE, David L.; BALL, Kevin A. The reliability of an instrumented start block analysis system. **Journal of applied biomechanics**, v. 31, n. 1, p. 62-67, 2015a.

TROUP, John P. The physiology and biomechanics of competitive swimming. **Clinics in sports medicine**, v. 18, n. 2, p. 267-285, 1999.

VANTORRE, J. et al. Biomechanical influence of start technique preference for elite track starters in front crawl. **The Open Sports Sciences Journal**, v. 3, n. 1, 2010.

VILLALBA, Paula Fidalgo. Análisis cinemático de la salida en natación: comparación entre poyete tradicional y omega osb11. **Universidade de Leon**. 2015.

WELCHER, Robert L.; HINRICHS, Richard N.; GEORGE, Thomas R. Front-or rear-weighted track start or grab start: Which is the best for female swimmers?. **Sports biomechanics**, v. 7, n. 1, p. 100-113, 2008.

WEST, Daniel J. et al. Strength and power predictors of swimming starts in international sprint swimmers. **The Journal of Strength & Conditioning Research**, v. 25, n. 4, p. 950-955, 2011.

INSTRUMENTOS AVALIATIVOS DE BIOMECÂNICA DE TORNOZELO EM ATLETAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 17/05/2021

Cinthia de Sousa Gomes

Universidade do Estado do Pará
Santarém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/0806525101103772>

João Marcos Freitas dos Reis

Universidade do Estado do Pará
Santarém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/3998029811707653>

Lenise Ascenção Silva Nunes

Universidade do Estado do Pará
Santarém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/7341237702093853>

Herman Ascenção Silva Nunes

Universidade Federal do Oeste do Pará
Santarém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/7046051900869472>

Gabriela Amorim Barreto Alvarenga

Universidade do Estado do Pará
Santarém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/5168526568422149>

RESUMO: Introdução: Diferentes instrumentos avaliativos podem ser utilizados para analisar a biomecânica do tornozelo para atletas de diversas modalidades esportivas, alguns mais precisos e de fácil mensuração, outros com um alto valor aquisitivo, sendo mais encontrados em grandes centros de reabilitação para atletas. Com o avanço da tecnologia no âmbito esportivo,

os testes funcionais dispõem-se de inúmeros mecanismos para sua aplicação, promovendo resultados confiáveis e instantâneo, resultando assim, na diminuição no tempo de lesão do atleta. **Objetivo:** Compreender de qual forma as lesões de tornozelo desencadeadas pela diminuição da amplitude articular de movimento, podem influenciar no surgimento de outras lesões em diferentes modalidades esportivas.

Metodologia: Trata-se de um estudo baseado na literatura através de consulta nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e PubMed.

Resultados: Após a análise, seguindo os critérios de elegibilidade foram selecionados 07 artigos. Mediante a análise dos instrumentos avaliativos, pode-se compreender que as escalas são as mais utilizadas para avaliação de função e dor, e que também os testes funcionais são usados para avaliar equilíbrio, coordenação motora e funcionalidade do atleta. **Conclusão:** Nota-se, que os instrumentos avaliativos são de suma importância no planejamento da reabilitação do atleta, promovendo segurança na escolha da conduta terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Atletas; Articulação do Tornozelo; Lesões Esportivas; Fisioterapia.

EVALUATION INSTRUMENTS OF ANKLE BIOMECHANICS IN ATHLETES: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Different evaluative instruments can be used to analyze ankle biomechanics for athletes of various sports modalities, some more accurate and easy to measure, others with a high purchasing value, being more found in large rehabilitation centers

for athletes. With the advancement of technology in the sports field, functional tests have numerous mechanisms for its application, promoting reliable and instantaneous results, thus resulting in a decrease in the athlete's injury time. **Objective:** To understand how ankle injuries triggered by decreased joint range of motion may influence the appearance of other injuries in different sports modalities. **Methodology:** This is a literature-based study through consultation in the Virtual Health Library, SciELO and PubMed databases. **Results:** After the analysis, following the eligibility criteria, 07 articles were selected. Through the analysis of the evaluative instruments, it can be understood that the scales are the most used for evaluation of function and pain, and that functional tests are also used to assess balance, motor coordination and athlete functionality. **Conclusion:** It is noted that the evaluative instruments are of paramount importance in the planning of the athlete's rehabilitation, promoting safety in the choice of therapeutic conduct.

KEYWORDS: Athletes; Ankle Joint; Athletic Injuries; Physical Therapy.

1 | INTRODUÇÃO

As lesões esportivas apresentam distintas definições que podem ser caracterizados como episódios que levam o atleta a ser encaminhado e atendido pelo departamento médico do clube (HOY, 1992). Esses episódios foram definidos por (JUNGLE; DVORAK, 2000) como eventos que repercutem no rendimento e performance do atleta, resultando em afastamento da atividade esportiva. A gravidade da lesão pode ser estabelecida conforme o período de afastamento do atleta. Fuller (2006) sugere que uma lesão pode ser considerada qualquer queixa física feita pelo atleta resultante de uma partida ou de um treino de futebol, independente da necessidade de avaliação médica ou afastamento das atividades esportivas que estão relacionadas com o futebol.

As etiologias das lesões em atletas de futebol estão correlacionadas com mecanismos traumáticos exclusivos do esporte, fatores intrínsecos (idade, alterações posturais, força muscular, histórico prévio, fatores psicossociais, entre outros) e a fatores extrínsecos (aclimação, equipamentos, condições do campo, número de jogos e volume de treino) tais relações podem resultar em lesões de diferentes graus de incapacidade (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

A ocorrência de diversas lesões musculoesqueléticas, como ruptura do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) (YAMAZAKI et al., 2010) instabilidade crônica do tornozelo (HOCH et al., 2011), fratura por estresse da tibia (MILNER et al., 2006), estão correlacionadas com a redução da Amplitude de Movimento (ADM) de dorsiflexão, visto que, faz-se necessário a realização de movimentos compensatórios de outras estruturas na tentativa de suprir a redução da amplitude de movimento de tornozelo.

A avaliação funcional do tornozelo pode ser feita de inúmeras maneiras tais como tarefas que demandem ações que visem o uso da coordenação, velocidade, força e propriocepção. Dessa forma, pode-se entender de que maneira essas tarefas estão

associadas ao mecanismo de estabilidade e de fadiga muscular e assim a avaliação surge como uma ferramenta indispensável para prevenir, tratar e dar confiança para o retorno ao esporte para atletas com instabilidade ou entorses de tornozelo (BRUMITT et al., 2013).

Os testes funcionais permitem avaliar e direcionar exercícios mais indicados num programa de reabilitação, pois através de ferramentas conseguem reproduzir condições que venham a reproduzir condições enfrentadas no esporte. A fim de se obter os melhor efetividade, os testes precisam simular movimentos e forças que normalmente são impostas a articulação durante a pratica esportiva e se possível, mesurar o desempenho individual do atleta (DEMERITT et al., 2012; DOCHERTY et al., 2005; CAFFREY et al., 2009)

A amplitude articular de movimento de dorsiflexão durante a fase de apoio decorre de movimentos da tíbia sobre o pé, tal movimento é necessário para que o corpo consiga se deslocar anteriormente. Em se tratando de restrição do movimento de dorsiflexão, tem-se verificado que é um alto fator de risco para aparecimento de lesões de tornozelo e joelho. A avaliação desse segmento no esporte é de fundamental importância para identificar fatores que possam desencadear lesão (LEVANGIE, 2005; LIMA et al., 2018; MARTIN et al., 2013)

2 | OBJETIVO

Compreender de qual forma as lesões de tornozelo desencadeadas pela diminuição da amplitude articular de movimento, podem influenciar no surgimento de outras lesões em diferentes modalidades esportivas.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo baseado na literatura através de consulta nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e PubMed. Realizou-se um recorte temporal de 2016 a 2021. Os descritores utilizados foram Atletas, *Athletes*, Articulação do Tornozelo, *Ankle Joint*, Lesões Esportivas, *Athletic Injuries*, Fisioterapia, *Physical Therapy*. Os critérios de inclusão referem-se a trabalhos que constem nas plataformas escolhidas, que estejam dentro do recorte temporal, que foram escritos na língua portuguesa e inglesa. Como critérios de exclusão estão os trabalhos que não estejam disponíveis completos gratuitamente e que não abordem a eficácia dos instrumentos avaliativos de biomecânica de tornozelo em atletas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 1000 artigos nas bases de dados, posteriormente adicionado recorte temporal, restando 380 artigos, ao final seguindo os critérios de elegibilidade foram selecionados 7 artigos conforme Tabela 01 abaixo.

Autor	Objetivo	Amostra	Intervenção	Instrumento Avaliativo	Resultados
MAGALHÃES et al, 2017	Avaliar mobilidade em dorsiflexão do tornozelo com carga, nos jogadores de futebol de campo profissional.	96 jogadores profissionais do estado de Sergipe	Os atletas foram informados de como seria a realização do teste e logo em seguida realizados três tentativas teste e três que foram contabilizadas.	Sistema “ <i>Leg Motion</i> ”, dispositivo portátil, composto por uma plataforma e três varetas de metal	Para lado direito a amplitude 11.01 ± 3.59 e lado esquerdo 10.94 ± 3.29 , não houve diferença estatística significativa entre eles, $p=0.90$ e $37,5\%$ apresentaram assimetria
MANOEL, 2020	Identificar os fatores de risco que podem predispor a lesões de tornozelo, presente na avaliação durante pré-temporada, em jogadores de futebol profissional.	100 atletas profissionais de futebol.	Avaliação funcional do tornozelo e do questionário <i>Foot and Ankle Outcome Score</i> (FAOS).	Aplicação do <i>Y Balance Test</i> , do <i>Weight Bearing Lunge Test</i> (WBLT) e da Dinamometria Isocinética.	A relação entre resultados dos testes funcionais e o desfecho lesão apresentou significância no <i>Y balance Test</i> , analisando o Score composto em ambos membros dominante e não dominante.
CANABARRO et al, 2018	Avaliar a correlação da medida alcançada no teste Lunge com o desempenho na direção anterior do SEBT em atletas de futsal masculino.	22 atletas de futsal ($25,6 \pm 5,7$ anos, $82,3 \pm 13,1$ kg e $177,1 \pm 7,1$ cm), do sexo masculino.	Para a composição dos testes foram utilizadas quatro fitas métricas de 1,5 metros, sendo uma para o <i>Lunge test</i> e três para o SEBT, uma para cada direção.	<i>Weight Bearing Lunge Test</i> (WBLT) e <i>Star Excursion Balance Test</i> (SEBT)	Os resultados obtidos demonstram haver uma correlação entre o <i>Lunge test</i> e o SEBT de $r=0,741$ e $r=0,896$ para D e ND respectivamente, com nível de significância de p.
SANTINNI et al, 2018	Comparar a mobilidade de tornozelo na pré-temporada e intertemporada dos atletas de Futsal da categoria sub-20.	Foram avaliados 12 atletas da equipe de futsal da UFSM na pré-temporada e na intertemporada.	Foram realizadas duas tentativas com cada membro, e a média das mesmas foi considerada para comparação entre os membros dominante (D) e não dominante (ND).	<i>Weight Bearing Lunge Test</i> (WBLT)	Houve diferença estatisticamente significativa para o membro não dominante quando comparado a pré e a intertemporada. Entretanto, não houve diferença entre as avaliações para o membro dominante.
SANTOS et al, 2019	Correlacionar a redução da amplitude de movimento de dorsiflexão de tornozelo mensurada clinicamente pelo <i>lunge test</i> com o histórico de dor no joelho em praticantes de CrossFit.	10 praticantes de CrossFit.	Questionário <i>Lysholm</i> e aplicação do <i>Lunge Test</i> .	<i>Weight Bearing Lunge Test</i> (WBLT)	Quando comparado homens e mulheres, verificou-se que não há diferença significativa na classificação de pontuação do questionário <i>Lysholm</i> .

RABELLO et al, 2014	Determinar a relação entre três principais testes funcionais de estabilidade articular com as principais medidas de equilíbrio da plataforma de força em atletas.	15 atletas do sexo feminino, praticantes da modalidade de futebol de salão (futsal) e handebol.	A avaliação iniciou-se na plataforma de força e em seguida foram realizados os testes funcionais (de forma aleatória).	Plataforma de força, Star Excursion Balance Test (SEBT) e (Side Hop Test).	Em geral, as correlações entre os testes funcionais e a plataforma de força foram de fraca a moderada ($r = 0.01$ a -0.69), dependendo da variável analisada. As melhores correlações foram encontradas entre o teste SEBT e a plataforma, sendo uma correlação moderada e significativa ($r = -0.69$), indicando que quanto maior a distância alcançada no teste melhor foi o equilíbrio postural sobre a plataforma de força.
RAIANNE et al, 2016	Mensurar a ADM de joelho em jogadores de futebol, utilizando-se a BC e o PAG com a finalidade de comparar os valores obtidos entre os instrumentos.	10 jogadores de futebol de campo, do sexo masculino, participantes da categoria de base sub 20 do FEC.	Os voluntários responderam a uma ficha avaliativa, composta por questões relacionadas aos dados pessoais e físicos. Depois foram encaminhados para uma sala para a realização dos testes.	Biofotogrametria Computadorizada e Protótipo de Aplicativo Goniométrico (PAG).	Quando comparados os valores mensurados utilizando a BC e os valores mensurados utilizando o PAG, observa-se que não houve diferença estatística.

Tabela 01: Artigos Selecionados.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Através do sistema *Leg Motion* Magalhães 2017, avaliou a mobilidade em dorsiflexão do tornozelo com carga, em jogadores de futebol, o estudo compõe-se de 96 jogadores profissionais, concluiu-se que o *Leg Motion* é uma ferramenta capaz de avaliar com precisão a amplitude de dorsiflexão do tornozelo com carga. A ferramenta é leve, acessível e portátil, através da mesma é possível avaliar a ADM de dorsiflexão do tornozelo na posição de suporte de peso. Durante a avaliação com o sistema *Leg Motion* o hálux é colocado na linha de partida e o joelho toca um bastão de metal enquanto mantém o pé na mesma posição sem retirar o calcanhar da superfície por três segundos, realizando a dorsiflexão máxima de tornozelo. O *Leg Motion* apresenta maior padronização, pode ser aplicado em diferentes superfícies e locais (CALATAYUD *et al.*, 2015).

Por meio de instrumentos avaliativos, como o questionário *Foot and Ankle Outcome Score*, testes funcionais, como; *Dorsiflexion Lunge Test* e *Y Balance Test* (YTB), e dinamometria isocinética, Manoel, 2020 avaliou a pré-disposição de lesões em jogadores de futebol durante a pré-temporada. O estudo avaliou 89 atletas profissionais de futebol

no período pré-temporada, as ferramentas citadas no estudo são indicadas para avaliar as capacidades físicas e funcionais dos atletas, avaliando de forma complexa e precisa, assim podendo diminuir os riscos de lesão. O questionário *Foot and Ankle Outcome Score* avalia a dor, função, atividades de vida diária e atividades esportivas (IMOTO *et al.*, 2009).

A dinamometria isocinética é considerada o padrão ouro na avaliação da força muscular, fornecendo dados confiáveis na mensuração da força e suas variáveis, no esporte tornou-se uma ferramenta de grande aplicabilidade, a análise isocinética é realizada pela comparação entre membros, o valor de assimétrica de pico de torque é o mais analisado (EKSTRAND, HAGGLUND, WALDÉN, 2011).

O *Dorsiflexion Lunge Test* avalia a ADM de dorsiflexão do tornozelo em cadeia cinética fechada, é realizado com descarga de peso posicionando o pé perpendicularmente em contato com a parede e joelho igualmente apoiado na parede (CLANTON *et al.*, 2012). O *Y Balance Test* avalia o equilíbrio unipodal e o controle neuromuscular dinâmico dos membros inferiores. Durante a realização do teste o indivíduo deve realizar um apoio unipodal, o alcance máximo nas direções anterior, póster lateral e póster medial em uma figura em forma de Y fixada em uma superfície (GRIBBLE, HERTEL, PLISKY, 2012),

Correlacionando os testes funcionais Canabarro, 2018 utilizou dois testes funcionais na avaliação de 22 atletas de futsal do sexo masculino, por meio do *Dorsiflexion Lunge Test* e *Star Excursion Balance Test* (SEBT), notou-se no estudo que há correlação positiva na utilização dos dois testes na avaliação de atletas. O *Lunge Test* é um teste realizado com descarga de peso, distâncias menores que 9 a 10 cm sugere restrição de dorsiflexão, (CLANTON *et al.*, 2012).

O *Star Excursion Balance Test* (SEBT) é um teste dinâmico, requer força, flexibilidade e propriocepção (KINZEY, ARMSTRONG, 1998). O objetivo do teste é manter a postura de perna única em uma perna enquanto alcança o mais longe possível com a perna contra lateral, é usado para monitorar o desempenho físico, comparar a capacidade de equilíbrio entre diferentes modalidades esportivas e identificar indivíduos que têm instabilidade crônica de tornozelo (HALE, HERTEL, OLMSTED, 2007; OLMSTED *et al.*, 2002).

No estudo de Santini 2018, realizou-se a avaliação funcional por meio do *Dorsiflexion Lunge Test*, analisando 12 atletas de futsal na pré-temporada e na Inter temporada, buscando avaliar a mobilidade de tornozelo dos jogadores por meio do *Lunge Test*, percebeu-se que houve melhora na mobilidade de tornozelo no membro não dominante na avaliação Inter temporada em relação a pré-temporada. No início e durante o campeonato, um dos fatores que acometem os atletas é limitação da dorsiflexão do tornozelo, é uma alteração comum em muitas condições ortopédicas, incluindo fraturas do tornozelo (HANCOCK, HERBERT, STEWART, 2005).

O *Weight Bearing Lunge Test* é um dos testes que se destaca de maneira positiva para a mensuração da ADM de dorsiflexão, pois requer o uso de instrumentos de baixo custo como goniômetro, fita métrica, inclinômetro, inclinômetro digital e aplicativos de

smartfone. O teste é realizado com o suporte do peso corporal do avaliado, dessa forma, os resultados se aproximam das tarefas funcionais (KRAUSE *et al.*, 2011). O teste apresenta alta confiabilidade e foi validado pelo estudo de Hall (2017), apontando o WBLT como uma boa ferramenta de avaliação da ADM de DF (POWDEN *et al.*, 2015; HALL e DOCHERTY, 2017).

Atletas de diferentes modalidades esportivas podem apresentar limitação na ADM de dorsiflexão em tornozelo. Santos 2019 verificou a limitação da ADM de dorsiflexão em praticantes de *Cross Training* Funcional e histórico de dor na articulação do joelho, participaram do estudo 10 pessoas, sendo 5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, na avaliação dos atletas também foi utilizado o questionário Lysholm, que consiste em um questionário específico para dor na articulação do joelho.

Verificou-se que a limitação da ADM de dorsiflexão é um dos fatores que contribuem para o surgimento de tendinopatia patelar e outras patologias relacionadas a dores no joelho, a restrição da ADM de dorsiflexão aumenta os riscos de desenvolvimento de patologias relacionadas ao joelho, amplitudes menores de 45 graus aumentam os riscos de lesões e dores no joelho. As lesões dos membros inferiores, principalmente de joelho e tendinopatias de tornozelo, aumentam conforme ocorre a diminuição da amplitude de movimento de dorsiflexão de tornozelo (BACKMAN, 2011).

Rabelo 2014, trata da relação de testes funcionais e da plataforma de força, que é considerada o padrão ouro para avaliar o equilíbrio postural e mensurar as diferenças entre as ações estáticas ou dinâmicas. A respeito dos testes funcionais, o estudo traz o teste de estabilidade articular chamado de *Star Excursion Balance Test* (SEBT) que é normalmente utilizado para prevenir possíveis lesões e auxiliar no desempenho de atletas. A partir dessa apresentação, procurou-se relação entre testes funcionais e os resultados obtidos pela plataforma de força (WINTER, 2003; HOWE, 2009).

O estudo foi composto por 15 atletas de futebol de salão e handebol com a faixa etária de 13 a 17 anos que deveriam já estar em treinamento regular. A avaliação se iniciou pela plataforma de força, depois o teste funcional, todas foram orientadas e ambientadas com a plataforma e com o teste funcional, após isso foram feitas 3 tentativas em cada e tirada uma média. Os resultados mostram que a plataforma de força obteve os melhores resultados na avaliação de estabilidade postural, no entanto, o estudo provou que o teste SEBT pode ser também utilizado com certa relevância para avaliar a estabilidade postural em atletas, pois apresentou correlação com um dos parâmetros avaliados na plataforma de força.

No estudo de Raianne, 2016 teve como finalidade mensurar a ADM de 10 jogadores de futebol de campo, categoria sub 20, utilizando a Biofotogrametria Computadorizada (BC) e o Protótipo de Aplicativo Goniométrico (PAG) com a intenção de comparar se há semelhança entre os valores obtidos através dos dois instrumentos citados.

Avaliar a ADM das articulações do corpo humano é necessário, uma vez que,

colabora para o rastreio de possíveis lesões articulares, assim como serve para avaliar a flexibilidade dos tecidos moles durante determinada ação, podendo ser de forma estática também. Em se tratando de jogadores de futebol, essa avaliação deve ser mais recorrente para que o rastreio de futuras lesões seja detectado mais precocemente, amenizando alterações que possam interferir no desempenho esportivo (BRAZ et al 2008).

Na realização da mensuração de ADM, foi realizado treinamento dos avaliadores tanto para a utilização da biofotogrametria computadorizada quanto para o protótipo de aplicativo goniométrico. Os pacientes foram orientados a não praticar atividade física no período de uma hora antes da realização da mensuração e comparecer utilizando roupas leves. Foram direcionados a uma sala bem iluminada para a captação de imagens e instruídos a permanecerem em decúbito ventral, com membros superiores em pronação e ao lado do tronco, cabeça em rotação lateral do lado a ser avaliado e membros inferiores em posição neutra (LUSTOSA, 2008).

Os resultados obtidos através das mensurações da Biofotogrametria Computadorizada (BC) e do Protótipo de Aplicativo Goniométrico (PAG) foram semelhantes, porém o PAG obteve o tempo de aplicação menor que o BC. Dessa forma, conclui-se que ambos recursos se mostram eficazes para a mensuração de ADM, no entanto, ressalta-se a importância de treinamento prévio dos avaliadores.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se, que os instrumentos avaliativos são de suma importância no planejamento da reabilitação do atleta, promovendo segurança na escolha da conduta terapêutica. Ressaltamos a necessidade da realização de novos estudos com maior abordagem ao tema referido, para expandir o conhecimento sobre as modalidades de instrumentos avaliativos que podem ser empregados para a construção de uma prática baseada em evidência de forma segura, adequada e eficaz.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO CGS, ARAÚJO DSMS. Flexiteste: utilização de versões condensadas. **Rev Bras Med Esporte**. 10(5):381-4. 2004.

BACKMAN LJ. Low Range of Ankle Dorsiflexion Predisposes for Patellar Tendinopathy in Junior Elite Basketball Players: a 1-year Prospective Study. **Sports Med.**, v. Dec;39(12):2626-33.], 2011.

BALDUINI FC, TETZLAFF J. Historical perspectives on injuries of the ligaments of the ankle. **Clin Sports Med** 1982; p.1:3-12.

BALDUINI FC, VEGSO JT, TORG JT, TORG E. Management and rehabilitation of ligamentous injuries to the ankle. **Sports Med** 1987;4: p.364-80.

BIRD, S.P.; MARKWICK, W.J. Musculoskeletal Screening and Functional Testing: Considerations For Basketball Athletes. **The International Journal of Sports Physical Therapy**, v. 11, n. 5, p. 784-802, Oct. 2016.

BRAZ, R. G., et al. Confiabilidade e validade de medidas angulares por meio do software para avaliação postural. **Fisioter Mov.** [S. L.], v. 21, n.3, p. 117-262. 2008.

BRUMITT J, HEIDERSCHEIT BC, MANSKE RC, NIEMUTH PE, RAUH MJ. Lower extremity functional tests and risk of injury in Division iii collegiate athletes. **International Journal of Sports Medicine**. 2013; 8(3):216-27.

CAFFREY E, DOCHERTY CL, SCHRADER J, KLOSSNER J. The ability of 4 single-limb hopping tests to detect functional performance deficits in individuals with functional instability. **Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy**. 2009;39(11):799-806.

CALATAYUD J.; MARTÍN F.; GARGALLO P.; GARCÍA-REDONDO J.; COLADO J.; MARÍN P. The validity and reliability of a new instrumented device for measuring ankle dorsiflexion range of motion. **International Journal of Sports Physical Therapy** 10(2):197–201. 2015.

CÉSAR et al. Confiabilidade intra-avaliador da medida de amplitude de movimento da flexão e extensão do joelho pelo método de fotogrametria. **Fisioter. Pesqui.** [online]. 2012, v.19, n.1, pp.32-38. 2012

CHAGAS MH, BHERING EL. Nova proposta para avaliação da flexibilidade. **Rev Bras Educ Fís Esp**. 2004;18(3):239-48.

CLANTON TO, MATHENY LM, JARVIS HC, JERONIMUS AB. Return to Play in Athletes Following Ankle Injuries. **Sports Health**. 2012;4(6):471-4.

CLANTON T.O et al Return to play in athletes following ankle injuries. **Spots Health**. v 4(6), p. 471-4.2012.

DEMERITT KM, SHULTZ SJ, DOCHERY CL, et al. CAI does not affect lower extremity functional performance. **Journal of Athletic Training**. 2002;37: p.507-511.

DOCHERTY CL, ARNOLD BL, GANSNEDER BM, HURWITZ S, GIECK J. Functional-Performance Deficits in Volunteers With Functional Ankle Instability. **Journal of Athletic Training**. 2005;4(1): p.30-34.

DUTTON, M. Fisioterapia ortopédica: Exame, avaliação e intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2007.
FORTES, C.R.N.; CARAZZATO, J.G. Estudo epidemiológico da entorse de tornozelo em atletas de voleibol de alto rendimento. **Acta Ortop Bras** 16:3:142-147, 2008.

EKSTRAND J.; HÄGGLUND M.; WALDÉN M. Epidemiology of muscle injuries in professional football (soccer). **Am J Sports Med.**_v_39(6). P. 1226-32, 2011.

FREITAS, Sandra M. S. F.; DUARTE, Marcos. **Métodos de análise do controle Postural**. **Laboratório de Biofísica**, Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, 2006.

FULLER, CW. et al. Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries. **Clin J Sport Med**. V.16(2), p.97-106,2006.

- GRIBBLE P.A.; HERTEL J.; PLISKY P. Using the Star Excursion Balance Test to assess dynamic postural-control deficits and outcomes in lower extremity injury: a literature and systematic review. **J Athl Train.** v.47(3), p. 339-57, 2012, Phil Plisky
- HALE SA, HERTEL J, OLMSTED-KRAMER LC. The effect of a 4-week comprehensive rehabilitation program on postural control and lower extremity function in individuals with chronic ankle instability. **J Orthop Sports Phys Ther.** 2007; 37:303-311.
- HALE SA, HERTEL J. Reliability and sensitivity of the Foot and Ankle Disability Index in subjects with chronic ankle instability. **J Athl Train.** 2005;40(1):35-40.
- HALL, E. A.; DOCHERTY, C. L. Validity of clinical outcome measures to evaluate ankle range of motion during the weight-bearing lunge test. **Journal of science and medicine in sport**, v. 20, n. 7, p. 618-621, 2017.
- HANCOCK Mj, HERBERT Rd, STEWART M. Prediction of outcome after ankle fracture. **Journal of orthopaedic & sports physical therapy**, v. 35, n. 12, p. 786±92, 2005.
- HAYWOOD KL, HARGREAVES J, LAMB SE. Multi-item outcome measures for lateral ligaments injury of the ankle: a structured review. **J Eval Clin Pract.** 2003;10(2):339-52.
- HEBERT, S.; XAVIER, R. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 3ed. Porto Alegre: **Ateneu**, 2003.
- HERTEL J, MILLER SJ, DENEGAR CR. Intratest and interest reliability during the star excursion balance tests. **J Sport Rehabil.** 2009;9:104-16.
- HOCH, M. C.; STATON, G. S.; MCKEON, P. O. Dorsiflexion range of motion significantly influences dynamic balance. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 14, n. 1, p. 90-92, 2011.
- HOY K. et al. European soccer injuries. A prospective epidemiologic and socioeconomic study. **Am J Sports Med.** V20(03) p:318-22, 1992.
- HOWE TE, ROCHESTER L, JACKSON A, BANKS PMH, BLAIR VA. Exercise for improving balance in older people (review). **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009;1-150.
- IMOTO A. M. et al. Translation, cultural adaptation and validation of Foot and Ankle Outcome Score (FAOS) questionnaire into portuguese. **Acta ortop. bras.** v. 17(4) p.232-5, 2009.
- ICN, S. et al. Confiabilidade da fotogrametria em relação a goniometria para avaliação postural de membros inferiores. **Rev. bras. fisioter**, São Carlos, v.11 n.5 set./oct. 2007.
- Irrgang JJ, Anderson AF, Boland AL, Harner CD, Kurosaka M, Neyret P, et al. Development and validation of the International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form. **Am J Sports Med**, 2001;29:600-13.
- JONES R, CARTER J, MOORE P, WILLS A. A study to determine the reliability of na ankle dorsiflexion weight-bearing device. **Physiotherapy.** 2005;(91):242-9.

JUNGLE A.; DVORAK J.; GRAF-BAUMANN T. Football injuries during world cup 22. **Am J Sports Med**, v.32(1 Suppl), p. 23-37, 2004.

KAMINSKI TW, HARTSELL HD. Factors contributing to chronic ankle instability: A strength perspective. **J Athl Train**. 2002;37(4):394–405.

KAPANDJI, A.I. Fisiologia Articular: Membro Inferior. Vol. 2, 5° ed. São Paulo: **Panamericana**, 2000.

KAPANDJI, I. A. The physiology of the joints 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 1982.

KINZEY SJ, ARMSTRONG CW. The reliability of the star-excursion test in assessing dynamic balance. **J Orthop Sports Phys Ther**. 1998; 27:356-60.

KISNER, C.; COLBY, L.A. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas. 4° ed. São Paulo: **Manole**, 2005.

KRAUSE, D. A. et al. Measurement of ankle dorsiflexion: a comparison of active and passive techniques in multiple positions. **Journal of Sport Rehabilitation**, v. 20, n. 3, p. 333-344, 2011. ISSN 1056-6716.

LASMAR, N.P. Medicina do esporte. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2002.

LEVANGIE PK, N. C. Joint structure and function. A comprehensive analysis. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

LIMA, Y. ET AL. The association of ankle dorsiflexion and dynamic knee valgus: A systematic review and meta-analysis. **Physical Therapy in Sport**, v. 29, p. 61-69, 2018.

LUSTOSA, L. P. et al. Goniometria e Fleximetria: um estudo de confiabilidade e comparação das medidas nas articulações do cotovelo e joelho. **E-scientia**, v.1, n.1, Nov/ 2008

LUSTOSA, L.P. Análise do pico de ativação do glúteo máximo na marcha em mulheres com instabilidade do tornozelo. **Fisioterapia Mov**. 2011 Jul/Set; 24(3): 463-70

MANOEL, Lucas Sartori. Identificação de fatores de risco de lesões de tornozelo em jogadores profissionais de futebol por meio de uma avaliação funcional no período pré-temporada. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MARTIN, R. L. et al. Ankle stability and movement coordination impairments: ankle ligament sprains. **Journal of orthopaedic & sports physical therapy**, [S.L.], v. 43, n. 9, p. 1-40, set. 2013.

MILNER, C. E. et al. Biomechanical factors associated with tibial stress fracture in female runners. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 38, n. 2, p. 323-328, 2006.

NASCIMENTO, N. A. SILVA, B. G. M. Análise do perfil epidemiológico de lesões esportivas em atletas de futebol profissional. **Revista Brasileira de Futsal e Futebol**, São Paulo. v.9. n.34. p.282-289. Set./ Out./Nov./Dez. 2017.

NICHOLS DS, GLENNTM, HUTCHINSON KJ. Changes in the mean center of balance during balance testing in young adults. **Phys Ther**. 1995;75(8):699-706.

OLMSTED L, CARCIA C, HERTEL J, SHULTZ S. Efficacy of the Star Excursion Balance Tests in detecting reach deficits in subjects with chronic ankle instability. **J Athl Train**. 2002; 37:501-506.

OBERLAENDER AP, SILVA E, NASCIMENTO JL, CAMPBELL F A eficácia do tratamento cinesioterapêutico na recuperação funcional do membro inferior em uma entorse de tornozelo grau 3. Estudo de caso. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 15, N° 147, 2010.

PAIVA-NETO A, PERES FP, OLIVEIRA A. Comparação da flexibilidade intermovimentos entre homens e mulheres: um estudo a partir do flexiteste adaptado. **Rev Mov Percepção**. 2006;6(9):124-33.

PETERSEN J, HOLMICH P. Evidence based prevention of hamstring injuries in sport. **Br J Sports Med**, 2005;39:319-23.

POPE R, HERBERT R, KIRWAN J. Effects of ankle dorsiflexion range and pre-exercise calf muscle stretching on injury risk in Army recruits. **Aust J Physiother**. 1998;44(3):165-72.

PLISKY PJ, GORMAN PP, BUTLER RJ, KIESSEL KB, UNDERWOOD FB, ELKINS B. The reliability of an instrumented device for measuring components of the star excursion balance test. **North Am J Sports Phys Ther**. 2009;4(2):92-9.

RASCH, P. J. Cinesiologia e Anatomia Aplicada. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara **Koogan**, 2003.

SACCO; I.C.N. Influência de implementos para o tornozelo nas respostas biomecânicas do salto e aterrissagem no basquete. **Rev Bras Med Esporte** - Vol.10, N°6- Nov/Dez, 2004.

Sílvio Soares dos Santos; Fernando José de Sá Pereira Guimarães. Avaliação biomecânica de atletas paraolímpicos brasileiros: artigo original. **Rev Bras Med Esporte** vol.8 no.3 Niterói May/June 2002

SILVA, R.S. Alterações neuromusculares do quadril associadas a entorses do tornozelo: revisão de literatura. **Fisioter Mov**. 2011, Jul/Set; 24(3): 503-11.

SIQUEIRA, Daniela Abrahão; BARAUNA, Mário Antônio and DIONISIO, Valdeci Carlos. **Avaliação funcional do joelho em portadores da síndrome da dor femoropatelar (SDFP): comparação entre as escalas KOS e IKDC**. **Rev Bras Med Esporte** [online]. 2012, vol.18, n.6, pp.400-403.

SKOK, O.G.; SERNA, J.; RHEA, M.R.; MARIN, P.J. Relationships between functional movement tests and performance tests in young elite male basketball players. **Jospt, Zaragoza**, v. 10, n. 5, p. 628, 2015.

SOUSA, Natanael Teixeira Alves. **Análise da eficácia da estimulação elétrica neuromuscular durante a oclusão do fluxo sanguíneo, no desempenho funcional e hipertrofia muscular, em atletas de basquete de alto rendimento. Ensaio clínico randomizado cego**. 2018. Tese (Doutorado em Reabilitação e Desempenho Funcional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

STORMONT D, MORREY B, AN K, et al. Stability of the loaded ankle. Relation between articular restraint and primary and secondary static restraints. **Am J Sports Med** 1985;13:295-300.

TEGNER Y, LYSHOLM J. Rating systems in the evaluation of Knee ligament injuries. **Clin Orthop**. 1985; 198:43-9.

TEIXEIRA LF, OLNEY SJ. Anatomia funcional e biomecânica das articulações do tornozelo, subtalar e médio-társica. **Rev. Fisioter. Univ.** São Paulo 1997; 4: 50-65.

THEODORO PFR, SALVA MGC. Análise da flexibilidade em mulheres trabalhadoras. **Rev Mov Percepção.** 2005;5(7):116-23.

VAES P, DUQUET W, VAN GHELUWE B. Peroneal reaction times and eversion motor response in healthy and unstable ankles. **J Athl Train.** 2002;37(4):475–80.

VENTRINI C, ITUASSÚN T, TEIXEIRA LM, DEUS CVO. Confiabilidade intra e interexaminador da amplitude ativa de dorsiflexão do tornozelo em indivíduos saudáveis. **Rev Bras Fisioter.** 2006;10(4):407-11.

Winter DA, Patla AE, Ishac M, Gage WH. Motor mechanism of balance during quiet standing. **J Electromyogr Kinesiol.** 2003;13: 49-56.

YAMAZAKI, J. et al. Differences in kinematics of single leg squatting between anterior cruciate ligament-injured patients and healthy controls. **Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy**, v. 18, n. 1, p. 56, 2010. ISSN 0942-2056.

CAPÍTULO 27

ENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO CINTURA/QUADRIL NA RECUPERAÇÃO AUTÔNOMICA DO RITMO CARDÍACO APÓS EXERCÍCIO MODERADO

Data de aceite: 02/08/2021

Vinicius Ferreira Cardoso

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1470424641786345>

Andrey Alves Porto

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1433142595480261>

Luana Almeida Gonzaga

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6851730418252996>

Cicero Jonas R. Benjamim

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de
São Paulo (FMRP / USP)
Ribeirão Preto, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1555669389817115>

Lidiane Moreira Souza

Departamento de Clínica Médica, Faculdade
de Medicina de Botucatu/ UNESP - Campus
Botucatu, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3928619555883600>

Isabela de Pretto Mansano

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6223391216516715>

Ismael Figueiredo Rabelo

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5715408293191915>

Amanda Nagão Akimoto

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8995811053653472>

Rayana Loch Gomes

Departamento de Nutrição - Universidade do
Oeste Paulista
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5028691271003206>

Rafael Luiz de Marco

Departamento de Ciências do Movimento,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP
Presidente Prudente, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3218536813104065>

Rafaela Santana Castro

Departamento de Fisioterapia e Terapia
ocupacional, Faculdade de Filosofia e Ciências,
Universidade Estadual Paulista, UNESP
Marília, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9495474881797842>

Vitor Engrácia Valenti

Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade
de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual
Paulista, UNESP
Marília, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8456421836597174>

RESUMO: Introdução: A relação cintura quadril parece ser um confiável preditor de risco cardiovascular e demonstra relacionar-se à modulação autonômica cardíaca. **Objetivo:** Analisar a recuperação autonômica da frequência cardíaca após exercício moderado em homens com diferentes valores de relação cintura quadril. **Método:** O estudo foi realizado com 23 homens fisicamente ativos, eutróficos, com idade entre 18 e 30 anos. Os voluntários foram divididos em grupos de acordo com relação cintura quadril (RCQ): G1 (entre 0,690 e 0,824) e G2 (entre 0,825 e 0,911). Os grupos realizaram um protocolo de teste de esforço moderado em esteira ergométrica com inclinação de 1%, entre 50 e 55% da frequência cardíaca máxima (FCmáx.), por 5 minutos, seguido por 25 minutos em 60 e 65% da FCmáx. Parâmetros cardiorrespiratórios foram analisados antes e após o exercício. Foram analisados os índices rMSSD, HF [ms²], SD1, 0V e 2UV da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) antes, durante e após o exercício físico. **Resultado:** Observamos que o grupo G1 apresentou uma recuperação mais lenta do índice rMSSD, quando comparado ao G2. Nos índices HF, SD1 e 0V, ambos grupos demonstraram recuperação antes de 5 minutos de recuperação. Índice 2UV não demonstrou diferença significativa. **Conclusão:** O grupo com menores medidas de RCQ apresentou uma recuperação mais lenta do controle autonômico da frequência cardíaca após exercício moderado.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Cardiovascular; Relação cintura quadril; Teste de Esforço; Recuperação após exercício.

INVOLVEMENT OF THE WAIST / HIP RELATIONSHIP IN THE AUTONOMIC RECOVERY OF THE HEART PACE AFTER MODERATE EXERCISE

ABSTRACT: Introduction: The waist-hip ratio appears to be a reliable predictor of cardiovascular risk and it is related to autonomic cardiac modulation. Objective: To analyze the autonomic recovery of heart rate post moderate exercise in men with different waist-hip ratio values. Method: The study was conducted on 23 healthy active men, aged between 18 and 30 years. The volunteers were assigned into groups according to waist-hip ratio (RCQ): G1 (between 0.690 and 0.824) and G2 (between 0.825 and 0.911). The groups were subjected to a treadmill moderate exercise trial with 1% inclination, between 50 and 55% of the maximum heart rate (FCmáx), for 5 minutes, followed by 25 minutes between 60 and 65% of FCmáx. Cardiorespiratory parameters were analyzed before and after exercise. The rMSSD, HF [ms²], SD1, 0V and 2UV indexes of heart rate variability (VFC) before, during and post exercise were analyzed. Results: We observed that group G1 shows a slower recovery of the rMSSD index when compared to G2. In the HF, SD1 and 0V indices, both groups recovered before 5 minutes of recovery. 2UV index showed no significant difference. Conclusion: The group with the lowest RCQ measurements showed a slower recovery of autonomic control of heart rate after moderate exercise.

KEYWORDS: Cardiovascular System; Waist-hip ratio; Effort Test; Recovery post exercise.

INTRODUÇÃO

A relação cintura quadril (RCQ) trata-se de uma medida antropométrica simples, que é utilizada como indicador indireto da adiposidade abdominal (FERREIRA, 2006). Seu

cálculo é realizado dividindo-se a medida da cintura em centímetros, pela medida do quadril em centímetros (CROFT, 1995).

Estudos têm associado a RCQ como um confiável preditor de risco cardiovascular (De OLIVEIRA, 2010) e mortalidade (CABRERA, 2005). Outro estudo demonstrou elevação da frequência cardíaca, bem como maior lentidão à recuperação autonômica cardíaca pós exercício em indivíduos com maiores relações entre as medidas da cintura e do quadril, quando comparados com indivíduos que apresentavam uma menor relação (SILVA, 2012).

Uma forma de se avaliar a modulação autonômica cardíaca, e conseqüentemente o funcionamento adequado do coração, é realizando a análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), que se dá pela descrição das oscilações dos intervalos entre batimentos cardíacos consecutivos, os quais são denominados intervalos R-R (VANDERLEI, 2009; TASK FORCE, 1996).

A atuação do sistema nervoso autônomo na regulação da atividade cardíaca reflete a capacidade de o coração responder a diferentes estímulos, sejam eles fisiológicos ou patológicos. Um exemplo de estímulo capaz de alterar o funcionamento cardíaco é o exercício físico, onde se observa uma rápida resposta parassimpática, e posteriormente, conforme o exercício físico perdura, ocorre predomínio simpático (MARÃES, 2010). Assim sendo, torna-se possível compreender que uma alta variabilidade da frequência cardíaca se associa a uma boa capacidade de recuperação do ritmo cardíaco basal, após o cessar de um exercício físico (LIMA, 2012).

Um estudo realizado em 2014 analisou a RCQ de 30 indivíduos, de ambos os sexos, cardiopatas e observou aumento da relação na maioria deles, concluindo que indivíduos cardiopatas tendem a apresentar elevada RCQ (FOGAÇA, 2014).

Outro estudo identificou correlação inversa entre índices de análise da variabilidade da frequência cardíaca, correspondentes tanto à modulação autonômica cardíaca simpática, quanto à parassimpática, e variáveis antropométricas, dentre as quais, a RCQ em indivíduos obesos, em situação de repouso e estresse provocado por ruídos sonoros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Há também relatos sobre a relação entre a RCQ e a variabilidade da frequência cardíaca em idosos em diferentes condições de respiração, onde constatou-se diminuição no balanço autonômico de indivíduos com RCQ maior que 0,9, quando comparados a indivíduos com valores menores. Constatou-se também que esse prejuízo foi mais pronunciado na modulação simpática que na parassimpática (SACHIDANANDA, 2011).

Dentro desse contexto, o objetivo do presente trabalho é analisar a recuperação autonômica da frequência cardíaca após exercício moderado em homens com diferentes valores de relação cintura quadril.

MATERIAIS E MÉTODOS

População de estudo

Foram analisados 23 sujeitos aparentemente saudáveis, do sexo masculino, com idade entre 18 e 30 anos, fisicamente ativos ou muito ativos, de acordo com o questionário internacional de atividade física (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ) (PARDINI, 2001). Todos os voluntários foram informados sobre os procedimentos e objetivos do estudo e, após concordarem, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os indivíduos foram divididos em 2 grupos: G1 (n=12), com relação cintura quadril entre 0,690 a 0,824 e G2 (n=11), com relação cintura-quadril entre 0,825 e 0,911. Os valores de relação cintura-quadril mensurados dos voluntários foram ordenados em ordem crescente, e a divisão dos grupos se deu pela mediana.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, campus de Marília via Plataforma Brasil (Número 5406) e obedece à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Critérios de elegibilidade

Não foram incluídos indivíduos sedentários e insuficientemente ativos segundo o questionário IPAQ, que apresentassem distúrbios cardiorrespiratórios, renais, endócrinos, neurológicos, metabólicos, musculoesqueléticos e demais comprometimentos conhecidos ou relatados que impediam o sujeito de realizar os procedimentos, tabagistas, etilistas, usuários de medicamentos que influenciem o sistema nervoso autônomo e indivíduos com pressão sistólica maior que 130 mmHg e diastólica maior que 85 mmHg em repouso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Avaliação inicial

A medida da circunferência de cintura foi realizada medindo-se a circunferência ao nível da região abdominal, em seu menor perímetro. Para a circunferência do quadril, fora medida a circunferência à altura de maior porção da região glútea. Ambas medidas foram realizadas utilizando-se fita métrica, com voluntários em posição ortostática.

Os valores de peso, IMC e porcentagem de gordura foram medidos utilizando-se balança de controle corporal (OMRON HBF-514C, Kyoto, Japão). Foi utilizado estadiômetro (ES2020, Sanny, Brasil) para medição da estatura, com precisão de 0,1 cm. As medidas das circunferências de quadril, cintura e abdômen foram realizadas utilizando fita métrica.

Protocolo Experimental do Exercício Aeróbio

A coleta foi realizada de forma individual, entre 18h e 21h, na Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista - Campus de Marília, em uma sala com temperatura entre 21°C e 25°C e umidade entre 50 e 60%, a fim de manter a padronização dos protocolos.

Após a avaliação inicial foi posicionada no tórax dos voluntários, na região do terço distal do esterno, a cinta de captação de frequência cardíaca Polar RS800CX (Polar Electro, Finlândia), e eles foram orientados a se manterem sentado em repouso por 15 minutos, evitando conversas durante a coleta (GONZAGA, 2017).

Em seguida, foi realizado o teste de esforço em esteira ergométrica (Evolution Fitness, EVO 4000), com 1% de inclinação fixa, por 30 minutos, sendo que destes, os primeiros 5 minutos foram realizados em velocidade que permitisse manutenção da FC entre 50-55% da FC_{máx.}, e os 25 minutos restantes, entre 60-65% da FC_{máx.}. Após o término do exercício, os voluntários realizaram 60 minutos de recuperação, sendo os 3 primeiros minutos realizados em pé, ainda na esteira, e os 57 minutos restantes em sedestação. As variáveis cardiovasculares foram mensuradas nos minutos 1, 3, 5, 7, 10, 20, 30, 40, 50 e 60 da recuperação.

Análise da variabilidade da frequência cardíaca

A análise da VFC foi realizada em repouso (Rep) no momento 10-15 minutos, antes da realização do protocolo de exercício. No exercício (Exerc), no momento 15-20 minutos. E no repouso, nos momentos 5-10 minutos (M1), 15-20 minutos (M2), 25-30 minutos (M3), 35-40 minutos (M4), 45-50 minutos (M5) e 55-60 minutos (M6).

Para análise da VFC, a FC foi registrada batimento a batimento durante todo o protocolo pelo cardiofrequencímetro (Polar RS800cx, Finlândia) e os intervalos RR registrados pelo monitor portátil cardíaco foram transferidos para o programa Polar ProTrainer (3,0 v., Polar Electro, Finlândia). Foi selecionado um trecho de 5 minutos e salvo em arquivo "txt". Este foi transferido ao software Excel e realizado em seguida filtragem manual, no qual foram excluídos os números que não se repetiam nas extremidades superiores e inferiores. A filtragem digital complementada com filtragem manual foi realizada para a eliminação de artefatos. Para a análise de dados foram selecionados 256 intervalos RR [7] e somente séries com mais de 95% de batimentos sinusais foram incluídas.

Foram analisados os índices rMSSD (raiz quadrada da média do quadrado das diferenças entre intervalos RR normais adjacentes, em um intervalo de tempo, expresso em ms), SD1 (erro padrão da variabilidade instantânea, batimento a batimento) e HF (alta frequência, variação de 0,15 a 0,4Hz, em ms²), que representam a modulação parassimpática. Para análise simbólica, foram utilizados os índices 0V (sem variação, associado à modulação simpática, expresso em %) e 2UV (duas variações, associada à modulação parassimpática, expresso em %) [6]

Para o cálculo dos índices lineares foi utilizado o software Kubios HRV® (Kubios HRV v.1.1 for Windows, Biomedical Signal Analysis Group, Department of Applied Physics, University of Kuopio, Finland) (NISKANEN, 2004).

Análise estatística

Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra, e os resultados foram apresentados com valores de média e erro padrão. A normalidade dos dados foi determinada por meio do teste Ryan-Joiner.

Com base nos resultados, foi aplicado o teste ANOVA medidas repetidas e pós teste de Bonferroni para dados com distribuição paramétrica, ou o teste de Friedman e pós-teste de Dunn para dados não-paramétricos.

Diferenças em todos os testes foram consideradas estatisticamente significantes quando o “p” valor foi menor que 0,05.

As análises foram realizadas utilizando-se os softwares Minitab - versão 13.20 (Minitab®, PA, USA) e Graph Pad InStat® – versão 3.06, 2003 (GraphPad Software®, Inc., San Diego California USA).

RESULTADOS

As características dos 23 voluntários em seus respectivos grupos estão descritas na Tabela 1.

VARIÁVEL	G1 (n = 12)	G2 (n = 11)	p-valor
Idade (anos)	20,83 ± 3,70 [18 – 28]	21,90 ± 2,30 [20 – 28]	0.2754
Massa de Gordura (%)	21,59 ± 4,98 [13,8 – 29,1]	19,85 ± 5,54 [7,8 – 27,3]	0.5852
Relação Cintura-Quadril	0,78 ± 0,03 [0,69 – 0,82]	0,86 ± 0,03 [0,82 – 0,91]	0.0010*
Peso (kg)	76,42 ± 8,22 [64,6 – 93]	71,5 ± 8,95 [54,9 – 85,5]	0.1088
Altura (m)	1,77 ± 0,07 [1,69 – 1,89]	1,73 ± 0,06 [1,62 – 1,85]	0.0358*

Legenda – kg: quilogramas; m: metro.

Tabela 1: Caracterização dos grupos da amostra, com valores da média, erro padrão, mínimo e máximo, e p valor. Valor de significância: p<0,05.

A Figura 1 mostra o comportamento do índice rMSSD no domínio do tempo durante o período de recuperação comparado ao repouso inicial nos 2 grupos.

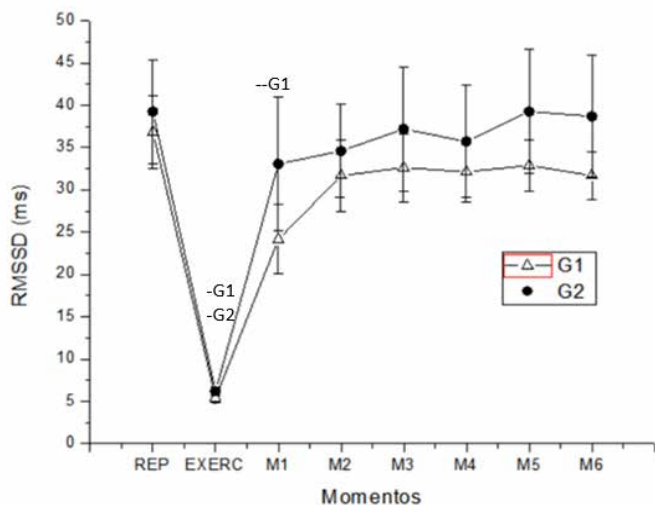


Figura 1. Valores médios e respectivos erros padrão do índice rMSSD no período de repouso, exercício e durante a recuperação. -G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G1 ($p < 0,001$); -G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G2 ($p < 0,001$); --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G1; --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G2.

O comportamento do índice SD1 durante a recuperação e sua comparação em relação ao repouso inicial nos 2 grupos pode ser visualizado na Figura 2.

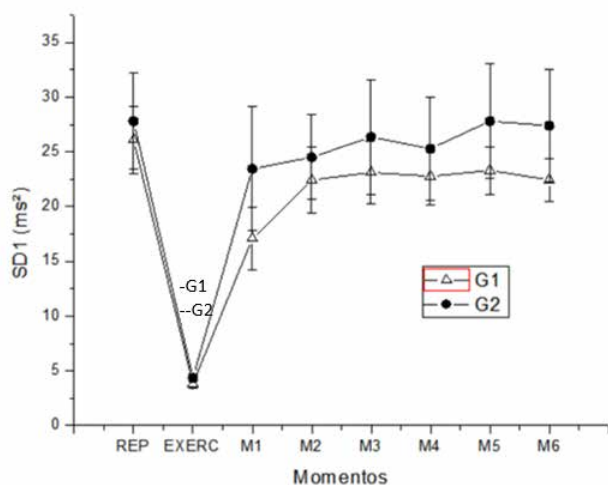


Figura 2. Valores médios e respectivos erros padrão do índice SD1 no período de repouso, exercício e durante a recuperação. -G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G1 ($p < 0,001$); -G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G2 ($p < 0,001$); --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G1; --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G2.

O comportamento do índice HF [ms²] no domínio da frequência nos 2 grupos pode ser visualizado na Figura 3.

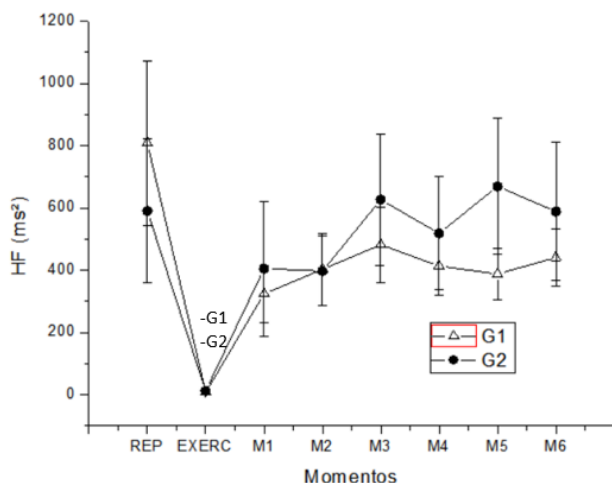


Figura 3. Valores médios e respectivos erros padrão do índice SD1 no período de repouso, exercício e durante a recuperação. --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G1 ($p < 0,001$); --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G2 ($p < 0,001$); --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G1; --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G2.

O comportamento do índice 0V (%) nos 2 grupos pode ser visualizado na Figura 4.

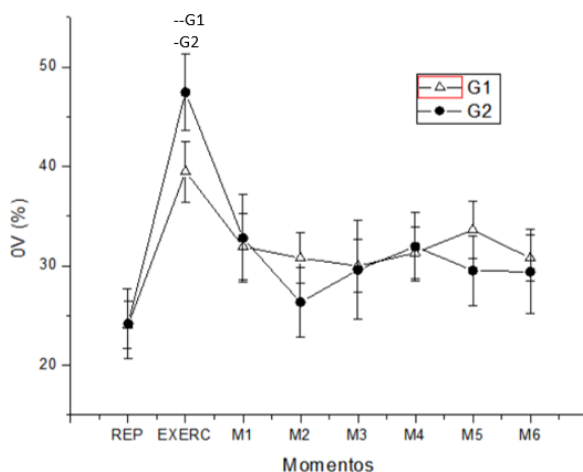


Figura 4. Valores médios e respectivos erros padrão do índice 0V no período de repouso, exercício e durante a recuperação. --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G1 ($p < 0,001$); --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G2 ($p < 0,001$); --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G1; --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G2.

O comportamento do índice 2UV (%) nos 2 grupos pode ser visualizado na Figura 5.

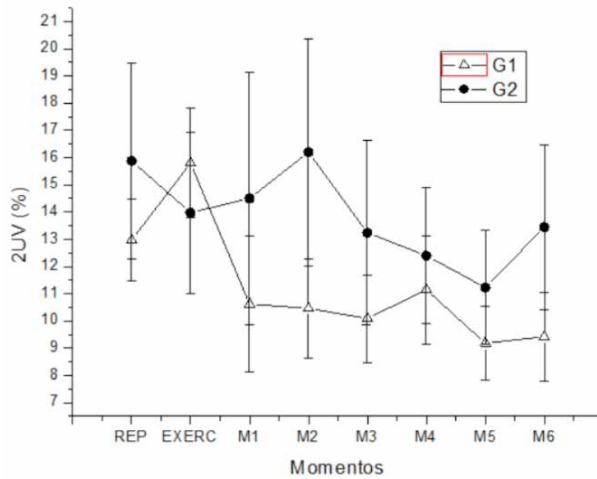


Figura 5. Valores médios e respectivos erros padrão do índice 2UV no período de repouso, exercício e durante a recuperação. -G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G1 ($p < 0,001$); -G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso em G2 ($p < 0,001$); --G1 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G1; --G2 Valores com diferenças significantes em relação ao repouso ($p < 0,01$) em G2.

No índice rMSSD, observamos uma recuperação mais lenta do G1 quando comparado com G2, sendo que G2 recuperou antes do M1 (antes dos 5 minutos) e G1 recuperou entre M1 e M2 (entre 5-20 minutos).

Nos índices SD1, HF [ms²] e 0V, ambos os grupos recuperaram antes de M1 (antes dos 5 minutos).

E no índice 2UV, não foi encontrada significância estatística em ambos os grupos.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a recuperação autonômica da frequência cardíaca, após exercício moderado em homens com diferentes valores de relação cintura quadril, por meio da análise da variabilidade da frequência cardíaca de 23 voluntários fisicamente ativos.

Os principais achados mostraram que no grupo com menores valores de relação cintura quadril (G1), a recuperação pós exercício ocorreu de forma mais lenta, em comparação ao grupo com maiores valores de RCQ (G2). Estes resultados não correspondem aos achados disponíveis em boa parte da literatura.

Um estudo realizado por Fontes (2018), detectou retardo na recuperação autonômica cardíaca de homens com maiores valores de RCQ, quando comparados a um grupo com valores menores (FONTES, 2018).

Outro estudo, realizado com adolescentes, avaliou a relação entre a variabilidade da frequência cardíaca e a RCQ em repouso, imediatamente antes à prática de exercício físico e nos quinto e trigésimo minutos de recuperação. Neste estudo, os resultados indicaram uma recuperação cardíaca melhor em indivíduos com menores valores de RCQ (SUBRAMANIAM, 2013).

Na literatura também há relatos sobre correlação inversa entre IMC e RCQ com a atividade simpática de indivíduos obesos (LAEDERACH-HOFMANN, 2000), o que sugere provável diminuição na capacidade de recuperação autonômica cardíaca nesses indivíduos, o que se assemelha aos achados do presente estudo.

Os resultados encontrados no presente estudo não podem ser aplicados sobre toda a população, haja visto que o mesmo foi realizado apenas com indivíduos jovens do sexo masculino, aparentemente em bom estado de saúde. Além disso, é possível encontrar na literatura relatos sobre a contestabilidade da RCQ enquanto índice preditivo para risco cardiovascular (ABESO, 2016), pois as medidas realizadas para obtenção da RCQ envolvem duas variáveis. Nesse sentido, a utilização de apenas uma medida, como a circunferência de cintura, se torna mais simples e direta, reduzindo a probabilidade de erros, sem contar que a medida do quadril se relaciona à estrutura pélvica e muscular, sem necessariamente indicar acúmulo de gordura em sua circunferência (PICON, 2007).

Mais estudos devem ser realizados em diversas populações, tendo em vista que o presente estudo obteve resultados diferentes dos que eram esperados inicialmente. Dessa forma, sugerimos que novos estudos verificando a influência da RCQ na recuperação autonômica cardíaca após exercício sejam realizados.

CONCLUSÃO

O grupo com menores medidas de RCQ apresentou uma recuperação mais lenta do controle autonômico da frequência cardíaca após exercício moderado em jovens.

REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. VI Diretrizes Bras Obesidade. 2016;4 edição:7–186.
2. CABRERA, MAS. **Relationship between body mass index, waist circumference, and waist-to-hip ratio and mortality in elderly women: a 5-year follow-up study**. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2005;21(3):767–75.
3. CROFT, JB et al. **Waist-to-Hip Ratio in a Biracial Population. Measurement, Implications, and Cautions for Using Guidelines to Define High Risk for Cardiovascular Disease**. Vol. 95, Journal of the American Dietetic Association. 1995. p. 60–4.

4. De OLIVEIRA, MAM et al. **Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular.** Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):451–7.
5. FERREIRA, MG et al. **Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.** Cad Saude Publica. 2006;22(2):307–14.
6. FOGAÇA, LT et al. **Avaliação da razão cintura-quadril de indivíduos cardiopatas.** Rev Bras Ciências da Saúde - USCS. 2014;12(40):1–6.
7. FONTES, AMGG. **Efeitos de fatores antropométricos na resposta do controle autonômico cardíaco e variáveis cardiorrespiratórias após exercício aeróbio submáximo em homens fisicamente ativos.** Faculdade de Ciências e Tecnologia - FCT/UNESP; 2018.
8. GONZAGA LA et al. **Caffeine affects autonomic control of heart rate and blood pressure recovery after aerobic exercise in young adults: a crossover study.** Sci Reports. 2017;7(1491):1-8.
9. KIM, JA et al. **Heart rate variability and obesity indices: Emphasis on the response to noise and standing.** J Am Board Fam Pract. 2005;18(2):97–103.
10. LAEDERACH-HOFMANN, K et al. **Autonomic cardiovascular regulation in obesity.** J Endocrinol. 2000;164(1):59–66.
11. LIMA, JRP et al. **Recuperação autonômica cardíaca pós-exercício: Revisão dos mecanismos autonômicos envolvidos e relevância clínica e desportiva.** Motricidade. 2012;8(Supl. 2):419–30.
12. MARÃES, V. **Frequência cardíaca e sua variabilidade: análises e aplicações.** Rev Andaluza Med del Deport. 2010;3(1):33–42.
13. NISKANEN, JP et al. **Software for advanced HRV analysis.** Comp.Met. Progr. Biomed. 2004;76(1):73-81.
14. PARDINI, R et al. **Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros.** Rev Bras Ciên e Mov 2001;9(3):45-51.
15. PICON, PX et al. **Medida da cintura e razão cintura/quadril e identificação de situações de risco cardiovascular: Estudo multicêntrico em pacientes com diabetes melito tipo 2.** Arq Bras Endocrinol Metabol. 2007;51(3):443–9.
16. SACHIDANANDA, G et al. **Impact of waist hip ratio on autonomic modulation in geriatric population.** Res J Pharm Biol Chem Sci. 2011 Oct;2(4):416–20.
17. SILVA, DM Da. **Relação entre Variabilidade da Frequência Cardíaca e a Relação Cintura/Anca.** 2012;82. Available from: [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/23255/1/Relação entre Variabilidade da Frequencia Cardíaca e a Relação Cintura-Anca.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/23255/1/Relação%20entre%20Variabilidade%20da%20Frequencia%20Cardíaca%20e%20a%20Relação%20Cintura-Anca.pdf)
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes brasileiras de hipertensão.** Arq Bras Cardiol. Arq. Bras. Cardiol. vol.107 no.3 supl.3 São Paulo set. 2016

19. SUBRAMANIAM, BS et al. **Role of gender and the waist-hip ratio (WHR) on heart rate variability (HRV) in adolescent age.** Natl J Physiol Pharm Pharmacol. 2013;3(1):4–8.

20. TASK FORCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND THE NORTH AMERICAN SOCIETY OF PACING AND ELECTROPHYSIOLOGY. **Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation and clinical use.** Circulation. 1996;93(5):1043–65.

21. VANDERLEI, LCM et al. **Noções básicas de variabilidade da frequência cardíaca e sua aplicabilidade clínica.** Brazilian J Cardiovasc Surg. 2009;24(2):205–17.

APONTAMENTOS SOBRE PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO POPULAR EM SAÚDE

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 14/05/2021

Vamberto Fernandes Spinelli Junior

Centro Universitário de Patos – UNIFIP
Patos – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/1704880164011571>

Lidiane Cavalcante Tiburtino

Centro Universitário de Patos – UNIFIP
Patos – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/1511617783736095>

RESUMO: Este trabalho consiste em um registro dos procedimentos metodológicos que deram corpo a uma experiência de extensão e educação popular em saúde proporcionado pelo projeto Direito à cidade, direito à saúde, vinculado ao Centro Universitário de Patos (UNIFIP) e desenvolvido entre 2017 e 2018. O projeto foi realizado no Residencial Itatiunga (cidade de Patos), bairro marcado pela segregação urbana e seus rebatimentos na saúde da população. Orientadas pela metodologia da educação popular, as ações se fundamentaram na escuta atenta e no diálogo com os atores locais para a definição de problemas e ações prioritárias. Descreve-se os procedimentos metodológicos desenvolvidos no projeto: entrada na comunidade; visitas; rodas de conversa; videodebates e oficinas temáticas; parceria, apoio e participação em atividades realizadas por atores da própria comunidade; atividades de planejamento coletivo e avaliação de ações; atividades de estudo, sistematização

da experiência e produção de conhecimento; atividades de articulação e troca de experiências com outros projetos de extensão na perspectiva metodológica da educação popular; participação e intervenção em eventos acadêmicos. O projeto possibilitou aos extensionistas, o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença no meio popular; o aprendizado do trabalho interdisciplinar; o reconhecimento das iniciativas de organização popular para lidar com seus próprios problemas; bem como o reconhecimento de contradições, mecanismos de fragmentação e de clientelismo político que limitam a atuação de organizações locais. Em relação às lideranças locais, pode-se destacar o aprendizado sobre significados, importância e dificuldades relativas à mobilização popular; além da confiança estabelecida com a equipe do projeto que, em alguns momentos, atuou como mediadora de conflitos entre atores locais, atenuando a fragmentação social característica do bairro. A metodologia favoreceu o entendimento do significado e das possibilidades pedagógicas da educação em saúde numa perspectiva participativo-dialógica.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão universitária; Educação popular em saúde, Direito à Saúde.

NOTES ON METHODOLOGICAL PROCEDURES OF A POPULAR EXTENSION PROJECT IN HEALTH

ABSTRACT: This work consists of a record of the methodological procedures that embodied an experience of extension and popular education in health provided by the project Right to the city, right to health, linked to the Centro Universitário

de Patos (UNIFIP) and developed between 2017 and 2018. The project was carried out at Residencial Itatiunga (city of Patos), a neighborhood marked by urban segregation and its impact on the population's health. Guided by the methodology of popular education, the actions were based on attentive listening and dialogue with local actors to define problems and priority actions. The methodological procedures developed in the project are described: entry into the community; visits; Circles of conversation; videodebates and thematic workshops; partnership, support and participation in activities carried out by actors from the community itself; collective planning and action evaluation activities; study activities, systematization of experience and knowledge production; articulation activities and exchange of experiences with other extension projects in the methodological perspective of popular education; participation and intervention in academic events. The project made it possible for extension workers to recognize the social determination of the health-disease process in the popular environment; the learning of interdisciplinary work; the recognition of popular organization initiatives to deal with their own problems; as well as the recognition of contradictions, fragmentation mechanisms and political patronage that limit the activities of local organizations. In relation to local leaders, it is possible to highlight the learning about meanings, importance and difficulties related to popular mobilization; in addition to the trust established with the project team that, at times, acted as a mediator of conflicts between local actors, mitigating the social fragmentation characteristic of the neighborhood. The methodology favored the understanding of the meaning and the pedagogical possibilities of health education in a participatory-dialogical perspective.

KEYWORDS: University extension; Popular education in health; Right to health.

1 | INTRODUÇÃO

Este texto consiste em um registro de atividades desenvolvidas no âmbito do projeto de extensão universitária “Direito à cidade, direito à saúde” entre os anos de 2017 e 2018¹. O projeto possui um caráter interdisciplinar, envolvendo estudantes e docentes dos cursos de Medicina e de Serviço Social das Faculdades Integradas de Patos - FIP², instituição privada de ensino superior, localizada no sertão paraibano. Com este trabalho, objetivamos evidenciar procedimentos metodológicos que foram adotados no desenvolvimento das ações do projeto, no sentido de fornecer informações que possam contribuir com iniciativas de extensão universitária em saúde, especialmente iniciativas que pretendam uma maior vinculação com as dinâmicas sociopolíticas e culturais populares em territórios singulares marcados por graves iniquidades, territórios abrangidos pelas ações e serviços da atenção primária à saúde.

O projeto se orientou metodologicamente pela perspectiva pedagógica da educação popular, e desenvolveu ações de caráter educativo visando colaborar no fortalecimento de processos de mobilização e de organização comunitária em torno da afirmação do direito à cidade e do direito à saúde, da promoção da saúde e do apoio social, junto à

1 O projeto obteve reconhecimento e apoio institucional, tendo estado vinculado à Coordenação de Pesquisa e Extensão (COOPEX-FIP), nos períodos letivos de 2017.1, 2017.2, 2018.1 e 2018.2, a quem agradecemos o apoio.

2 Em 2019 a instituição recebeu o reconhecimento de centro universitário e alterou o nome para Centro Universitário de Patos (UNIFIP), momento posterior à conclusão das atividades do projeto de extensão.

população residente no Conjunto Habitacional Edmilson Motta, mais conhecido como Conjunto Residencial Itatiunga, localizado no município de Patos, Paraíba³. O bairro possui setecentas e setenta casas construídas pelo governo do estado da Paraíba em convênio com o Programa Minha Casa, Minha vida. A opção pelo Residencial Itatiunga se deu pelo fato do bairro, cujas casas foram entregues aos seus moradores em 2016, experimentar, de maneira flagrante, os efeitos da segregação socioespacial e da precarização urbana, com seus rebatimentos no processo saúde-doença da população.

Assumindo a perspectiva metodológica da educação popular, o projeto de extensão se justificou pela necessidade de, a partir de uma instituição de ensino superior, as Faculdades Integradas de Patos (FIP), e especialmente dos cursos de Medicina e Serviço Social desta, se produzir conhecimentos e intervenções interdisciplinares sobre o urbano e a saúde na cidade de Patos, no sentido, tanto de qualificar a formação crítica e propositiva dos estudantes extensionistas, como de dar uma resposta institucional a problemas prementes vividos na cidade, colaborando, assim, na resolução criativa e participativa desses problemas.

2 | DIREITO À CIDADE, DIREITO À SAÚDE

O tema do direito à cidade ganhou bastante projeção nas duas últimas décadas em várias partes do mundo ante um quadro de intensificação de processos de precarização das condições de vida urbana, resultantes das formas contemporâneas de organização global do capitalismo e seus efeitos sobre como diferentes setores ocupam e se apropriam das cidades. Nesse sentido, um contingente expressivo e crescente da população urbana experimenta, cotidianamente, nas grandes, médias e inclusive em algumas pequenas cidades, um flagrante processo segregação urbana, que tem expressão diversa, seja na fragmentação do espaço urbano associada à especulação imobiliária, com a destinação de áreas afastadas ou degradadas para a construção de conjuntos residenciais para estratos mais baixos das classes trabalhadoras (caso do Residencial Itatiunga); seja na ausência, nessas mesmas áreas, de infraestrutura e equipamentos básicos, de mobilidade urbana que garanta os deslocamentos pela cidade, de espaços públicos como praças, áreas verdes e quadras esportivas, de serviços básicos de maneira geral que atendam às necessidades fundamentais da população. Quadro que caracteriza a reiterada negação de direitos assegurados constitucionalmente.

O Estatuto da Cidade, Lei nº. 10.257/2001, que regulamenta os artigos nº. 182 e nº. 183 da Constituição Federal de 1988, referentes à política urbana, descreve o direito à cidade como “direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações” (ESTATUTO DA CIDADE apud AMANAJÁS; KLUG, 2018, p. 29).

³ O projeto está catalogado na plataforma VEPOP-SUS de acesso aberto, onde é possível encontrar outras informações sobre o projeto. <http://www.ccm.ufpb.br/vepopsus/home/todos-os-projetos/direito-a-cidade-direito-a-saude/>

A segregação urbana tem como marco a existência de formas desiguais de ocupação e apropriação do espaço urbano em função de interesses privatistas e mercantis, e está associada diretamente às desigualdades sociais e de renda (MARICATO, 2011; 2015), consistindo num processo que, por sua magnitude e multidimensionalidade, produz rebatimentos importantes nas condições de saúde da população que sofre seus efeitos mais diretamente, isto é, os estratos mais baixos das classes trabalhadores, setores desempregados, trabalhadores informais etc. que, sem encontrar alternativas, habitam os espaços urbanos segregados e precarizados. De tal modo, ao fragmentar o espaço urbano em áreas que conferem condições muito desiguais de acesso a equipamentos e serviços básicos, à habitabilidade, à cidade de maneira geral, se instaura também quadros de iniquidade em saúde, de desigualdade no processo saúde-doença da população cidadina, nas formas de adoecimento, cuidado e cura, nos padrões de morbimortalidade⁴. A segregação urbana, assim, consiste em aspecto chave para entender a determinação social do processo saúde-doença e as dificuldades de garantia do direito à saúde.

O cenário urbano de Patos, terceiro município economicamente mais importante do estado da Paraíba, destacado pelo educacional, comercial e de serviços de saúde, tanto do sertão paraibano com de áreas dos estados vizinhos de Pernambuco e Rio Grande do Norte, e com aproximadamente 108.190 habitantes⁵, não é diferente, embora se careça que estudos que abordem o problema. O conjunto residencial Itatiunga, não apenas por sua localização, mas também pela ausência de serviços básicos no período em que estivemos realizando o projeto, evidenciou um processo importante de segregação urbana, expresso em várias dificuldades que sua população enfrentava diariamente.

Um grande desafio para a vida nos centros urbanos, e não apenas para as grandes metrópoles, é conciliar desenvolvimento econômico, gestão democrática e justiça social, o que implica o enfrentamento de interesses e a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, sistematicamente negados. Segregação urbana e iniquidades em saúde não existem sem que ocorram também resistências e esforços no sentido da mudança, da afirmação de direitos de cidadania, empreendidos por grupos que sofrem seus efeitos diretamente, e por aliados e parceiros destes. Movimentos sociais, coletivos urbanos, ONGs, instituições de ensino, organizações religiosas, entre outros, têm jogado um papel importante nos conflitos urbanos e na luta por direito à saúde. Convivem, por outro lado, em contradição com a ação de agentes do capital (financeiro, da construção civil, imobiliário, das corporações privadas de saúde, dentre outros) que atuam no espaço urbano, motivados pela lógica mercantil e privatista, associada ainda à tradição política autoritária, patrimonialista e clientelista, bastante arraigada no nordeste brasileiro, dificultando que se avance na efetividade de

4 Processo que pode ser interpretado sob a perspectiva da teoria da determinação social do processo saúde doença, que afirma que características da formação social capitalista, entendida em sua totalidade dinâmica, condicionam formas desiguais de adoecimento, cuidado e acesso a bens e serviços de saúde de acordo com a inserção social nas relações de produção e troca (BARATA, 2009).

5 Conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020. Disponível in: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/patos/panorama>. Consultado em 5 de maio de 2021.

uma sociabilidade democrática com a afirmação de direitos.

É nesse sentido que ganha significação, no projeto de extensão ora apresentado, os conceitos de direito à cidade e de direito à saúde, como condições para que sejam alcançados avanços na cidadania e na construção de sociabilidades mais participativas e democráticas, onde, como propunha Lefebvre (2011), os cidadãos assumam o papel de produtores do espaço social em confronto com as lógicas privatistas e mercantis. A cidade como obra de indivíduos e comunidades participativos, de acordo com suas necessidades concretas e com sua diversidade expressiva e criativa, contrapondo-se à cidade como produto das lógicas de apropriação mercantil do espaço, é uma insígnia lefebvreaana que inspira e orienta os esforços teórico-práticos deste projeto.

3 I EDUCAÇÃO POPULAR E EXTENSÃO

Considerando os aspectos acima referidos, a construção e/ou fortalecimento de processos organizativos e de mobilização no nível do território, com a criação de laços de confiança e solidariedade, de espaços de participação democrática e de reflexão, de debate e deliberação coletiva, onde a população local possa se implicar diretamente, colocar em pauta seus problemas coletivos e definir as estratégias mais adequadas para enfrentá-los, tornou-se pauta central do nosso projeto, que visou, exatamente, colaborar com esforços que já vinham sendo empreendidos por atores mais ou menos organizados atuantes na comunidade. Buscamos evidenciar o entrelaçamento da questão urbana com a questão da saúde, isto é, como várias características manifestas da questão urbana no Itatiunga, representavam fatores determinantes da situação de saúde da população do bairro. Neste prisma, nossas ações se orientaram transversalmente pela preocupação com a promoção de saúde e com o apoio social em saúde.

Todos esses aspectos de resistência, organização e mobilização popular, remetem-nos à perspectiva pedagógica que inspirou e orientou nossa prática extensionista propriamente dita. Teórica e metodologicamente nos embasando na perspectiva da educação popular de tradição freiriana. Em uma síntese, podemos dizer que a perspectiva da educação popular, tal como sistematizada por Paulo Freire, inclui como aspectos chaves: a centralidade do diálogo, o estabelecimento de relações horizontais, a presença da problematização, a aproximação com espaços marginalizados, o compromisso social e político com a transformação social das realidades produtoras de opressão (LEITE *et al.*, 2014).

Coerentemente com a perspectiva da educação popular, as atividades educativas do projeto se assentaram, sempre, em um diálogo horizontal de saberes entre os participantes do projeto (extensionistas) e os moradores do Residencial Itatiunga envolvidos nas atividades propostas. Rechaçou-se inteiramente qualquer ideia pré-concebida de que os indivíduos, grupos/coletivos da comunidade fossem atores homogêneos e destituídos de

iniciativas próprias e válidas para lidar com seus problemas.

4 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO PROJETO DE EXTENSÃO

Para o desenvolvimento do projeto planejamos inicialmente vários procedimentos metodológicos, isto é, os *caminhos a serem trilhados*, o *como fazer* para levar adiante o projeto com a perspectiva pedagógica assumida. Outros procedimentos resultaram da própria vivência na comunidade quando o projeto já estava em curso. Fez parte da metodologia do projeto realizar ajustes e mudanças de rumo sempre que sentíssemos a necessidade. Todo ajuste resultou de avaliações coletivas e foi motivado por situações vivenciadas nas atividades de campo, ou seja, da própria realidade construída a partir do projeto. Na sequência descrevemos os procedimentos metodológicos que se tornaram mais importantes na execução de nossas atividades.

a) *Entrada na comunidade*. A entrada na comunidade - o início do trabalho de campo - é sempre um momento delicado por sermos atores externos. Para tanto, buscamos montar *redes de contatos* que pudessem, crescentemente, ir possibilitando fazer nossa presença na comunidade ser vista com maior “naturalidade”, condição para que pudéssemos avançar na construção de uma relação de confiança necessária ao desempenho das atividades do projeto. Além de conhecer pessoas que já possuíam trânsito na comunidade ou desempenhavam algum trabalho na localidade (atores estratégicos na montagem da *rede de contatos*), o tamanho e a diversidade interna da população do Residencial Itatiunga foram fatores que provavelmente facilitaram a nossa entrada. Logo nos primeiros momentos foi possível identificar lideranças comunitárias, e relações de cooperação e de conflito entre elas.

b) *Visitas*. As visitas ocuparam centralidade no projeto e consistiram em atividades de campo que viabilizaram encontros com atores locais (lideranças comunitárias, lideranças emergentes, moradores e suas famílias, profissionais de saúde e da educação que atuam localmente, pessoas de referência na comunidade etc.), a vivência parcial de seus cotidianos, e o conhecimento de alguns de seus problemas mais importantes, necessidades, demandas, reivindicações, formas de enfrentamento das dificuldades, bem como sua diversidade, os recursos disponíveis, os esforços organizativos e de mobilização que já vinham sendo realizados, suas potencialidades, limites e fragilidades etc.

c) *Rodas de conversa*. As rodas de conversa consistiram em reuniões, algumas agendadas, outras totalmente informais e inesperadas, com moradores e lideranças da comunidade sobre problemas enfrentados no bairro, especialmente relacionados à saúde. Representaram momentos muito ricos tanto para o fortalecimento dos laços com os moradores, como para aprofundar o conhecimento dos problemas, demandas e reivindicações. As rodas de conversas nos possibilitaram verificar impactos da segregação urbana na vida da população local, através da descrição de problemas variados e recorrentes

que foram ganhando maior projeção nas falas, como: ausência de uma estrutura adequada de serviço de atenção primária à saúde⁶, a falta de escola⁷, de creche, de praça pública e área de lazer, a precariedade da iluminação às margens da BR 216, a precariedade do transporte coletivo (atendido atualmente apenas por mototaxis) etc. Nesses momentos foi possível também verificar a forte incidência, no território, do clientelismo político e da fragmentação sociopolítica interna, além da desconfiança dos moradores em relação às pretensões daqueles que se projetam como lideranças comunitárias. Ademais o viés autoritário e manipulador de determinadas lideranças. Verificamos ainda que pelo tamanho do bairro, e pela fragmentação interna, a representatividade das lideranças não abarcava o bairro como todo, quando muito atingia algumas quadras do bairro.

d) *Videodebates e oficinas temáticas* foram as atividades mais significativas que realizamos na comunidade, as que demandaram mais planejamento e recursos. As atividades ocorreram ou nas dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou nas dependências da escola pública, ambos os equipamentos, com ótima estrutura, estavam em obras, mas em estado já bastante avançado de finalização, sem que oferecessem riscos à segurança para nenhum participante no desempenho de nossas atividades. Acessamos esses locais mediante intermediação do presidente da Associação de Moradores junto ao poder público local. Todo o trabalho, tanto nos videodebates como nas oficinas, foi orientado pela metodologia da educação popular, isto é, no diálogo horizontal e problematizador, na escuta atenta, no intercâmbio de impressões e saberes.

Os videodebates tiveram o objetivo de problematização da realidade urbana e de saúde da comunidade. Exibimos documentário sobre a questão urbana e na sequência abrimos discussão sobre o vídeo visando a problematização da realidade do Residencial Itatiunga. Foi possível trabalhar algumas categorias de análise da questão urbana e realizar um mapeamento dos principais problemas enfrentados no bairro, tais como percebidos pelos moradores. Exibimos também documentário relacionado ao tema da agricultura urbana, que se projetara naquele momento como um tema com maior capacidade de mobilização de um grupo de moradores que terminamos acompanhando mais de perto. Colaboramos na construção de um interessante projeto de criação de hortas domiciliares e depois comunitárias. Nossa colaboração se deu de maneira diversa, reforçando a importância do projeto das hortas, viabilizando algum recurso (pneus velhos e sementes, por exemplo) e inclusive se implicando diretamente na limpeza de terrenos.

Realizamos também oficinas sobre *Direito à cidade, direito à saúde e Liderança comunitária, mobilização social e participação popular em saúde*. Definimos as oficinas como atividades de caráter educativo e também de formação, de reflexão sobre a realidade e de criação de propostas de enfrentamento dos problemas identificados. Elas estiveram

6 Entre 2016 e 2017, em durante parte do ano de 2018, o serviço de Atenção Básica à Saúde funcionou no bairro numa casa improvisada, cedida pelo presidente da Associação de Moradores, que residia em outro bairro.

7 Uma escola de ensino fundamental foi aberta em 2018.

voltadas para lideranças comunitárias convidadas, especialmente lideranças emergentes. O mote das oficinas foi “Que Itatiunga temos? Que Itatiunga queremos?”, com preocupação de ampliar a reflexividade e conscientização sobre os problemas vividos na comunidade e fortalecer processos de mobilização e organizativos da própria comunidade para a garantia de direitos.

A divulgação das atividades, através de panfletos, carro de som e visitas, foram momentos importantes de mobilização dentro do bairro.

A realização dessas atividades, pela mobilização de recurso que envolveu e pelo compromisso da equipe do projeto de extensão, foi consolidando as relações de confiança com a comunidade. Passamos também a ser requisitados, por várias vezes, como mediadores de conflitos internos entre lideranças locais. A partir dessas atividades tivemos maior clareza dos problemas mais prementes, das dificuldades e desafios colocados para os moradores.

e) *Parceria, apoio e participação em atividades realizadas por atores da própria comunidade.* Fomos convidados a participar de várias atividades no bairro, o que revelou a crescente legitimidade e confiança que o projeto foi conquistando ao longo do seu desenvolvimento. Dentre essas atividades podemos destacar: a assembleia de fundação de uma das associações de moradores⁸; a reunião de um grupo de moradores com uma ONG vinculada a uma Igreja de denominação evangélica para o desenvolvimento de trabalho social com crianças do bairro; eventos recreativos alusivos ao dia das crianças proposto por um grupo de moradores, e ainda uma importante audiência pública na Câmara de Vereadores do município de Patos para discutir problemas prementes do bairro.

f) *Atividades de planejamento coletivo e avaliação de ações:* consistiram em atividades voltadas à concepção, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo projeto. Essas atividades dividiram-se em: (a) Reuniões com participação apenas da coordenação do projeto (autores deste texto), cujas pautas incluíram vários aspectos relativos ao desenvolvimento do projeto. (b) Reuniões de planejamento e avaliação com participação de todos os integrantes do projeto (coordenação e estudantes extensionistas) visando a discussão e tomada de decisão coletiva sobre as ações a serem desenvolvidas e a avaliação das condições para realizá-las.

g) *Atividades de estudo, sistematização da experiência e produção de conhecimento.* Definiu-se também calendário específico com pauta de estudo e sistematização da experiência. Um programa de estudos foi elaborado contendo os seguintes tópicos: (1) Questão urbana e saúde, direitos à cidade e direito à saúde; (2) Metodologia do trabalho comunitário, educação popular em saúde e extensão popular; (3) Segregação urbana e saúde no Residencial Itatiunga. A metodologia de estudo consistiu, basicamente, em

⁸ Associação de moradores que pouco tempo depois de criada ruiu internamente por dificuldades de relacionamento entre duas lideranças por desconfiança mútua em relação aos seus verdadeiros propósitos no que tange à participação na Associação.

estudo dirigido individual de bibliografia pré-selecionada e em reuniões para discussão coletiva de textos-básicos.

Foram realizadas também reuniões focadas na sistematização do conhecimento associado ao desenvolvimento do projeto, e nas pautas específicas de pesquisa e produção de conhecimento. Esse tipo de reunião ocorreu, geralmente, com a participação de número reduzido de participantes, geralmente apenas com aqueles, por exemplo, envolvidos diretamente no desenvolvimento de determinada pauta de pesquisa/estudo ligado ao projeto.

Cabe considerar a importância das *atividades de registro* para que pudéssemos ter melhores condições de avaliação das ações, para sistematizar a experiência e para a produção de conhecimento e da memória do projeto. E mesmo para tornar as atividades cada vez mais consoantes com as necessidades da população. O *registro* foi entendido como um momento de toda ação desenvolvida pelo projeto. Envolveu principalmente a ata das reuniões da equipe do projeto, e o registro individual das ações realizadas na comunidade no “caderno de campo” de cada extensionista. Os acontecimentos e impressões puderam ser registrados de forma escrita, ou através de falas e de imagens.

h) *Atividades de articulação e troca de experiências com outros projetos de extensão na perspectiva metodológica da educação popular.* Consiste no esforço da equipe do projeto de aproximação e articulação com outros projetos de extensão que desenvolvessem a mesma perspectiva metodológica. A pretensão foi trocar experiências metodológicas e fortalecer a perspectiva da extensão popular.

i) *Participação e intervenção em eventos acadêmicos.* Consistiu na participação em eventos acadêmicos de diversos tipos, que pudessem ser relevantes tanto do ponto de vista propriamente acadêmico-curricular, como do ponto de vista ético-político por viabilizar a divulgação, intercâmbio e fortalecimento da perspectiva da extensão popular.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os procedimentos metodológicos desenvolvidos e que deram corpo ao projeto de extensão possibilitaram a materialização de uma rica experiência de educação popular, tanto na relação dos extensionista com a comunidade, como nas relações internas à equipe do projeto. Em todos os momentos o diálogo horizontal e a construção coletiva dos saberes e decisões estiveram presente como norte, dando sentido e forma às ações, de modo que a avaliação dos resultados do projeto não pode deixa de considerar, de início, essa importante constatação.

A busca de coerência com a metodologia proposta nos impôs um exercício permanente de paciência – nem sempre compreendida em alguns momentos – porque nem sempre o tempo da academia (dos resultados mensuráveis) coincide com tempo das dinâmicas no meio popular, com as particularidades do trabalho popular. As dinâmicas

dos territórios sociopolíticos e culturais dos bairros populares (e não apenas do Itatiunga), na medida em que vão se fazendo conhecidas, vão apontando tanto dificuldades não previstas antes do início do projeto, como potencialidades que podem ser produtivamente exploradas. Nesse sentido, o conhecer, o diálogo e o construir junto com a comunidade, demandou bastante disposição para ajustes no nosso planejamento.

De modo geral, podemos destacar potencialidades tanto para a comunidade como para os extensionistas. É flagrante o reconhecimento do projeto como solidário aos pleitos e iniciativas locais, o que agregou ânimo às lideranças do bairro com as quais estivemos mais vinculados. Embora seja difícil mensurar impactos mais objetivos do projeto na comunidade, o acompanhamento dos processos e o próprio discurso dos atores locais, evidenciam resultados de nossa contribuição no sentido do fortalecimento, entre moradores, do reconhecimento dos direitos de cidadania (negados), da importância da mobilização e organização comunitária para avançar na garantia de direitos, bem como o reconhecimento da academia como importante parceiro em projetos comunitários populares.

Por outro lado, constata-se também a vivência do envolvimento crítico, interdisciplinar e solidário, dos extensionistas, em relação à população do bairro.

Como resultados mais significativos, listamos: (a) estabelecimento de relação de confiança, solidariedade e parceria com importantes agentes comunitários; (b) consolidação do projeto como referência para o diálogo coletivo sobre os problemas do bairro e para a mediação de conflitos entre lideranças locais, cujas relações são marcadas por tensões e desentendimentos; (c) realização de ações de intervenção dentro do bairro; (d) realização de parcerias; (e) avanços na formação dos/as estudantes extensionistas numa perspectiva popular e interdisciplinar, aproximando o meio acadêmico do meio popular.

Esperamos a breve incursão que fizemos nos procedimentos metodológicos do projeto de extensão Direito à Cidade, Direito à Saúde, possa inspirar outras iniciativas e que possa abrir a possibilidade de comunicação e trocas produtivas de experiências que assumam a mesma perspectiva metodológica, isto é, a extensão popular.

REFERÊNCIAS

AMANAJÁS, Roberta; KLUG, Letícia. *Direito à cidade, cidades para todos e estrutura sociocultural urbana*. COSTA, Marco A.; MAGALHÃES, Marcos T. Queiroz; FAVARÃO, Cesar Bruno (org.) **A nova agenda urbana e o Brasil: insumos para sua construção e desafios a sua implementação**. Brasília: IPEA, 2018.

BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

LEFEBVRE, Henri. **Direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

LEITE, Maria F. et al. Extensão Popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência. **Revista Interface**: comunicação, saúde e educação. 2014; 18 Supl. 2: 1569-1578.

MARICATO, Ermínia. **O impasse da política urbana no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MARICATO, Ermínia. **Para entender a crise urbana**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CERQUEIRA SOUSA - Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Ceará, com Especializações em: Saúde Pública e Coletiva (UNINASSAU), Psicopedagogia na Universidade Federal do Ceará (UFC), Desenvolvimento Neuropsicomotor no Instituto Brasileiro de Reeducação Motora (IBRM) no Rio de Janeiro, Pós-graduação Lato sensu em NeuroAprendizagem no Centro Universitário (UNICHRISTUS). Mestrado em Educação Especial na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Como Terapeuta Ocupacional trabalhou durante 12 anos na área do desenvolvimento de crianças e jovens com déficit intelectual na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE de Fortaleza, e atuou também com atendimentos clínicos e Terapia Ocupacional domiciliar. Como docente ministrou disciplinas na área da Educação Especial/inclusiva em Cursos de Especialização na Universidade Vale do Acaraú (UVA Ceará), foi também professora convidada na Universidade Estadual do Ceará e na Universidade de Fortaleza. No Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) trabalhou com gestão educacional como Supervisora Acadêmica e Operacional durante 12 anos nos cursos da saúde, e atuou também como: parecerista do Comitê e Ética e Pesquisa (CEP), e foi membro da Comissão Própria de Avaliação institucional (CPA). É orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nas áreas da educação e saúde (UNICHRISTUS). Consultora científica na Coordenação dos cursos de Pós-graduação lato sensu em Psicopedagogia Clínica e Escolar do Centro Universitário 7 de Setembro (UNI 7) e na Pós-graduação em Desenvolvimento infantil (Unichristus) em Fortaleza-CE. Atualmente por ocasião do Doutorado em Saúde Coletiva (UNIFOR) participa do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde nos Espaços Educacionais (NEPSEE), cadastrado na Plataforma de Pesquisa do CNPq. É Revisora ad hoc da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). É avaliadora de periódicos no segmento de educação e saúde, membro do Conselho Técnico Científico e revisora de E-books da Atena Editora. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>. E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Atletas 202, 204, 267, 268, 275, 279, 282, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 296, 297

Autismo 107, 108, 115, 118

B

Bailarinos amadores 258

C

Comportamento suicida 147, 148, 149, 150, 151, 154, 156, 157, 158, 159

D

Direito à saúde 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 320

E

Educação interprofissional 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 138, 139, 140

Educação popular em saúde 311, 318

Extensão universitária 256, 311, 312

F

Fitoterapia racional 176

Fonoaudiologia 61, 62, 64, 65, 66, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 97, 98, 127, 141, 142, 143, 162, 163, 164, 165, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 208, 220, 222, 226, 299

Formação de profissionais em saúde 128

Formação docente 131, 133

I

Idoso 1, 2, 4, 5, 6, 8, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 50, 55, 57, 59, 64, 68, 75, 78, 79, 125

Instagram como tecnologia educativa 187

M

Metodologias ativas de ensino 162, 164, 175

N

Nadadores 273, 275, 278, 279, 280, 281, 282

Natação 273, 274, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285

P

Parkinson 67, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 90, 91, 92, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127

R

Risco de quedas 17, 22, 126, 246, 248, 252, 253, 254, 256

Ritmo cardíaco 299, 301

S

Síndrome de Burnout 227, 228, 229, 231, 232, 233, 235, 236

Síndrome de Down 96, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106

Sofrimento mental em âmbito acadêmico 206

T

Transtorno do espectro autista 107, 108, 111, 115, 116, 118

Transtorno opositor desafiador (TOD) 93, 94, 95

V

Velhice 9, 24, 25, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 74, 79

Vigorexia 200, 201, 202, 203, 204, 205



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **4**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **4**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2021