

Ciências da Saúde

em debate

Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

2



Ciências da saúde

em debate

Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

2

 **Atena**
Editora
Ano 2022



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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 Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci 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
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Luana Vieira Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde em debate 2 / Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-944-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.445221602>

1. Saúde. I. Toledo, Luana Vieira (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

A coleção “Ciências da Saúde em Debate” apresenta em dois volumes a produção científica multiprofissional que versa sobre temáticas relevantes para a compreensão do conceito ampliado de saúde.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos produzidos pelos diferentes atores, em variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar as evidências produzidas.

O volume 1 da obra apresenta publicações que contemplam a inovação tecnológica aplicada à área da saúde, bem como os avanços nas pesquisas científicas direcionadas à diferentes parcelas da população.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco nos diferentes ciclos de vida, crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos. As publicações abordam os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e espirituais que permeiam o indivíduo durante a sua vida e o processo de morrer.

A grande variedade dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo
Organizadora

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO MEDIDAS DE PREVENÇÃO DESENVOLVIDAS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CENTROCIRÚRGICO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Simone Souza de Freitas
Claudia Roberta Vasconcelos de Lima
Jackeline Alcoforado Vieira
Lourival Gomes da Silva Júnior
Karla Cordeiro Gonçalves
Caline Sousa Braga Ferraz
Sandra Maria Vieira
Cinthia Regina Albuquerque de Souza
Shelma Feitosa dos Santos
Mikaella Cavalcante Ferreira
Jéssica de Oliveira Inácio
Creuza Laíze Barboza de Souza Bezerra
Rayssa Cavalcanti Umbelino de Albergaria
Nataline Pontes Rodrigues Alves
Cinthia Furtado Avelino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216021>

CAPÍTULO 2..... 10

IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE A VIDA DE IDOSOS: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES

Karolyne Lima Medeiros
Leonardo Gomes da Silva
Fabiana Rosa Neves Smiderle
Italla Maria Pinheiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216022>

CAPÍTULO 3..... 29

AUTOESTIMA DE IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA CIDADE DE CRATO

Francivaldo da Silva
Bruna Ely Filgueira Leite
Cícera Naiane Oliveira Pinheiro
Francisco Mateus Almeida Oliveira
Naerton José Xavier Isidoro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216023>

CAPÍTULO 4..... 37

CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Giseliene Mendonça Pazotti

Marcos Antonio Nunes de Araújo

Márcia Maria de Medeiros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216024>

CAPÍTULO 5..... 51

ATENÇÃO A ESPIRITUALIDADE FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES TERMINAIS

Roberta Gomes Gontijo

Camila Beatriz de Lima Ferreira

Eduarda Paula Markus Xavier

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216025>

CAPÍTULO 6..... 57

A MORTE E O MORRER: OS ASPECTOS BIOÉTICOS

Anelise Levay Murari

Helanio Veras Rodrigues

Jean Carlos Levay Murari

Daniel Capalonga

Murilo Barboza Fontoura

Rosangela Ferreira Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216026>

CAPÍTULO 7..... 64

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA PRÉ ESCOLARES QUE FREQUENTAM E. M. MARISA VALERIO PINTO BRAGANÇA PAULISTA - SP

Ana Carolina Godoy Scrociato

Ana Carolina da Graça Fagundes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216027>

CAPÍTULO 8..... 73

ANÁLISE DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS OBESAS E SUA IMAGEM CORPORAL

Ronaldo Rodrigues da Silva

Ludmila Ferreira dos Santos

Dalma Honoria de Arruda

Miguel Augusto Marques Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216028>

CAPÍTULO 9..... 87

DESEMPENHO DE ESTUDANTES EM TESTE DE ATENÇÃO SELETIVA E CONTROLE INIBITÓRIO ANTES E APÓS ATIVIDADE FÍSICA

Rosângela Gomes dos Santos

João Paulo Caldas Cunha

Luana Silva Sousa

Michele Miron Morais Silva

Patrícia de Sousa Moura

Leandro Araujo Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216029>

CAPÍTULO 10..... 94

O CUIDADO DOS ADOLESCENTES NA ESCOLA: PROJETO DE VIDA, PLANEJAMENTO FAMILIAR E CIDADANIA

Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante
Karoline Peres Barbosa Oliveira Couto
Fernanda Costa Pereira
Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160210>

CAPÍTULO 11 101

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA GRAVIDEZ

Elizabeth Stefane Silva Rodrigues
Thaís Campos Rodrigues
Rayra Vitória Lopes Coimbra
Maria Eduarda Pinto
Tayná Tifany Pereira Sabino
Bernadete de Lourdes Xavier Guimaraes
Isabela Ramos Simão
Rutiana Santos Batista
Rafaela Barbosa Silva
Larissa Bartles dos Santos
Stefany Pinheiro de Moura
Cláudia Maria Soares Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160211>

CAPÍTULO 12..... 111

ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL DAS SURDAS: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMUNICACIONAL

Maria Aparecida de Almeida Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160212>

CAPÍTULO 13..... 118

PERFIL DO USUÁRIO MASCULINO ATENDIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DESAÚDE NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA – AM

Jean da Silva e Silva
Antonio Marcos Cruz e Silva
Amanda Monteiro de Oliveira
Maria Karoline Nogueira Simões
Silvana Nunes Figueiredo
Maria Leila Fabar dos Santos
Loren Rebeca Anselmo
Leslie Bezerra Monteiro
Andreia Silvana Silva Costa
Ireneide Ferreira Mafra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160213>

CAPÍTULO 14..... 127

ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ PELA PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA

Felício de Freitas Netto

Fabiana Postiglione Mansani

Bruna Heloysa Alves

Jéssica Mainardes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160214>

CAPÍTULO 15..... 132

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICA E PRIVADA

Cecília Faria de Oliveira

Alana Dias de Oliveira

Alisson Matheus Batista Pereira

Severino Correa do Prado Neto

Leana Ferreira Crispim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160215>

CAPÍTULO 16..... 145

CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS POR ESTUDANTES DE MEDICINA EM RIO VERDE - GO

Caio Vieira Pereira

Luciana Arantes Dantas

Jacqueline da Silva Guimarães

Manoel Aguiar Neto Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160216>

CAPÍTULO 17..... 162

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM

Daniele do Nascimento Ferreira

Alex Guimarães de Oliveira

Hanna de Oliveira Monteiro

Kayla Manoella Albuquerque Monteiro

Marcia de Souza Rodrigues

Silvana Nunes Figueiredo

Loren Rebeca Anselmo

Leslie Bezerra Monteiro

Andreia Silvana Silva Costa

Hanna Lorena Moraes Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160217>

CAPÍTULO 18..... 172

DIABETES E SAÚDE MENTAL: INTERFACES EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Matheus Vicente Gambarra Nitão Milane

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160218>

CAPÍTULO 19..... 188

EXPANSÃO RÁPIDA DA MAXILA: REVISÃO DE LITERATURA

Selma Maria de Souza

Bárbara Soares Machado

Alexandre Rodrigues da Ponte

Ricardo Romulo Batista Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160219>

CAPÍTULO 20..... 202

CULTURA POMERANA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: VENCENDO BARREIRAS E CONSTRUINDO PONTES

Camila Lampier Lutzke

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160220>

CAPÍTULO 21..... 209

MEDITERÂNEO KM0

Maria Clara Betti Perassi

Alessandro Del’Duca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160221>

CAPÍTULO 22..... 216

PROMOVENDO A SAÚDE E A SEGURANÇA DO TRABALHADOR RURAL FRENTE AO USO DE AGROTÓXICOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Gustavo Kasperbauer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160222>

CAPÍTULO 23..... 221

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO DO PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA “PALESTRAS E DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS SOBRE ANATOMIA HUMANA”

Ticiania Sidorenko de Oliveira Capote

Marcela de Almeida Gonçalves

Gabriely Ferreira

Luis Eduardo Genaro

Marcelo Brito Conte

Paulo Domingos André Bolini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160223>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 230

ÍNDICE REMISSIVO..... 231

CAPÍTULO 1

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO MEDIDAS DE PREVENÇÃO DESENVOLVIDAS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CENTRO CIRÚRGICO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 20/11/2021

Simone Souza de Freitas

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco– UFPE
Recife, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Claudia Roberta Vasconcelos de Lima

Técnico de Enfermagem pela Escola Irmã Dulce-EID
Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1363023490203068>

Jackeline Alcoforado Vieira

Enfermeira pela Fundação de Ensino superior de Olinda- FUNESO.Olinda,PE,Brasil.

Lourival Gomes da Silva Júnior

Doutorando em Biotecnologia - Rede Nordeste de Biotecnologia -RENORBIO pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPERecife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7527479787053584>

Karla Cordeiro Gonçalves

Mestre em Ciências Aplicada á Saúde do Adulto pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas gerais- FM-UFMG
Belo Horizonte, MG, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3277009220442776>

Caline Sousa Braga Ferraz

Enfermeira pela Faculdade de enfermagem Nossa Senhora das Graças-FENSG
Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6492784025206676>

Sandra Maria Vieira

Enfermeira pela Faculdade Maurício de Nassau- UNINASSAU
Recife, PE, Brasil

Cynthia Regina Albuquerque de Souza

Mestranda em Avaliação em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP
Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1526639169674984>

Shelma Feitosa dos Santos

Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí -UFPI
Piauí, PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3645752650123063>

Mikaella Cavalcante Ferreira

Especialista em Planejamento e Gestão de Serviços Farmacêuticos pela Universidade de Pernambuco -UPE
Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8887234866887674>

Jéssica de Oliveira Inácio

Residente em Área Uniprofissional do Programa de Residência de Enfermagem em Pneumologia do Hospital Otávio de Freitas - HOF
Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3435092763405058>

Creuza Laíze Barboza de Souza Bezerra

Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE

Recife, PE, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4634325133822336>

Rayssa Cavalcanti Umbelino de Albergaria

Residência Uniprofissional no Perfil Hospitalar no Programa em Enfermagem em Saúde da Criança pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira- IMIP

Recife, PE, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/2089703128307266>

Nataline Pontes Rodrigues Alves

Residência multiprofissional em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira- IMIP

Recife, PE, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6144358334317802>

Cinthia Furtado Avelino

Enfermeira pela Faculdade São Miguel

Recife, PE, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/4584511677991508>

RESUMO: O objetivo principal deste estudo foi avaliar a adesão à higienização das mãos por profissionais da equipe multiprofissional em saúde do centro cirúrgico. Tratou-se de um estudo de revisão da literatura de aspecto descritivo baseado em informações obtidas das bases de dados BVS e PubMed, de artigos publicados entre junho de 2016 e junho de 2021. Os resultados obtidos mostraram que 70% dos profissionais de saúde não realizam a higienização das mãos de forma frequente e que 26% da equipe multiprofissional do centro cirúrgico realizam a higienização das mãos em ocasiões recomendadas. Chega-se a conclusão que se deve desenvolver medidas visando à maior utilização dessa rotina básica de prevenção de infecções hospitalar pela equipe multiprofissional em saúde. Higienizar as mãos, conforme preconizado, consiste no primeiro passo para a busca da segurança e da excelência na qualidade da assistência ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos, Centro Cirúrgico e Equipe de Assistência ao Paciente.

HAND SANITATION AS PREVENTION MEASURES DEVELOPED BY A MULTIDISCIPLINARY TEAM IN A SURGICAL CENTER FOR PATIENT SAFETY

ABSTRACT: The main objective of this study was to assess adherence to hand hygiene by professionals from the multidisciplinary health team in the operating room. This was a descriptive literature review study based on information obtained from the BVS and PubMed databases, from articles published between June 2016 and June 2021. The results obtained

showed that 70% of health professionals do not perform hand hygiene frequently and that 26% of the multidisciplinary surgical center team perform hand hygiene on recommended occasions. The conclusion is reached that measures should be developed aimed at making greater use of this basic routine for the prevention of hospital infections by the multidisciplinary health team. Hand hygiene, as recommended, is the first step in the search for safety and excellence in the quality of patient care.

KEYWORDS: Hand Hygiene, Surgical Center and Patient Assistance Team.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência à saúde em ambiente hospitalar pode levar à transmissão de infecções¹. Estas, denominadas Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde (IACS), representam um importante problema de saúde pública mundial, assim como o risco à saúde². A higienização das mãos é considerada a ação isolada mais importante no controle das infecções em serviços de saúde, tendo impacto direto na assistência em saúde visto que infecções de sítio cirúrgico (ISC) são responsáveis por 14 a 16% das infecções, a segunda mais comum³. Estão associadas a 77% dos óbitos por infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), e cerca de 93% das ISC chegam a invadir órgãos ou espaços acessados durante o procedimento cirúrgico, onde um dos veículos mais importantes de transmissão de infecção nos serviços de saúde são as mãos dos profissionais da saúde⁴.

A higienização cirúrgica, compreende a lavagem das mãos e antebraços por um período mais prolongado, usando-se escovação e solução anti-séptica de elevada eficiência e rápida ação de maneira mais efetiva para romper o ciclo de contaminação entre o profissional de saúde e o paciente é a lavagem correta das mãos com um produto antimicrobiano eficiente⁵. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as IRAS são consideradas preveníveis por meio de medidas simples como higienização correta das mãos, onde a prevenção/controle requer medidas técnicas e comportamentais, refletindo na qualidade à saúde, e consequente redução de esforços, problemas, complicações e recursos⁶.

Nos dias atuais, a higienização das mãos exerce fator preponderante quando se trata de Segurança do Paciente, como exemplo pode-se citar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), onde o Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2013, com o objetivo de implementar medidas assistenciais, educativas e programáticas e iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde^{7,8}.

O impacto causado por essa problemática pode gerar dificuldade no tratamento do paciente, estudo apontou que práticas inadequadas são grandes responsáveis por infecções e consequentemente, por prolongar o tempo de permanência dos pacientes em hospitais, podendo ocasionar aumento das taxas de morbimortalidade^{9,10}. O controle

das IRAS através do método de profilaxia, como a higienização das mãos, depende da conscientização de todo um corpo profissional de saúde, pois não pode resultar em uma ação isolada e, sim, envolver todos os membros da equipe multiprofissional que atuam em contato direto com pacientes^{11,12}.

Medidas simples como a higienização das mãos, antes e após qualquer procedimento e principalmente cirúrgico, ajudam no controle das IACS¹⁰. Entende-se que o risco de infecção pode ocorrer em pacientes que necessitem de procedimentos complexos ou não, portanto, é de responsabilidade dos profissionais de saúde que atuam não só em centro cirúrgico enfatizar e difundir a importância da prevenção e controle das infecções hospitalares^{13,14}. O ato de higienização das mãos pela equipe multiprofissional deve ser praticado, como um hábito do dia a dia, por ser um dos recursos mais eficazes de profilaxia contra as infecções hospitalares^{15,16}.

Considerando estas questões, este estudo teve como objetivo verificar o reconhecimento da importância da higienização das mãos como medidas de prevenção desenvolvidas por equipe multiprofissional em centrocirúrgico para a segurança do paciente.

2 | METODOLOGIA

Revisão integrativa, com busca nas bases de dados BVS e PubMed, de artigos publicados entre junho de 2016 e junho de 2021, com a adoção de descritores (Decs/Mesh) Higiene das Mãos, Centro Cirúrgico e Equipe de Assistência ao Paciente. Com a finalidade de conduzir a busca por estudos científicos e ser direcionado as melhores evidências científicas a estratégia PICO foi utilizada. Segundo RIBEIRO FDO, et al. 2017, esta estratégia representa o acrônimo para Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação ou Controle e “Outcomes” (desfecho).

A estratégia de busca deu-se em: (1) identificação de um problema clínico e população em questão; (2) formulação de uma pergunta do estudo relevante; (3) busca das evidências científicas com descritores selecionados no MESH (Medical Subject Headings) e no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), além disso foi utilizado o operador booleano “AND”; (4) avaliação das evidências disponíveis. Dessa forma, seguiram-se a análise dos quatro parâmetros de identificação do problema, sendo o primeiro critério (Paciente) a identificação do grupo a ser estudado, ou seja, profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar do Centro Cirúrgico; o segundo (Intervenção), procedimento de higienização das mãos; o terceiro (Comparação), adesão e não adesão à higiene das mãos; o quarto parâmetro (Outcomes), a não adesão pertencentes as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

A pergunta do estudo para a elaboração da revisão integrativa foi: quais são os fatores associados da higienização das mãos pelos profissionais da equipe multidisciplinar do centro cirúrgico? Os artigos encontrados foram analisados conforme as evidências

disponíveis sobre o assunto da pergunta norteadora. As estratégias de busca estão descritas no Quadro 1 e Figura 1.

Estratégia de busca	BVS	PUBMED
Higiene das mãos, centro cirúrgico e infecção hospitalar (Hand hygiene, operating room and hospital infection)	Resultados: 19 Filtro dos últimos 5 anos: 12 Repetidos: 3 Incluídos: 4	Resultados: 62 Filtro dos últimos 5 anos: 48 Repetidos: 9 Incluídos: 5

Quadro 1: Resultados da busca nas bases de dados para análise dos registros encontrados em artigos, Recife (PE), Brasil, 2021.

Como critério de inclusão, foram adotados estudos originais sobre o tema proposto, nas línguas espanhola, portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra para leitura. Foram excluídos da amostra outras revisões e estudos que não mencionaram equipe multidisciplinar no centro cirúrgico e/ou não abordaram o procedimento de higienização das mãos. Seguindo os critérios de pesquisa, elaborou-se o seguinte fluxograma, de acordo com o PRISMA.

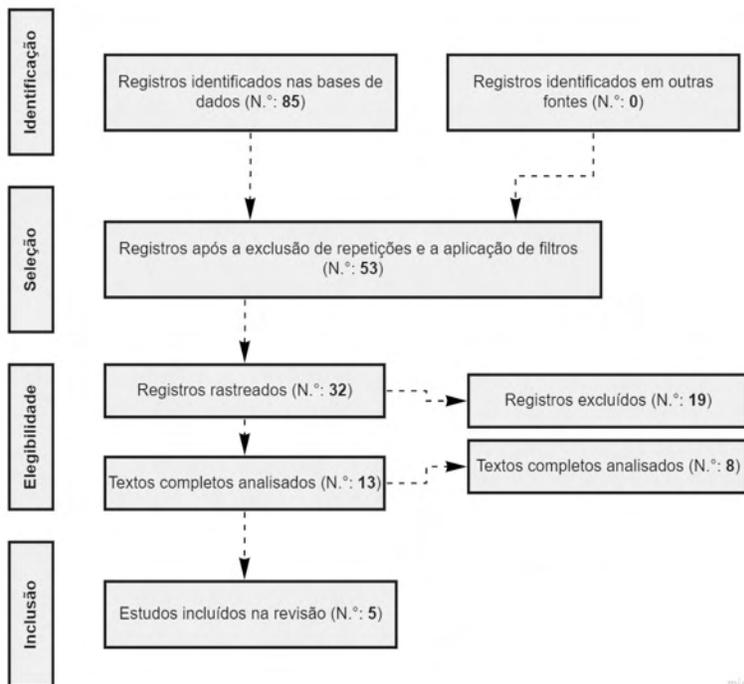


Figura 1: Fluxograma das etapas referente à busca de evidências nas bases de dados. Recife (PE), Brasil, 2021.

Os artigos encontrados foram classificados quanto ao tipo de pesquisa e nível de evidência: Nível 1 – as evidências provêm de revisão sistemática ou metanálise; Nível 2 - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4 – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delineados; Nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados um total de 85 artigos, em seguida, selecionou-se, após a exclusão de repetições e aplicação de filtros, 53 artigos dos quais, após a leitura na íntegra dos resumos, foram selecionados 08, cujo conteúdo contemplaram os descritores e a pergunta da pesquisa. Ao final de uma leitura analítica dos artigos na íntegra, a amostra foi constituída de 05 artigos que atenderam a todos os critérios de inclusão. De acordo com os estudos encontrados foi possível observar que a higienização das mãos é uma ação indispensável na assistência à saúde, entretanto cada vez mais nota-se a falta de adesão dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde.

Por esse motivo, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) publicou o Guia para higienização de mãos em serviços de assistência à saúde onde o termo lavagem das mãos foi substituído por higienização das mãos. De acordo com Santos TCR, et al., 2014, a proposta era fazer com que o significado prático do novo termo se tornasse mais abrangente e englobasse a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e antisepsia cirúrgica das mãos. Dessa forma, por meio dos estudos contemplados nessa revisão foram elencados alguns itens para serem discutidos. As orientações por meio do protocolo para prática de Higienização das Mãos em serviços de saúde, o qual indica os cinco momentos em que os profissionais de saúde devem higienizá-las foi uma estratégia que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu onde são:

1. Antes do contato com o paciente – para que não haja contaminação do paciente pelas mãos do profissional de saúde;
2. Antes da realização de procedimento asséptico – evitando a contaminação pelas mãos do profissional ao paciente e também os microrganismos do próprio paciente;
3. Após risco de exposição a fluidos corporais – para proteção do profissional de saúde e do ambiente ao redor;
4. Após o contato com o paciente – para proteção do profissional de saúde e do

ambiente ao redor;

5. Após contato com áreas próximas ao paciente – para proteção do profissional de saúde e o ambiente ao redor, bem como objetos e superfícies próximas do paciente.

A higienização das mãos é descrita por profissionais da equipe multiprofissional como a ferramenta mais importante na prevenção da disseminação de infecções associadas aos cuidados de saúde entre os pacientes.

Reconhecendo isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o desafio global da segurança do paciente, objetivando mobilizar os países a reduzir as IRAS dando um enfoque especial à higienização das mãos.

Segundo Brito (2012) o desafio global se deu, porque vários estudos apresentaram evidências sobre a resistência de microorganismos quanto ao tempo de sobrevivência nas mãos, às vezes por horas, se as mãos não forem higienizadas. Em um estudo desenvolvido em hospitais americanos constatou que a higienização das mãos pelos profissionais da área da saúde em centro cirúrgico foi realizada apenas em 26% das ocasiões recomendadas. Estes dados são preocupantes, pois demonstra uma situação de insegurança aos pacientes. De acordo com os estudos de Avelar Gomes (2009), muitos pacientes podem carregar patógenos sem quaisquer sinais ou sintomas óbvios de uma infecção (colonizada ou sub clinicamente infectada). Isso claramente reforça a necessidade de higienização das mãos, independentemente do tipo de paciente a ser cuidado.

Segundo Ferreira (2011) a responsabilidade pelo controle da infecção hospitalar nas instituições é referenciada para Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), conferindo aos seus integrantes uma posição superior. Precisa-se entender que o controle e a prevenção da infecção hospitalar são individuais e coletivos. Sem a assimilação e implementação dos procedimentos corretos por quem presta a assistência ao paciente, com a necessária integração com a equipe da CCIH, o problema dessas infecções sempre será um entrave na prestação de serviços à saúde. Já Brito (2012), destaca que a simples ação de higienizar das mãos utilizando água, sabão, preparações alcoólicas e antissépticas elimina os microorganismos transitórios e reduz os residentes o que evita ou minimiza a cadeia de transmissão de doenças contribuindo significativamente para manter os pacientes seguros.

Segundo Girão (2011), embora a higienização das mãos não seja a única a combater as infecções hospitalar, a adesão a ela sozinha pode aumentar drasticamente a segurança do paciente. De acordo com nosso estudo, apesar do entendimento acerca da importância da higienização das mãos na prevenção de infecções serem altamente disseminado e comprovado, nota-se que a adesão dos profissionais de saúde ainda encontra-se insuficiente. Dados da OMS mostram que 70% dos profissionais de saúde não realizam a higienização das mãos de forma frequente.

Lopes (2012) em seu estudo, aponta a higienização das mãos nos componentes da paramentação cirúrgica que são: uso de aventais, utilização de luvas, máscaras e a

descontaminação das mãos. A eficácia deste processo depende do anti-séptico utilizado. Portanto, o impacto indireto de se concentrar na higiene das mãos pode levar a uma melhoria geral na segurança do paciente em toda a organização. Segundo a Anvisa (2020) a eficácia deste processo depende do anti-séptico utilizado, assim como, o uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos. A maioria dos profissionais de saúde higienizam as mãos de maneira eventual, ou seja, não adotando as técnicas adequadas a tal prática.

4 | CONCLUSÃO

Mesmo sendo os centros cirúrgicos ambientes considerados críticos ainda é possível encontrar profissional de saúde que higienizam as mãos de maneira eventual, ou seja, não adotando as técnicas adequadas a tal prática, apesar dos dados deste estudo não poderem ser generalizados a todas as instituições de saúde, sugere-se realizar uma avaliação contínua e implementar medidas acerca da aceitação a estratégia de educação continuada para equipe multiprofissional na tentativa de gerar mudanças positivas e contínuas no comportamento dos profissionais da área de saúde, bem como garantir assim uma melhor qualidade da atenção prestada aos pacientes pois é difícil mudar os hábitos, costumes, conceitos e, principalmente, comportamentos, entretanto, se não houver um trabalho de conscientização sobre essa simples atitude, nada se conseguirá. Para que isso ocorra de forma efetiva, devem-se priorizar parcerias com os profissionais da área, os pacientes, familiares e/ou visitantes a do centro cirúrgico através de treinamentos contínuos.

REFERÊNCIAS

1. AVELAR GOMES, M. do C. de S. M. Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte – Minas Gerais. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Minas Gerais; p. 10-33, 2009.
2. BRITO, D. Von Dolinger de; SOARES, J. P.; ABDALLAH, V. O. S.; FILHO, P. P.G. Bacteremia por *Staphylococcus epidermidis* em neonatos: incidência e fatores de risco. **Rev. Ciênc. Med. Campinas**, 16(2):71-77, mar/abr, 2012.
3. FERREIRA, M. V. F.; ANDRADE, A. de; FERREIRA, A. M. Controle de infecção relacionada a cateter venoso central impregnado com antissépticos: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**; 2011; 45(4):1002-6.
4. GARCIA, L. M. et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactérias multidrogaresistentes em um hospital do norte de Minas Gerais. **Rev Epidemiol Control Infect**. 2013;3(2):45-49.
5. LOPES, A. P. A. T.; OLIVEIRA, S. L. C. B. de; SARAT, C. N. F. Infecção relacionada ao cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. **Ensaio e Ciência - Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol. 16, Nº. 1; p. 25-41, 2012.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. Anvisa. Fiocruz. Protocolo para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: 2013.
7. RIBEIRO FDO, et al. Estratégia lúdica para a melhoria de práticas de higienização das mãos entre os profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 2017; 11(10): 3971-9.
8. SANTOS TCR, et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Rev Gaúcha Enferm.**2014;
9. SOUZALM, et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2015: 36(4-21-28).
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nota informativa**. Aliança mundial pela segurança dos pacientes o primeiro desafio global da segurança dos pacientes cuidado limpo é cuidado mais seguro. 2008.
11. WHITE KM, et al. Usando uma teoria da estrutura do comportamento planejado para explorar as crenças de higiene das mãos nos '5 momentos críticos' entre os enfermeiros australianos baseados em hospitais. **BMC Health Serv Res**, 2015; 15, 59.
12. NEVES JUNIOR, M. A. das; MELO, R. C.; GOES JUNIOR, A. M. de O.; PROTTA, T. R.; ALMEIDA, C. C. de; FERNANDES, A. R.; PETNYS, A.; RABONI, E. Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão da literatura. **J Vasc Bras** 2010, Vol. 9, N° 1, p. 46-50.
13. NUNES, P. C. M.; ALMINHAS, S. M. P. **Cateter Venoso Central: Práticas? ...** Na Procura da Excelência. 2012. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8172/1/Artigo%20Cateter%20Central%20final.pdf>.
14. PEREIRA, J. Z. A.; BRAGA, F. T. M. M.; GARBIN, L. M.; CASTANHO, L. C.; SILVEIRA, R. C. de C. P. Permanência do Cateter de Hickman em Pacientes Submetidos a Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas Alogênico: Estudo Retrospectivo. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2013; 59(4): 539-546.
15. SANTOS, S. F. dos; VIANA, R. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C.; CAMPOS, C. C.; MATOS, S. S. de; ERCOLE, F. F. Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. **Rev.SOBECC**, São Paulo. out./dez. 2014; 19(4): 219-225.
16. STOCCO, J. G. D. **Avaliação de complicações infecciosas relacionadas ao uso de cateter venoso central em recém-nascidos e crianças**: revisão sistemática. Dissertação de Mestrado; Universidade Federal do Paraná, Setor de Saúde. Graduação em Enfermagem; Curitiba, 104p, 2010.

IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE A VIDA DE IDOSOS: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 18/11/2021

Karolyne Lima Medeiros

Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) – Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/7384350639082747>

Leonardo Gomes da Silva

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Departamento de Ciências da Saúde – Mestrando Saúde Coletiva – Epidemiologia. Vitória, Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0002-1820-8075>

Fabiana Rosa Neves Smiderle

Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) – Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0001-5624-6673>

Italla Maria Pinheiro Bezerra

Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) – Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0002-8604-587X>

RESUMO: Introdução: A COVID-19 possui uma variedade de sintomas e pode manifestar-se de forma leve até a forma mais grave. Por conta da pandemia, medidas foram necessárias de modo a controlar a disseminação do vírus na população geral, principalmente dos grupos de

risco, composto por pessoas com comorbidades ou idosas. Durante qualquer surto de doença infecciosa, as reações psicológicas da população desempenham um papel crítico em relação à doença. Diante desse cenário, circunstâncias negativas são geradas nessa população, diante da imprevisibilidade bem como incerteza no controle, bem como, redução da gravidade da doença. **Objetivo:** Analisar as mudanças de vida de idosos durante a pandemia da COVID-19. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado no município de Vila Velha - Espírito Santo (Brasil). Utilizou-se análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** A amostra foi composta por 45 idosos que eram cadastrados nas Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Vila Velha, sendo a maioria do sexo feminino, entre 60 e 85 anos, com escolaridade variando de analfabetos ao ensino superior, sendo acometidos de forma prevalente por hipertensão e diabetes. Como categorias analíticas foram elencadas: sentimentos e percepções relacionados a pandemia; mudanças na vida devido à pandemia; estratégias e ações de prevenção da COVID-19; papel dos profissionais de saúde e seus atendimentos. **Conclusão:** Durante a pandemia ocorreram muitas mudanças no estilo de vida dos idosos, que foram responsáveis por impactarem de forma negativa suas percepções e vivências, além da insatisfação com a prestação dos serviços de saúde. Apesar das dificuldades relatadas, os idosos demonstraram entendimento sobre a importância de ações de prevenção da COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Idoso;

IMPACTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE LIFE OF THE ELDERLY: EXPERIENCES AND PERCEPTIONS

ABSTRACT: Introduction: COVID-19 has a variety of symptoms and can manifest from mild to the most severe form. Due to the pandemic, measures were needed in order to control the spread of the virus in the general population, especially in risk groups, consisting of people with comorbidities or elderly people. During any outbreak of infectious disease, the psychological reactions of the population play a critical role in relation to the disease. Given this scenario, negative circumstances are generated in this population, given the unpredictability as well as uncertainty in control, as well as reduced disease severity. **Objective:** To analyze the changes in the lives of elderly people during the COVID-19 pandemic. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out in the city of Vila Velha - Espírito Santo (Brazil). Bardin's content analysis was used. **Results:** The sample consisted of 45 elderly who were registered in the Family Health Strategy Units in the city of Vila Velha, most of them female, between 60 and 85 years old, with education ranging from illiterate to higher education, being affected by prevalent form by hypertension and diabetes. As analytical categories were listed: feelings and perceptions related to the pandemic; changes in life due to the pandemic; COVID-19 prevention strategies and actions; role of health professionals and their care. **Conclusion:** During the pandemic, there were many changes in the lifestyle of the elderly, which were responsible for negatively impacting their perceptions and experiences, in addition to dissatisfaction with the provision of health services. Despite the difficulties reported, the elderly demonstrated an understanding of the importance of preventive actions against COVID-19.

KEYWORDS: COVID-19; Aged; Family Health Strategy; Pandemics; Life Change Events.

1 | INTRODUÇÃO

O coronavírus possui uma avantajada família de vírus comuns em diversas espécies diferentes de animais, como aves e mamíferos, porém, dificilmente são transmitidas para pessoas. Aproximadamente, em dezembro de 2019, começou a se disseminar a transmissão de um novo coronavírus, reconhecido em Wuhan na China, causando a COVID-19, sendo em seguida espalhada e transmitida de uma pessoa doente para outra pessoa, até mesmo por contato próximo, como aperto de mãos contaminadas, gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro e objetos ou superfícies contaminadas. A COVID-19 apresenta um espectro clínico variado, podendo ir de um resfriado até uma pneumonia grave (WHO-CHINA, 2019; BRASIL, 2020).

Durante qualquer surto de uma doença infecciosa, as reações psicológicas da população desempenham um papel crítico em relação à doença, determinando a ocorrência de sofrimento emocional e desordem social (CULLEN; GULATI; KELLEN, 2020). Uma das circunstâncias mais estressantes é a manutenção da imprevisibilidade da situação por

tempo indeterminado, com a incerteza de quando, como e se irá controlar a disseminação da doença e reduzir a gravidade do risco (ZANDIFAR; BADRFAM, 2020).

Diante do grande avanço da contaminação da doença, muitas autoridades governamentais buscam adotar várias estratégias, com o intuito de reduzir a progressão da doença (KRAEMER et al., 2020). Dentre as estratégias, a primeira medida adotada foi o distanciamento social, evitando aglomerações com o intuito de manter no mínimo um metro e meio de distância entre as pessoas. Destaca-se ainda, que foi desencadeada uma corrida para o desenvolvimento da existência de vacina.

Nessa perspectiva, a seriedade da pandemia e as possíveis medidas para o seu enfrentamento revelam evidências de que o coronavírus infecta pessoas de todas as idades, no entanto dois grupos correm risco elevado de ter mais complicações graves da COVID-19, sendo pessoas com condições médicas preexistentes e os idosos (OMS, 2019). Além disso, os dados indicam que a mortalidade pelo novo coronavírus é maior entre os idosos acometidos por comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e doenças respiratórias (CHEN et al., 2020).

Uma pessoa é considerada idosa com a idade de 60 anos ou mais. O alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (CLOSS et al., 2012). Sendo assim, esse fator se torna um dos desafios atuais, levando em conta que o idoso consome mais serviços de saúde, até mesmo quando se diz respeito às internações hospitalares, que são mais frequentes (VERAS et al., 2016).

Todavia, a Atenção Básica e, em particular, as Unidades de Estratégia Saúde da Família, é reconhecida como estratégia essencial, com o intuito de organizar o processo de trabalho na saúde, no que se diz respeito a operações nos seus respectivos setores e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde em seus territórios (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Assim, diante das mudanças que ocorreram na vida dos idosos, como mudanças de hábitos, restrição de visitas e até mesmo incerteza e preocupação com a COVID-19 decorrentes do isolamento e de processos naturais da vida, justifica-se a necessidade de se aproximar dessa população para entender o impacto da pandemia em sua vida.

Nesse sentido, tem-se como problema do estudo: Como a pandemia impactou na vida de idosos? Tem-se como objetivo desse estudo analisar as mudanças de vida de idosos durante a pandemia da COVID-19. Considera-se que essa pesquisa será relevante para se ter conhecimento do que a pandemia causou na vida dos idosos, aumentando a atenção direcionada aos serviços de saúde com foco na pessoa idosa e até para direcionamentos futuros de pesquisa.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado no município de Vila Velha - Espírito Santo. De acordo com os dados mais recentes, a estimativa de Vila Velha em 2020, seria de uma população total de 414.586 habitantes em 2020 (disponível em: <https://www.ibge.gov.br>). O município conta com um total de 20 unidades de saúde das quais 9 são definidas como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foram incluídos neste estudo o total de 45 idosos cadastrados em uma equipe de saúde da família das Unidades de Saúde da Família selecionadas para esse estudo. Assim, contribuíram ao estudo, idosos cadastrados há pelo menos seis meses na equipe, por indicação de agente de saúde e sem apresentar problemas de saúde mental ou qualquer agravo que impeça de responder as perguntas. Foi realizado contato com o responsável pela equipe de saúde da família anteriormente sorteada para que pudessem disponibilizar dados, nesse caso, endereços dos idosos para realização do contato.

O primeiro contato com as equipes teve como finalidade conhecer a área, apresentar o projeto e solicitar o apoio para o mapeamento desses idosos, seguindo os critérios apontados de inclusão. Os idosos foram contactados em visitas e/ou por meio de contato telefônico, considerando a pandemia e respeitando todo protocolo de segurança.

Para coleta de dados, utilizou-se da entrevista que foi construído em duas partes, sendo a primeira a busca pela identificação do perfil dos idosos (iniciais, idade, sexo, grau de instrução), e a segunda parte, perguntas com possibilidade de respostas abertas feitas pelo pesquisador, com o intuito de identificar as mudanças na vivência de idosos durante a pandemia da COVID-19 e seus impactos.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), permitindo assim, a análise de conteúdo das comunicações presentes nas falas dos participantes do estudo.

Para Bardin (2016), a organização se dá em três etapas, a saber:

1) Pré-análise: fase de organização propriamente dita. Nessa etapa é a organização geral de todo material coletado, inclusão de critérios para que os dados se transformem em informações e estas sejam analisadas. Nela foram escolhidos os documentos que foram submetidos à análise, há a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final;

2) Exploração do material: Fase de analisar todo material segundo as normas estabelecidas na primeira fase, como: leitura para realizar a codificação dos fragmentos, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Nessa fase são constituídas a identificação das unidades de registro, unidades de contexto e temas que surgem a partir das leituras;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase os resultados brutos que foram tratados, passam pela análise inferencial do pesquisador para que possuam um

significado. São propostas inferências e interpretações considerando os objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Conforme a organização indicada por Bardin (2016), a organização dos dados dessa pesquisa se deu seguindo o fluxograma abaixo:

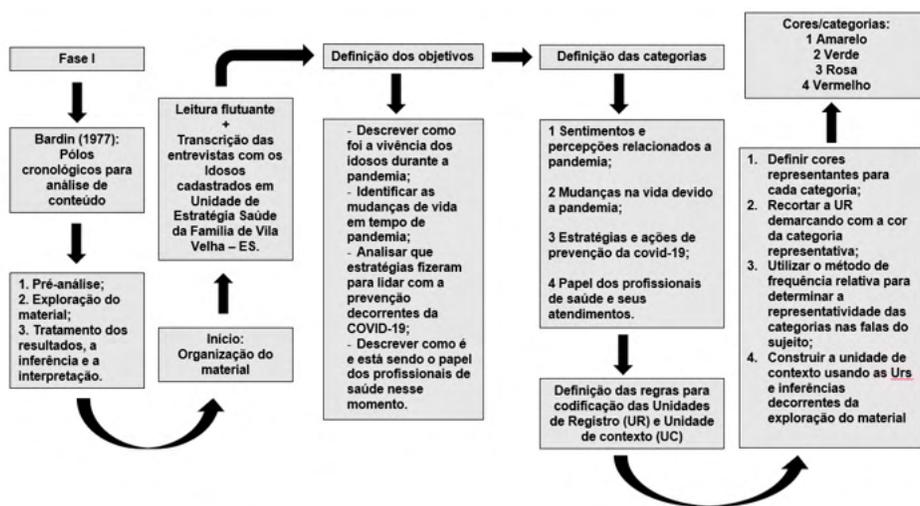


Figura 1: Fluxograma de pré-análise de Bardin. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021.

Fonte: Elaboração própria, Vitória, ES, Brasil, 2021.

Assim, diante a pré-análise, o pesquisador teve como ponto de partida as transcrições das 45 entrevistas, onde foi possível realizar a leitura flutuante e a constituição do CORPUS, certificando os seguintes objetivos da pesquisa: descrever como foi a vivência dos idosos durante a pandemia; identificar as mudanças de vida em tempo de pandemia; analisar quais estratégias fizeram para lidar com a prevenção decorrentes da COVID-19; descrever como é e está sendo o papel dos profissionais de saúde nesse momento.

Baseando-se nos objetivos propostos na pesquisa e na leitura flutuante, o pesquisador preestabeleceu as categorias analíticas apontadas como: Percepções e sentimentos relacionados a pandemia; Mudanças na vida devido a pandemia; Estratégias e ações de prevenção da COVID-19; Papel dos profissionais de saúde e seus atendimentos em tempo de pandemia.

Implementando a etapa de análise de conteúdo, foram realizadas as codificações, sendo identificadas por unidades de registros (UR) e, em seguida, as unidades de contexto (UC), onde são encontradas nas falas, semelhanças e significados identificados. No processo de codificação, uma das etapas propostas por Bardin (2016), é a enumeração, com escolha de regras de contagem que possibilitam melhor definição das Unidades de registro e Unidades de contexto, indo de acordo com o objeto da pesquisa, a partir de

uma contagem que se faz por meio de critérios pré-estabelecidos pelo pesquisador. Desta forma, utilizou-se as seguintes regras:

1. Definir cores representantes para cada categoria: Amarelo (categoria 1); Verde (categoria 2); Rosa (categoria 3); Vermelho (categoria 4).
2. Recortar a UR demarcando com a cor da categoria representativa;
3. Utilizar o método de frequência relativa para determinar a representatividade das categorias nas falas do sujeito;
4. Construir a unidade de contexto usando as UR's e inferências decorrentes da exploração do material.

Na fundamentação da leitura das entrevistas, foram definidas e recortadas as Unidades de Registro de cada categoria, utilizando a regra de marcação de cores em todas as falas. Em seguida, foi realizada a revisão das Unidades de Contexto, construindo e organizando as evidências, para assim, interpretar os resultados obtidos, considerando assim a terceira etapa da técnica. Desta forma, foi finalizada a construção final dos resultados e discussão da pesquisa a respeito dos impactos da pandemia da COVID-19 sobre a vida de idosos.

2.1 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da da EMESCAM, Vitória – Espírito Santo, sob a supervisão da pesquisadora Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra, cumprindo os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos e nº 510/2016 considerando os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

3 | RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram da entrevista 45 idosos que eram cadastrados nas Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Vila Velha, sendo 35 do sexo feminino e dez do sexo masculino, entre a faixa etária de 60 a 85 anos, escolaridade que varia de analfabetos a ensino superior, possuindo alguma comorbidade, sendo prevalente a hipertensão e diabetes.

Seguindo a composição de dados da pesquisa, mediante os depoimentos dos idosos nas entrevistas e de acordo com o método de análise de Bardin (2016), identificaram-se as Unidades de Registro e Unidades de Contexto, que foram fragmentadas e analisadas nas categorias analíticas conforme tabela 1:

Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Categorias Analíticas
Difícil; Prisão; Triste; Mal; Medo	Os sentimentos e as percepções referentes a pandemia são vistos como um momento de difícil enfrentamento, trazendo desta forma, uma vivência de tristeza, medo por não saber como será no futuro e sensação de prisão.	Sentimentos e percepções relacionados a pandemia
Difícil; Sair; Medo; Máscara; Abraço	Para os idosos houve uma mudança de vida, relacionada a novos hábitos durante a pandemia. Muitos idosos relataram a dificuldade de não poder sair, a presença do medo constante, o incômodo do uso de máscara e a falta de um simples abraço.	Mudanças na vida devido a pandemia
Máscara; Higiene; Álcool; Casa; Vacina	Para os idosos, as estratégias e ações de prevenção são associadas aos protocolos de segurança quanto a prevenção da COVID-19. Desta forma, é visto que além do uso de máscara, álcool e lavagem de mãos, também demonstram saber a importância da vacina e de tomar as doses necessárias.	Estratégias e ações de prevenção da covid-19
Demora; Difícil; Profissionais de Saúde; Marcação; Bom	É demonstrado pelos idosos a insatisfação pela mudança dos atendimentos durante a pandemia, porém ao mesmo tempo, reconhecem o motivo da dificuldade. Além disso, os profissionais de saúde estão sendo reconhecidos quanto ao seu papel na saúde durante a pandemia.	Papel dos profissionais de saúde e seus atendimentos

Tabela 1: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas, utilizando técnica de Bardin. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021.

Fonte: Elaboração própria, Vitória, ES, Brasil, 2021.

Diante disso, as categorias do estudo e as evidências identificadas estão descritas na tabela 2.

Categorias do estudo	Evidências identificadas
Sentimentos e percepções relacionados a pandemia	Comunicação em saúde
Mudanças na vida devido a pandemia	Sensibilização em saúde
Estratégias e ações de prevenção da covid-19	Qualidade de vida
Papel dos profissionais de saúde e seus atendimentos	Autocuidado
	Impactos dos serviços de saúde

Tabela 2: Descrição das categorias e evidências identificadas do estudo. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021.

Fonte: Elaboração própria, Vitória, ES, Brasil, 2021.

Evidenciou-se que a pandemia trouxe mudanças de vida para esses idosos, desde as atividades de vida diária às percepções sobre a vida. Revelou-se que foi um momento inicialmente que trouxe sentimento de medo, mas ao mesmo tempo sendo compreendido pelos mesmos que todas as estratégias indicadas eram para a saúde deles e, mesmo com o isolamento social que culminou em não mais irem para locais que eram acostumados, que trouxe a falta do abraço, a insegurança, o incômodo com a máscara, não foram fatores que o impedissem de viver.

Ainda revelaram a importância de todas as ações feitas e do papel do profissional, mesmo que ao longo desses quase dois anos, os serviços de saúde tenham passado por mudanças, mas que enxergaram como necessário devido ao momento vivido.

4 | DISCUSSÃO

Entende-se que a pandemia da COVID-19 trouxe impactos na vida da população, e no caso da população idosa, que já tem suas limitações fisiológicas e necessidades peculiares, a pandemia propiciou mudanças de vida que esta população teve que se adaptar. Assim, ao se aproximar desses idosos para descrever seus sentimentos, percepções sobre a pandemia e as ações realizadas para a prevenção e o controle da doença, traz como resultados desse estudo que a aceitabilidade quanto a essas ações foi crucial para sobrevivência desses idosos durante esse momento atual.

Na categoria 1, revela-se que os sentimentos e as percepções referentes a pandemia são vistos como um momento de difícil enfrentamento, trazendo desta forma, uma vivência de tristeza, medo por não saber como será no futuro e sensação de prisão, como percebido em alguns fragmentos: “*entendo que é uma situação triste; não me sinto bem, me sinto triste; tenho medo de meus filhos ficarem doentes[...]*” idoso 2; “*eu me sinto muito mal; eu não sinto mais vontade de nada; tenho medo[...]*” idoso 42; “*uma coisa de arrepiar; a gente fica um pouco depressivo, meio triste; o medo nasceu em mim[...]*” idoso 26.

Nesse contexto, Brooks (2020) traz que a pandemia foi um momento que para toda população o medo ficou presente. Considerando que os idosos pertencem ao grupo de risco e de maior vulnerabilidade no contexto da pandemia, os sentimentos de tristeza, a limitação em sua rotina, o medo pela contaminação própria ou de seus familiares e o medo do desconhecido, podem ser fatores considerados como risco para alterações no bem-estar e na saúde mental ou até mesmo intensificar as condições de idosos que já eram acometidos antes da pandemia. Segundo Tappenden e Tomar (2020), os sentimentos ocasionados pelo afastamento da relação social e o isolamento mostraram riscos de agravos no psicológico e cognição.

Estudo realizado baseado em dados epidemiológicos mostrou que nos Estados Unidos, houve crescimento de idosos acometidos por suicídio durante o isolamento social, sendo vítimas propensas a terem medo de contrair a doença, sendo visto com grande

importância o aumento de novos estudos sobre a saúde mental dos idosos perante a pandemia (VAHIA et al., 2020). Em outro estudo, desta vez na Índia, os resultados mostraram a necessidade de cuidados mentais à população devido a pandemia (ROY et al., 2020).

Apreende-se com os depoimentos e análise feita que no início da pandemia, a falta de informação e comunicação em saúde pode ter sido fortes aliados aos sentimentos revelados pelos idosos. Sabe-se que a informação em saúde tem a finalidade de identificar problemas coletivos e individuais de uma população, abrangendo o processo de caráter administrativo e saúde/doença. Já a comunicação em saúde pode ser definida como um instrumento para analisar riscos e problemas no que se diz respeito à saúde (WHITE, 1980). Assim, a comunicação em saúde refere-se ao estudo e ao uso de estratégias de comunicação para informar e induzir as decisões da população no sentido de promover saúde (TEIXEIRA, 2004).

Esse cenário também apresenta dificuldade diante das divulgações de mitos e informações incorretas sobre a pandemia, seus meios de infecção e as medidas de prevenção, dificultando assim, a população em geral a compreender as orientações corretas das autoridades sanitárias (BAO et al., 2020).

Nesse sentido, Braga e Silva (2007) mostram que o processo comunicativo é definido como atitudes de empatia e sensibilidade entre os sujeitos, envolvendo tanto a dimensão verbal no qual é demonstrado no ato da fala, como a não verbal demonstrado com atos e gestos. Além disso, de acordo com Mourão et al., (2009) a comunicação tem o poder de fornecer informações, ensinar e propiciar mudanças de comportamento, além de garantir uma relação terapêutica, a comunicação proporciona condições para utilização de práticas de promoção da saúde, além do que, segundo Fermino e Carvalho (2007) essa é uma forma do trabalhador de saúde proporcionar ajuda ao enfrentamento de situações tais como estresse, convívio, ajuste de realidade, superação e os tornando ativos no processo do cuidar.

Em relação a mudanças causadas pela pandemia na vida desses idosos, a categoria 2, revela que para os idosos houve uma mudança de vida, relacionada a novos hábitos durante a pandemia. Muitos idosos relataram a dificuldade de não poder sair, a presença do medo constante, o incômodo do uso de máscara e a falta de um simples abraço, demonstrados nos seguintes fragmentos: *“a separação da família foi o mais difícil e também de todos que a gente tinha convivência; aquele abraço e carinho que a gente tinha, a gente ficou limitadof[...]*” idoso 21; *“a gente não pode se comunicar com as pessoas, nem receber todas as pessoas; antes eu saía sozinha e ia pra casa dos meus filhos e agora não posso sair[...]*” idoso 24.

Segundo Silva (2020), esses fatores físicos e emocionais presentes no cotidiano tendem a reduzir a qualidade de vida desse grupo de risco. Durante o período pandêmico, aos idosos foi recomendado um isolamento social mais rígido, realizado como método de

prevenção do contágio do vírus, diante disso, sofrem as consequências do distanciamento social de forma mais intensa. Sobretudo, Souza (2020) aponta que os idosos antes da pandemia tinham sua liberdade e com a pandemia passam a sair cada vez menos de dentro de casa por medo e até mesmo pela própria segurança. Consequentemente, esses fatores prejudicam tanto o psicológico quanto o físico, sabendo-se que os idosos precisam manter o corpo ativo.

Oliveira et al., (2009) relata que os idosos quando colocados em situação de isolamento, podem apresentar risco de desenvolverem quadro de depressão, principalmente quando tinham o costume de conviver entre outras pessoas. Ressaltando assim, que idosos têm cinco vezes mais chances de começar um quadro de depressão quando são limitados, colocando em desequilíbrio sua qualidade de vida.

É fundamental defender e expor que o distanciamento e isolamento social não representam características de abandono (FARIAS, 2020). Diante disso, é importante obter a reflexão de que o afastamento físico condiz como um ato de cuidado, amor e consideração, e não somente uma estratégia de proteção.

Dentre algumas mudanças de hábitos de vida durante o enfrentamento da pandemia, está o uso de máscaras, pois garante a redução da disseminação e infecção do vírus por contato direto ou indireto (FENG et al., 2020). Desta forma, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (2020), o uso de máscara virou uma ferramenta indispensável para a população em geral, por oferecer certo controle na infecção e transmissão de uma pessoa infectada para outras. No entanto, Ribeiro (2020) afirma que o uso obrigatório de máscara para alguns é um incômodo e até mesmo uma intromissão na sua liberdade.

A população idosa é considerada a mais vulnerável aos efeitos de mudança psicológica durante a pandemia, o que pode ter sido acarretada pelo medo e pelas incertezas (FILHO et al., 2021). Estudo realizado por Avila et al., (2021) revela as consequências relacionadas às medidas adotadas devido a pandemia na saúde mental dos idosos, onde 28,8% demonstraram pouco prazer em fazer as coisas; 33% dos idosos se sentiram para baixo; 14,9% dos idosos sentiram-se mal consigo mesmo e que mesmo não sendo a maioria, os idosos se referiram aos sintomas de depressão na maior parte do tempo.

Na categoria 3, que indicou as estratégias e ações de prevenção, revelou que estão associadas aos protocolos de segurança quanto à prevenção da COVID-19. Desta forma, é visto que além do uso de máscara, álcool e lavagem de mãos, também demonstram saber a importância da vacina e de tomar as doses necessárias, demonstradas nas seguintes falas: *“Uso máscara, uso álcool, evito aglomeração; que a vacina está sendo válida e já tomei as duas doses[...]”* idoso 20; *“eu uso máscara, eu uso álcool em gel, eu evito aglomeração; essa vacina é essencial para imunizar a população[...]”* idoso 27.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), entre as recomendações durante a pandemia, está o distanciamento e isolamento social, além de ações de higiene constantes, como lavagem das mãos, uso de álcool em gel e uso de máscara, entretanto nesse contexto,

destaca-se a importância da vacina, percebido por esta população.

O enfrentamento de uma nova doença requer mudanças radicais de comportamento. Desta forma, medidas preventivas individuais não são suficientes, devendo ser adotadas também medidas de alcance comunitário, diante de um enfrentamento de uma doença que se propaga muito rapidamente. Dentre essas medidas, estão incluídas as restrições de funcionamento de locais de convívio comunitário ou qualquer lugar onde ocasione aglomeração de pessoas (QUALLS et al., 2017).

Uma das estratégias prioritárias, é a proteção a população idosa, sabendo-se que fazem parte do grupo com maior risco de complicações e até morte pela COVID-19. Os idosos são orientados a se manter em casa sempre que possível e não frequentar locais com aglomerações, levando em consideração que as crianças e pessoas assintomáticas podem contribuir para o contágio dos idosos e em outros grupos propensos a sofrer complicações (WEISS, 2020).

Segundo Lessa (2015), a conscientização sobre a vacina é outro comportamento importante no que se diz respeito à prevenção, sendo considerada como uma conquista para a erradicação e controle de doenças infectocontagiosas.

A oferta de vacinas no Brasil é feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Nacional de Imunizações, onde para garantir acesso às doses é necessário planejamento da produção da vacina, do armazenamento, da distribuição das campanhas de vacinação (STEVANIM, 2020). Um estudo da Fiocruz (2021), realizado com base em análises estatísticas, estimou-se que existe efetividade das vacinas como importante proteção na redução de morbimortalidade em casos graves de infecção da COVID-19.

A crítica de que a vacina proporciona imunização completa, pode ser fruto de um pensamento ilusório que desarma o desespero e o cansaço das pessoas quanto ao controle definitivo da doença. Segundo Souza et al., (2020), é cabível destacar a importância da educação em saúde como uma das estratégias fundamentais para a contribuição do interesse da sociedade perante a imunização, demonstrando a sua relevância para prevenção da doença, contribuindo assim, a ampliação da cobertura vacinal e o autocuidado da população.

O papel dos profissionais de saúde e seus atendimentos, como demonstrado na categoria 4, mostra-se a insatisfação pela mudança dos atendimentos durante a pandemia, porém ao mesmo tempo, reconhecem o motivo da dificuldade. Além disso, os profissionais de saúde estão sendo reconhecidos quanto ao seu papel na saúde durante a pandemia, conforme expressam os fragmentos a seguir: *“está péssimo, eles não estão dando muita atenção, agora que está melhorando um pouquinho; antes chegava lá e eles falavam que atendia só corona [...]”* idoso 44; *“É bom, mas para conseguir chegar até eles, é muita demora agora; ficou muito difícil [...]”* idoso 42.

Para Sá et al., (2011), esses reconhecimentos são importantes para a conservação do autocuidado, onde considera-se a capacidade do indivíduo de realizar ações em seu

benefício para a constância de sua saúde e bem-estar.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), a Estratégia da Saúde da Família tem o forte papel de identificar as situações de risco e vulnerabilidade da população em geral, acompanhando as famílias e as situações de saúde da comunidade por meio de avaliações realizadas juntamente com a equipe multidisciplinar que possui na Unidade de Saúde. Desta forma, Macinko et al., (2003) fala sobre a necessidade de pensar no papel da ESF em situações de emergência de saúde.

Nesse sentido, Tomaz (2020) afirma a importância de criarem e implementarem novos métodos para o desenvolvimento das competências necessárias, sendo incluso a abordagem de um indivíduo em situação crítica e da população em geral no que se diz respeito às questões de saúde pública em situações de crise, realizando uma restauração no campo da saúde com estratégias para diminuir a desproporção e desigualdade no acesso aos serviços de saúde diante da pandemia. Outra perspectiva que deve ser evidenciada é a relevância da educação em saúde diante ao enfrentamento da pandemia, onde necessita-se que ocorra uma abordagem comunitária e até mesmo domiciliar, sendo importante no combate e controle da pandemia (MEDINA, 2020).

Ornell et al., (2020) apresentou o primeiro estudo de alcance nacional, no qual apresenta o impacto da pandemia em atendimentos de saúde mental no Brasil, onde demonstrou que no período inicial da pandemia cerca de 470 mil atendimentos podem não ter sido realizados. Desta forma, este estudo mostra a relevância de um resultado preocupante considerando que pacientes crônicos precisam de acompanhamento constante e que o cenário atual pode agravar a saúde mental da população e gerar sobrecarga no sistema de saúde no futuro.

Como relatado na segunda categoria, um dos fatores de preocupação é o medo, levando em consideração sua capacidade de causar sentimentos de angústia, incredulidade e falta de aceitação nas medidas de prevenção preconizadas pelas autoridades. Diante desse temor, podem ser instituídas atividades de cuidados em domicílio para os idosos que vivem sozinhos, com teleajuda e telemedicina nessas residências, garantindo confiança transferida à distância (CAMARANO, 2020).

Devido a pandemia, os atendimentos passaram por várias mudanças. Romero et al., (2021) traz que apesar de o atendimento por telefone ser uma boa opção, os idosos muitas das vezes não tem infraestrutura e alfabetização para realizar atividades desse meio, sabendo-se que essa população é a que mais poderia se beneficiar do serviço e assim, formando desafios durante o atendimento para os profissionais. Para Barbosa et al., (2020), tais estratégias são consideradas essenciais para a incorporação da Atenção Primária em Saúde, pelo fato de ter o papel de monitorar o bem estar de indivíduos adultos mais velhos.

Asmundson e Taylor (2020) mostrou que a ansiedade em relação à saúde na pandemia pode confundir e até provocar interpretações precipitadas das sensações obtidas

pelo corpo, fazendo com que as pessoas se dirijam a serviços de saúde sem necessidade, como ocorreu com a influenza H1N1 em 2009. Li et al., (2020) destacou também que pessoas com sintomas de suspeita de infecção da COVID-19 podem desenvolver comportamento obsessivo-compulsivos, como por exemplo a verificação constante da temperatura corporal. Zandifar e Badrfam (2020) caracteriza como risco à saúde mental as incertezas do controle da doença, a rápida disseminação e a imprevisibilidade acerca da duração da pandemia.

Embora os idosos apontem uma vivência ao longo da pandemia sem impactos maiores, é demonstrada a importância de se trabalhar com complicações decorrentes não só para quem teve a doença, mas pelo contexto da pandemia em si. Brooks et al., (2020) revela as consequências psicológicas relacionadas com a COVID-19, sendo identificados efeitos negativos incluindo sintomas de estresse pós-traumático. Analisados em conjunto, todos esses fatores remetem à relevância de intervenções psicológicas.

Segundo Pereira et al., (2006), o envelhecimento saudável é baseado em diversas dimensões, incluindo a saúde física e mental, a independência do dia a dia, o suporte familiar e a socialização. Serbim e Figueiredo (2011) relataram que as atividades sociais precisam estar presentes, para que o envelhecimento aconteça de forma bem-sucedida. Desta forma, é demonstrado o quanto é importante que as atividades sociais dos idosos estejam presentes no dia a dia.

As mudanças relacionadas à pós-pandemia demonstram o importante cuidado que deve ser prestado, para que se consiga lidar de forma apropriada nas necessidades do atual cenário do envelhecimento da população e na atenção à saúde. Segundo Unicovsky (2021), acredita-se que a saúde mental seja o alvo de maior demanda de cuidado após a pandemia. E as mudanças necessárias para esse enfrentamento podem se retratar de diferentes formas nos idosos, podendo causar danos na saúde, principalmente na pós-pandemia.

Diante do isolamento social, os idosos podem adquirir um grande potencial em manifestar sintomas de ansiedade. Entretanto, é possível reduzir ou até mesmo evitar este quadro adotando alguns cuidados no dia a dia, com o manifesto de apoio da família e dos profissionais de saúde (WHO, 2020). Desta forma, é de extrema necessidade o reconhecimento de se reinventar e encontrar novas estratégias de acompanhamento completo para que os idosos preservem o mínimo de qualidade de vida possível (OUSLANDER, 2020).

Em relação à pandemia da COVID-19, portanto, demonstrou que a hipótese do estudo “Que as mudanças causadas na vida de idosos decorrentes da pandemia levaram a alterações na sua saúde” foi confirmada, uma vez que demonstrou resultados significativos sobre mudanças relacionadas ao estado físico e psicológico devido à pandemia. Portanto, apresentou impactos negativos na vida dos idosos, potencializando a necessidade de atenção a esse público fragilizado.

A pandemia da COVID-19 destacou a necessidade de rede de apoio diante a saúde dos idosos. A ação de distanciamento como forma de proteção, deve receber a atenção dos profissionais de saúde que tenham conhecimento sobre essa população, garantindo que os idosos mantenham a sua autonomia e a sua independência.

Em contrapartida, é necessário que os idosos sejam vistos não só como um principal grupo de risco, mas como um grupo que necessita visar sua integralidade, com abordagens e técnicas apropriadas para esse grupo social. Entende-se que as estratégias educativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, possam causar nos idosos uma disposição para as transformações de melhorias necessárias no momento atual. Nesse contexto, estratégias simples podem servir como auxílio durante a pandemia, levando em consideração a importância de ouvi-los diante de suas queixas e necessidades, além de esclarecer o momento atual de uma maneira que eles possam entender.

Portanto, o momento pandêmico reforçou a necessidade de transformar as ações de atenção à população idosa, tanto para o momento presente quanto para as eventualidades futuras. Destaca-se a importância de garantir a essa população, informações essenciais como forma de controlar o medo e a ansiedade, para assim, construir possibilidades para uma vida com plenitude.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que durante a pandemia ocorreram muitas mudanças no estilo de vida dos idosos, que foram responsáveis por impactarem de forma negativa suas percepções e vivências em um contexto pandêmico, onde sentimentos voltados ao medo, preocupação, tristeza etc., foram evidenciados. Apesar das dificuldades relatadas, os idosos demonstraram entendimento sobre a importância de ações de prevenção da Covid-19.

Além disso, como achado relevante, tem-se a insatisfação dessa população com a prestação dos serviços de saúde. Tendo em vista ainda ser um grupo de risco para infecção pelo COVID-19, mais estudos são necessários, de modo a preencherem as lacunas e assim, servir de embasamento para que medidas de saúde pública sejam tomadas mediante a atual e/ou futuras pandemias.

REFERÊNCIAS

ASMUNDSON, G. J. G., & TAYLOR, S. (2020). **Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak.** *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102-196. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>. Acesso em: 15 set. 2021.

AVILA, FERNANDA et al. **FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.** Texto contexto - enfermagem. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0380> . Acesso em: 17 jul. 2021.

BAO, Y., SUN, Y., MENG, S., SHI, J., & LU, L. (2020). **2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society**. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3) » [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3). Acesso em: 05 nov. 2021.

BARBOSA, IR; GALVÃO, MHR; SOUZA, TA; et al. **Incidence of and mortality from COVID-19 in the older Brazilian population and its relationship with contextual indicators: an ecological study**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v23n1/1809-9823-rbagg23-01-e200171.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BARDIN L. LUIS ANTERO RETO, A. P. **Análise de conteúdo**. (2016). Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso: 01 out. 2021.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. **Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cQRmXzRdp7kHSS6VLBKNCNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus e novo coronavírus: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, 2020. Disponível: <https://portalarquivos2>. Acesso em: 20 out. 2021.

BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. (2020). **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence**. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em: 20 out. 2021.

CAMARANO, AA. **Nota Técnica No 64-Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas**. Brasília, DF: IPEA, 2020. 20p. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9934/1/NT_64_Disoc_Cuidados%20para%20a%20populacao%20idosa%20e%20seus%20cuidadores.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020;

CHEN, N. et al. **Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study**. *Articles*, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30211-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30211-7.pdf) . Acesso em: 01 maio 2021.

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*, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 443-458, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232012000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HFQJzn6F8SZWBBYkqbm8yjh/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 25 abr. 2021.

CULLEN, W; GULATI, G; KELLY, B D. **Mental health in the COVID-19 pandemic**. *Qjm: An International Journal of Medicine*, [S.L.], v. 113, n. 5, p. 311-312, 30 mar. 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184387/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

FARIAS HSF. **O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade, Espaço e Economia**, 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/11357>. Acesso em: 02 nov. 2021.

FENG, S., SHEN, C., XIA, N., SONG, W., FAN, M., & COWLING, B. J. (2020). **Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic**. *Lancet Respiratory Medicine* [Internet], 8(5), 1-2. doi:10.1016/S2213-2600(20)30134-X. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930134-X>. Acesso em: 02 nov. 2021.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. **A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa**. *Cogitare Enfermagem*, Porto Alegre, 2007. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4836/Resumenes/Resumo_483648984003_5.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

FILHO, ZILMAR et al. **Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades**. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0495>. Acesso em: 17 jul. 2021.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nota Técnica: Análise de efetividade da vacinação da COVID-19 no Brasil para casos de hospitalização ou óbito**. 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_efetividade_vacinas.pdf. Acesso em 9 set. 2021.

MACINKO, B STARFIELD, L SHI. *HEALTH SERV RES.*, 38: 831-865, 2003.

The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822915/>. Acesso em: 11 out. 2021.

KRAEMER, Moritz U.G. et al. **The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China**. *Medrxiv*, [S.L.]. 6 mar. 2020. Cold Spring Harbor Laboratory. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.02.20026708>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239080/pdf/nihpp-2020.03.02.20026708.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

LESSA S DE C, SCHRAMM FR. **Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa**. *Cienc. saude colet*. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>. Acesso em: 04 nov. 2021.

LI, W., YANG, Y., LIU, Z. H., ZHAO, Y. J., ZHANG, Q., ZHANG, L., ... XIANG, Y. T. (2020b). **Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China**. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732-1738. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45120> » <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>. Acesso em: 20 set. 2021.

MEDINA MG, GIOVANELLA L, BOUSQUAT A, MENDONÇA MHM, AQUINO R. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(8):e00149720. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 898-906, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 abr. 2021.

MOURÃO, C. M. L. et al. **Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica**. Revista Rene, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4833/3566>. Acesso em: 02 nov. 2021.

OLIVEIRA, L. S., REIS, L. A., SAMPAIO, L. S., & TORRES, G. V. (2009). **Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos Portadores de Diabetes Mellitus tipo 2**. Vitória da Conquista, BA: Rev. Eletrônica Fainor. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/104/84>. Acesso em: 2 nov. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2020). **Folha informativa sobre covid-19**. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 10 nov. 2021.

ORNELL et al. **The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study**. 2021. The Lancet. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2821%2900057-0>. Acesso em: 24 out. 2021.

OUSLANDER JG. **Coronavirus Disease 19 in geriatrics and long-term care: an update**. J Am Geriatr Soc. 2020; 68:918-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16464>. Acesso em: 28 ago. 2021.

PEREIRA, R. J., COTTA, R. M. M., FRANCESCHINI, S. DO C. C., RIBEIRO, R. DE C. L., SAMPAIO, R. F., PRIORE, S. E., & CECON, P. R. (2006). **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idoso**. Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul, 28(1), 27-38. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2021.

QUALLS N, LEVITT A, KANADE N, WRIGHT-JEGEDE N, DOPSON S, BIGGERSTAFF M, et al. **Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza — United States**. 2017. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Apr 7];66(1):1-34. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/rr/rr6601a1.htm>. Acesso em: 25 out. 2021.

RIBEIRO, R. (2020). **A máscara sem metáfora: biopolítica e micro-práticas na pandemia de COVID-19**. A Universidade do Minho em tempos de pandemia, Tomo I – Reflexões. UMinho Editora, 32-43. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/68394/1/2020_Ribeiro_A-mascara-sem-metafora.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

ROMERO, DALIA ELENA *et al.* **Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ROY, D et al. (2020) **Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic**. Asian Journal of Psychiatry, p. 102083. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945>. Acesso em: 19 out. 2021.

SÁ, S. P. C. et al. **Uma proposta de mensuração do autocuidado em idosos**. Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 661-666, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25435/17054>. Acesso em: 28 out. 2021.

SERBIM, A. K., & FIGUEIREDO, A. E. P. L. (2011). **Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência**. Porto Alegre, RS: Scientia Medica, 21(4), 166-172. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/7236>. Acesso em: 2 nov. 2021.

SILVA, SOUSA M.V et al. **O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia por COVID-19.** *Enfermagem Brasil*, n.19, Supl. 4, p. S34-S41, 2020. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4337/pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SOUZA, J.H.A. 2020. **Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19.** *Pubsaúde*, 3, a035. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude3.a035>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SOUZA PA, GANDRA B, CHAVES ACC. **Experiências sobre imunização e o papel da atenção primária à saúde.** *APS em Revista*. 2020;2(3): 267-271. Disponível em: file:///C:/Users/Casa/Downloads/Experiencias_sobre_Imunizacao_e_o_Papel_da_Atencao.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

STEVANIM LF. **Uma vacina para a humanidade: da expectativa à realidade, os esforços para se chegar a uma vacina contra a covid-19 acessível à população.** *RADIS Comunicação e Saúde*. 2020;15(216):12-21. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43683/2/VacinaParaHumanidade.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.

TAPPENDEN I, TOMAR R. **Mental health impacts of social isolation in older people during COVID pandemic.** *Progress Neurol Psychiatry*. 2020;24(4):25-9. Disponível em: <https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pnp.684>. Acesso em: 20 out. 2021.

TEIXEIRA, JOSÉ A. CARVALHO. **Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes.** *Análise Psicológica*, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

TOMAZ, J. B. C. **EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES: HEALTH EDUCATION IN PANDEMIC TIMES: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES.** *Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 7–9, 2020. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/510](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/510). Acesso em: 11 nov. 2021.

UNICOVSKY MAR, MORESCHI C, JACOBI CS, AIRES M, TANAKA AKSR, CAMARGO MEB. **Saúde do Idoso no PósPandemia: Estratégias de Enfrentamento.** In: Santana RF (Org.). *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19*. Brasília, DF: Editora ABen; 2021. 171 p. (Serie Enfermagem e Pandemias, 5). Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c23>. Acesso em: 10 nov. 2021.

VAHIA, IV et al. (2020) **COVID-19, Mental Health and Aging: A Need for New Knowledge to Bridge Science and Service.** *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Disponível em: [https://www.ajgonline.org/article/S10647481\(20\)30271-2/abstract](https://www.ajgonline.org/article/S10647481(20)30271-2/abstract). Acesso em: 10/04/2020. 20 out. 2021.

VERAS, Renato; OLIVEIRA, Martha. Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 887-905, dez. 2016. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjrbgg/a/P4THmK5H3nzDZby7fr6ssWk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2021.

ZANDIFAR, A.; BADRFAM, R. Saúde mental iraniana durante a epidemia de COVID-19. **Asian Journal Of Psychiatry**. [Irã]. 04 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128485/pdf/main.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

WEISS P, MURDOCH D. **Clinical course and mortality risk of severe COVID-19.** *Lancet.* 2020. 395(10229):1014-5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30633-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30633-4/fulltext). Acesso em: 25 out. 2021.

WHITE, K. L., 1980. **Information for health care: an epidemiological perspective.** *Inquiry – The Journal of Health Care Organization, Provisioning and Financing*, 17:296-312. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/29771368>. Acesso em: 19 out. 2021.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19):** situation report, 51. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475> . Acesso em: 28 maio 2021.

WHO. World Health Organization. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

WHO. World Health Organization. WHO-CHINA. **Report of the WHO-CHINA Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CAPÍTULO 3

AUTOESTIMA DE IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA CIDADE DE CRATO

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 03/12/2021

Francivaldo da Silva

Graduando do Curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6071118220943493>

Bruna Ely Filgueira Leite

Graduanda do Curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – CE

Link: <http://lattes.cnpq.br/9374237120165042>

Cícera Naiane Oliveira Pinheiro

Graduada em Educação Física - Universidade Regional do Cariri - URCA,
Crato – CE

Link: <http://lattes.cnpq.br/1495486174860304>

Francisco Mateus Almeida Oliveira

Graduando do Curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Regional do Cariri – URCA.
Crato – CE

Naerton José Xavier Isidoro

Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Educação Física da Universidade Regional do Cariri-URCA e Pesquisador do Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Educação Física –NUPEF.
Crato– CE

<http://lattes.cnpq.br/0887097387893524>

RESUMO: A autoestima tem influência direta nas situações afetivas, psicológicas e sociais da população, sendo tratada como um indício de saúde mental nos indivíduos. Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi avaliar a autoestima de idosas praticantes e não praticantes de exercício físico durante a pandemia do novo coronavírus na cidade de Crato – CE. O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório. A população deste trabalho contemplou idosas residentes na cidade de Crato-CE participantes dos grupos de convivência: Projeto de extensão Mais Vida; Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade e Projeto Saúde em Dia. O grupo em questão encontrava-se em situação de isolamento social decorrente da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Participaram da pesquisa 27 idosas, com uma média de idade de 63,8 anos, sendo 21 delas consideradas praticantes de atividade física e 6 não praticantes. Foi utilizado como instrumento de pesquisa a Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Microsoft Office Excel 2016. A média geral de autoestima obtida pelo grupo pesquisado foi de 32 pontos. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as médias dos escores relativos ao nível de autoestima das idosas pesquisadas praticantes e não praticantes de exercícios físicos. Os valores próximos a 40 apontam para uma alta autoestima entre as idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Autoestima, Idosas, Exercício Físico.

SELF-ESTEEM OF ELDERLY PRACTICING AND NON-PRACTICAL EXERCISE DURING THE NEW CORONAVÍRUS (COVID-19) PANDEMIC IN THE CITY OF CRATO

ABSTRACT: Self-esteem has a direct influence on affective, psychological and social situations in the population, being treated as an indication of mental health in individuals. In this perspective, the aim of this study was to evaluate the self-esteem of elderly women who practice and who do not practice physical exercise during the new coronavirus pandemic in the city of Crato - CE. The present work is a cross-sectional, descriptive and exploratory study. The population of this study included elderly women residing in the city of Crato-CE participating in the coexistence groups: Mais Vida extension project; Health, Fire and Society Project and Health in Day Project. The group in question was in a situation of social isolation resulting from the new coronavirus pandemic (COVID-19). Twenty-seven elderly women participated in the research, with an average age of 63.8 years, with 21 of them considered practitioners of physical activity and 6 non-practitioners. The Rosenberg Self-Esteem Scale – EAR was used as a research instrument. Statistical analyzes were performed using the Microsoft Office Excel 2016 program. The general mean of self-esteem obtained by the researched group was 32 points. There were no statistically significant differences between the mean scores related to the level of self-esteem of the elderly women surveyed, practitioners and non-practitioners of physical exercise. Values close to 40 point to high self-esteem among the elderly.

KEYWORDS: Self-esteem, Elderly, Physical Exercise.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento relaciona-se ao acúmulo de uma variedade de danos moleculares e celulares que ocasionam uma perda gradual nas reservas fisiológicas e um aumento no risco de se adquirir diversas doenças crônico-degenerativas.

Nahas (2010) afirma que o envelhecimento é um processo gradual, universal e irreversível. Não se envelhece do dia para noite, afetando todas as pessoas de uma forma geral, podendo diferenciar-se dependendo do estilo de vida que o indivíduo segue. Este processo não pode ser revertido, mas somente minimizado.

O autor supracitado afirma que “As intervenções que mais afetam a qualidade do envelhecimento estão centradas na eliminação do fumo, no aumento da atividade física habitual e na melhoria dos padrões nutricionais”. (NAHAS, 2010, p.194).

Para Neri e Freire (2000), o processo de envelhecimento está intimamente ligado à autoestima, visto que há um afastamento das funções sociais anteriormente exercidas pelos idosos, fazendo-os sentir-se deslocados na sociedade por serem considerados pessoas improdutivas e dispensáveis.

Esse processo pode impulsionar cada vez mais a sensação de perdas, não havendo por parte do indivíduo grandes expectativas em relação à sua existência e a possíveis conquistas futuras.

Na senescência, as perdas ocorrem em nível biológico, cognitivo e também

psicossocial. Neste último caso, o efeito deletério do envelhecimento expressa-se através da sensação de baixa autoestima, solidão ou mesmo falta de perspectivas futuras.

Segundo Figueiredo (2007) em função das perdas e mudanças que acompanham a velhice, verifica-se entre o público idoso situações de frustração, diminuição da autoestima, depressão, solidão, angústia e isolamento. As dificuldades de adaptação a estes acontecimentos estão relacionadas às condições do ambiente em que o geronte vive. Um ambiente pleno de carinho, socialização e atenção é imprescindível para que o idoso não se sinta excluído, favorecendo uma visão positiva de si mesmo.

A autoestima relaciona-se diretamente com a qualidade de vida, influenciando na forma como o indivíduo lida com seus pensamentos e sentimentos, assim como nas ações desenvolvidas nas diversas situações da vida.

A autoestima significa gostar de nós mesmos, nos apreciarmos de modo genuíno e realista. No entanto, não se trata de um excesso de valorização de nossa própria pessoa, de arrogância ou egocentrismo. Gostamos daquilo que realmente somos, aceitando nossas habilidades e também nossas limitações. (NERI e FREIRE, 2000, P.135).

Para Marquez Filho (1993) a atividade física promove a melhoria da qualidade de vida, retardando o envelhecimento, evitando a atrofia muscular, favorecendo a mobilidade articular e evitando a descalcificação óssea.

Segundo Leite (1996), a atividade física para a terceira idade deve ser bem planejada e estruturada, com exercícios de alongamento, flexibilidade e força, evitando a atrofia muscular. Esses exercícios melhoram a capacidade cardiorrespiratória e a mobilidade, recuperando a agilidade do corpo e sua expressividade. O idoso torna-se mais dinâmico, com vitalidade e autossuficiência, melhorando sua saúde física e mental. A prática de exercício físico bem elaborada e com uma intensidade moderada, contribui significativamente para uma velhice saudável e prazerosa.

Segundo Buchner e Wagner (1992), a atividade física bem orientada e realizada regularmente traz inúmeros benefícios, principalmente para os indivíduos da terceira idade: maior longevidade, redução das taxas de morbidade e mortalidade, redução do número de medicamentos ingeridos, melhora na capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção no declínio cognitivo, manutenção do status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia, além de benefícios psicológicos como melhoria da autoimagem, da autoestima, do contato social e prazer pela vida.

A pandemia do novo coronavírus (COVID-19) exigiu que governos de diversos países adotassem medidas de controle, sendo a principal delas o isolamento social que buscou evitar aglomerações.

O objetivo desse trabalho foi avaliar os níveis de autoestima de idosas praticantes e não praticantes de exercício físico durante o período de isolamento social em função da

pandemia do novo coronavírus (COVID-19) na cidade de Crato-CE.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipologia da pesquisa

O estudo em questão trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória. Também assume caráter transversal, pois todos os procedimentos foram realizados em um determinado momento, não existindo uma segunda aplicação dos instrumentos utilizados.

2.2 População e amostra

A população deste trabalho contemplou idosas residentes na cidade de Crato-CE participantes dos grupos de convivência: Projeto de extensão Mais Vida; Projeto Saúde, Bombeiros e Sociedade e Projeto Saúde em Dia. O grupo em questão encontrava-se em situação de isolamento social decorrente da pandemia do novo coronavírus. A amostra foi composta por 27 participantes do sexo feminino inseridas na faixa etária entre 60 e 87 anos, sendo 21 delas consideradas praticantes e 6 não praticantes.

2.3 Critérios de inclusão

Participaram do estudo idosas a partir de 60 anos, integrantes de grupos de convivência da cidade Crato-CE. Foram consideradas praticantes de exercícios físicos aquelas que mesmo durante o isolamento social decorrente da pandemia do novo coronavírus mantiveram uma frequência mínima semanal de exercícios físicos de 2 dias em atividades com duração de pelo menos 30 minutos por sessão.

2.4 Instrumentos

Foi utilizada como instrumento de pesquisa a Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR que é constituída por 10 itens e para cada item foram estabelecidas 4 possibilidades de resposta: 1- Discordo completamente, 2 – Discordo, 3 – Concordo, 4 – Concordo plenamente, no formato Likert de quatro pontos. No tocante à pontuação deste questionário, os 5 itens que representam sentimentos positivos obtiveram valores invertidos, deste modo é somado com os outros 5 itens, que totalizam um valor único para a escala que corresponde aos resultados dos 10 itens. As possíveis pontuações podem oscilar entre 10 a 40, sendo que as participantes ao chegarem próximas ao percentual 40 são consideradas como portadoras de alta autoestima e aquelas com pontuações próximas a 10 são classificadas com dotadas de baixa autoestima.

2.5 Cenário da Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido em três grupos de convivência da cidade de Crato-CE: Projeto de extensão universitária Mais Vida; Projeto Saúde, Bombeiros e

Comunidade e Projeto Saúde em Dia.

O projeto de extensão Mais Vida é promovido pela Universidade Regional do Cariri-URCA através do Curso de Educação Física e reúne idosas do Bairro Pimenta na cidade do Crato e áreas circunvizinhas.

O projeto Saúde, Bombeiros e Comunidade acontece na sede do Corpo de Bombeiros da cidade do Crato, recebendo, também, idosos de diversas localidades da referida cidade.

O projeto Saúde em Dia é realizado no Colégio Estadual Profissional Maria Violeta Arraes de Alencar Gervaiseau na cidade de Crato-CE

2.6 Cuidados Éticos

Foi aplicado previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicitando a finalidade, objetivo da pesquisa, benefícios associados à relevância da pesquisa, garantia de sigilo e direito à desistência.

2.7 Procedimento de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário digital enviado através de um aplicativo com o objetivo de evitar contato direto em função do isolamento social decorrente da pandemia do novo coronavírus.

2.8 Análise estatística

Utilizou-se para análise estatística o programa Microsoft Excel 2016, sendo os valores obtidos apresentados como média, desvio padrão e nível de significância.

3 | RESULTADOS

A tabela 01 apresenta a caracterização da amostra, apresentando as médias do peso, estatura, idade e índice de massa corporal (IMC) do grupo estudado.

Variáveis	Média	DP
Peso	66,23	±8,34
Estatura (m)	1,58	±0,062
IMC	26,46	±3,28
Idade	63,8	±4,24

Tabela 01- Caracterização da amostra (n=27).

DP= desvio padrão e IMC = índice de massa corporal.

A partir dos dados supracitados, verifica-se que a média do IMC das idosas pesquisadas está inserida na faixa de sobrepeso, segundo classificação definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A tabela 02 apresenta a média e desvio padrão nos níveis de autoestima encontrados em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

Variáveis	Média	DP
Praticantes	32	±2,35
Não praticantes	31,8	± 2,23
Geral	32	±2,28

Tabela 02- Média dos escores obtidos referentes ao nível de autoestima das idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

DP= desvio padrão.

A média geral em relação ao nível de autoestima dos indivíduos avaliados foi 32. Verificou-se entre as idosas praticantes e não praticantes médias numericamente bastante próximas (respectivamente, 32 e 31,8) não se observando diferenças estatísticas significativas entre os grupos pesquisados ($p=0,9823$).

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a autoestima de idosas residentes na cidade de Crato-CE praticantes e não praticantes de exercícios físicos durante o período de isolamento social realizado em função da pandemia do novo coronavírus. O estudo em questão não encontrou diferenças significativas entre as médias dos escores relativos ao nível de autoestima daquelas idosas que se mantiveram ativas fisicamente mesmo diante do confinamento e aquelas que não continuaram a realizar exercícios físicos. Os valores médios próximos a 40 apontam para um alto valor da autoestima nos dois grupos analisados.

A autoestima está associada ao sentimento, apreço e consideração que a pessoa tem por si mesma. Uma autoestima positiva propicia ao idoso o desenvolvimento de sensações de merecimento, competência e confiança, aspectos estes indispensáveis para uma vida com satisfação e prazer. (CHAIM, et al., 2009).

Fonseca et al. (2014) avaliaram a autoestima de 152 idosas com uma média de idade de 69,97 anos, praticantes e não praticantes de exercício físico, utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg, obtendo uma média de autoestima no tocante às praticantes de 35,25 e 32,80 para aquelas não praticantes.

Antunes et al. (2011) ao analisarem a autoestima de 165 idosos através da Escala de Autoestima de Rosenberg, praticantes de exercícios físicos com idade média de 69,14 anos verificaram uma elevada autoestima, expressa através da média geral obtida (36 pontos).

Mazo et al. (2012) investigaram a relação entre autoestima e depressão em uma

população composta por 174 idosos, utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg. A média dos escores obtida em relação à autoestima foi de 34,86 pontos, considerada elevada.

Os resultados obtidos nos trabalhos desenvolvidos por Fonseca et al (2014), Antunes et al (2011) e Mazo et al (2012) apontam para médias gerais associadas à autoestima consideradas altas, expressas através da sua proximidade com o valor 40, corroborando com os resultados obtidos neste trabalho. Deve-se ressaltar que as idosas pesquisadas no presente estudo encontravam-se em isolamento social decorrente da pandemia do novocoronavírus, diferentemente daquelas pesquisadas nos estudos anteriormente mencionados.

5 | CONCLUSÃO

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as médias dos escores relativos ao nível de autoestima das idosas pesquisadas, praticantes e não praticantes de exercícios físicos, durante o período de isolamento social decorrente da pandemia do novo coronavírus. Os valores próximos a 40 nos dois grupos avaliados apontam para uma alta autoestima entre as idosas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, G.; MAZO, Z.; BALBÉ, P. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. **Rev. educ. fis. UEM** 2011; Pág. 22. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/refuem/v21n4/a09.pdf>> Acesso em: 13 de Jul. 2020.

BUCHNER, D. M.; WAGNER, E. H. Preventing frail health. **Clinical Geriatric Medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-17, 1992. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Bas_Buchner/publication/254519910_Evaluating_the>Loading_and_Structural_Response_of_an_Offshore_Platform_Using_Integrated_Large_and_Small_Scale_Testing_Combined_With_Diffraction_and_Finite_Element_Analysis_and_Offshore_Measurements/links/586d509e08ae329d6213925b/Evaluating-the-Loading-and-Structural-Response-of-an-Offshore-Platform-Using-Integrated-Large-and-Small-Scale-Testing-Combined-With-Diffraction-and-Finite-Element-Analysis-and-Offshore-Measurements.pdf>. Acesso em: 15 de Jul. 2020.

CHAIM, J. ; IZZO, H. ; SERA, C. T. N. : Cuidar em saúde: Satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. pág: 175-181; São Paulo: 2009. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/175a181.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

FIGUEIREDO, D. **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi editore, 2007.

FONSECA, C.C.; CHAVES, E.C.L.; PEREIRA, S.S. ; BARP, M. ; MOREIRA, A.M. ; NOGUEIRA, D.A. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. **Rev. Educ. Fís/UEM**, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/refuem/v25n3/1983-3083-refuem-25-03-00429.pdf>> Acesso em: 13 de Jul. 2020.

LEITE N. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86921999000600002&script=sci_arttext> Acesso em: 11 de jul. 2020.

MARQUEZ FILHO, E. Introdução à prática da Atividade Física. In: Seminário “Corpo, Saúde, Envelhecimento”. Conferência. Campinas: SESC, ago, 1993.

MAZO, Giovana Zarpellon et al. Autoestima e depressão em idosos praticantes de exercícios físicos. **Kinesis**, v. 30, n. 1, 2012. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/kinesis/article/view/5724>> Acesso em: 13 de Jul. 2020.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2010.

NERI, A.L. ; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

CAPÍTULO 4

CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/02/2022

Giseliane Mendonça Pazotti

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
PPGES
Dourados – MS
Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/7572711802456858>

Marcos Antonio Nunes de Araújo

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
PPGES
Dourados – MS
Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5077513036429068>

Márcia Maria de Medeiros

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
PPGES/LETAN
Dourados – MS
ORCID 0000-0002-1116-986X

RESUMO: É no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva que muitos indivíduos vivenciam os limites entre a vida e a morte. Como forma de atenuar o sofrimento e proporcionar dignidade e qualidade de vida aos indivíduos doentes e seus familiares vivenciamos hoje os Cuidados Paliativos. Objetivo: Identificar a compreensão dos familiares de doentes em Cuidados Paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) sobre a gravidade do estado de saúde do seu ente querido e analisar sua percepção sobre os Cuidados Paliativos. Metodologia: Pesquisa qualitativa realizada com familiares de pacientes em Cuidados Paliativos

internados em UTI Adulto. A coleta de dados foi realizada entre o período de 15 de março a 31 de maio de 2019 e os dados obtidos analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados e discussão: Foram realizadas oito entrevistas, a partir das quais foram construídos quatro DSC agrupados nas seguintes categorias: o estado de saúde comprometido; suavizando o termo morte; percebendo os Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos? Em cada uma dessas categorias foi possível analisar a percepção dos familiares quanto à gravidade do estado de saúde do ente querido, o distanciamento do termo morte favorecido pelo uso de eufemismo e a representação dos Cuidados Paliativos na UTI. Considerações Finais: Apesar de não ser mencionada a palavra morte, esse processo não deixou de ser lembrado e representado pelos familiares entrevistados. Mesmo no auge do uso de aparelhos altamente tecnológicos na saúde, o cuidado humanizado do doente e dos seus familiares é instância primordial a ser fortalecida e o conhecimento sobre os Cuidados Paliativos deve ser divulgado e exercitado.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; Sofrimento; Discurso do Sujeito Coletivo.

PALLIATIVE CARE: FAMILIES' PERCEPTION ABOUT PATIENTS ADMITTED IN INTENSIVE CARE UNITS

ABSTRACT: It is in the Intensive Care Unit environment that many individuals experience the limits between life and death. As a way to alleviate suffering and provide dignity and quality of life to sick individuals and their families, we currently experience Palliative Care. Objective:

To identify the understanding of family members of patients in Palliative Care admitted to Adult Intensive Care Units (ICU) about the severity of their loved one's health status and to analyze their perception of Palliative Care. Methodology: Qualitative research carried out with relatives of patients in Palliative Care admitted to an Adult ICU. Data collection was carried out between the period of March 15th to May 31st, 2019 and the data obtained analyzed according to the Collective Subject Discourse (DSC). Results and discussion: Eight interviews were conducted, from which four CSD were constructed, grouped into the following categories: compromised health status; softening the term death; realizing Palliative Care; Palliative care? In each of these categories, it was possible to analyze the perception of family members regarding the severity of the health status of the loved one, the distance from the term death favored by the use of euphemism and the representation of Palliative Care in the ICU. Final Considerations: Although the word death is not mentioned, this process was remembered and represented by the interviewed family members. Even at the height of the use of highly technological devices in health, humanized care for patients and their families is a primordial instance to be strengthened and knowledge about Palliative Care must be disseminated and exercised. **KEYWORDS:** Death, Sufering, Collective Subject Discourse.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico na medicina intensiva, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) passaram a serem palco e sinônimo de esperança para muitos indivíduos, espaço no qual se idealiza o rompimento entre os limites da vida e da morte e se acredita alcançar uma falsa e desejável imortalidade (MORITZ, 2012). Contudo, a UTI não é constituída somente por equipamentos altamente tecnológicos e profissionais capacitados, faz parte desse contexto os sujeitos doentes e seus familiares. É muitas vezes nessas unidades críticas de cuidados que os familiares e os enfermos depositam a esperança da recuperação e da melhora clínica. Para Backes, Erdmann, Büscher (2015) a UTI é um local cujo objetivo é recuperar a saúde dos doentes, estes que apesar de graves e instáveis, com alto risco de morte, não são internados para morrer.

De acordo com Ariès (2014) o cenário que envolve o processo de morte e morrer se alterou a partir do momento em que surge no campo histórico as práticas higienistas e a ideia de assepsia trazidas pelo modelo hospitalar. Assim, a imagem da morte que ocorria em casa, passou a ter espaço em outro ambiente e o quarto do moribundo no domicílio foi trocado pelo quarto do hospital. É com a mudança da morte para o leito hospitalar que se inicia um processo de distanciamento do entendimento do processo de morte e morrer como algo inerente a existência. Com isso, a morte se transformou em um evento complexo, mediado e sinalizado pela parada dos cuidados médicos, sendo dividida tecnicamente em pequenas etapas, como se fossem pequenas mortes, a ponto de não sermos capazes de saber quando ela ocorre: se quando se perde a consciência ou quando se perde a respiração (ARIÈS, 2017).

Com o aumento de pessoas portadoras de doenças em estágios avançados que

não respondem aos tratamentos curativos e com a convicção de que a finitude faz parte do processo da vida surgiu o movimento chamado de Hospice Moderno, que teve como pioneira a assistente social, enfermeira e médica, Cicely Saunders. Esse movimento traz a tona os Cuidados Paliativos e busca tratar aqueles que enfrentam a finitude da vida com dignidade, qualidade de vida, almejando diminuir a dor e o sofrimento (CARVALHO; PARSONS, 2012; SAUNDERS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde, em 2002, definiu os Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação, avaliação precoce e tratamento impecável da dor e dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020; WHO, 2014). Cuidados Paliativos podem ser também entendidos como um conjunto de cuidados holísticos ativos a indivíduos em todas as idades, que apresentam sofrimentos relacionados com a saúde devido à doença grave e, especialmente, aqueles que estão perto do fim da vida, objetivando com isso a melhora da qualidade de vida dessas pessoas, de seus familiares e cuidadores. Para isso se fazem necessárias várias ações, dentre elas o suporte aos doentes para que vivam o mais plenamente até a morte, auxiliando-os e auxiliando também aos seus familiares a determinar suas metas de atendimento (IAHPC, 2018).

Nas Unidades de Terapia Intensiva, os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos juntamente com os cuidados curativos, sendo que a intensidade deve ser empregada de acordo com as necessidades e desejos dos enfermos e de seus familiares; e conforme a evolução individualizada de cada doença. As metas de atendimento devem ser construídas através de decisões conjuntas levando-se em consideração a autonomia e o bem-estar do sujeito doente e dos seus familiares (MORITZ et al., 2011). Devido às condições clínicas e a gravidade dos enfermos que internam nas Unidades de Terapia Intensiva, na maioria das vezes as decisões sobre as condutas com relação a eles se tornam responsabilidade de seus familiares ou responsáveis, passando a comunicação entre a equipe que presta os cuidados e estas pessoas, decisória no planejamento do atendimento prestado.

METODOLOGIA

O estudo correspondeu a uma pesquisa qualitativa realizada com familiares de enfermos em Cuidados Paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto de uma Instituição Hospitalar Universitária no estado de Mato Grosso do Sul. As entrevistas foram realizadas em salas de apoio dentro da própria instituição, sendo os dados colhidos no período de 15 de março a 31 de maio de 2019.

A coleta de dados foi obtida através de entrevistas individuais gravadas em áudio seguindo um roteiro pré-estruturado com os seguintes questionamentos: o que você entende ou entendeu sobre a doença do seu familiar? O seu familiar já esteve internado

em alguma unidade de terapia intensiva decorrente dessa doença? Se sim, você acha que mudou algo nessa nova internação? O quê? O que você entendeu sobre a proposta de tratamento relatada pelos profissionais do hospital durante essa reunião? Você ficou com alguma dúvida sobre o assunto? Qual? O que você conhece sobre cuidados paliativos?

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos contidos na Resolução n. 466/2012 sob o parecer favorável pelo Comitê de Ética com Seres Humanos (CESH) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, nº de protocolo 3.201.421 e do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Grande Dourados, sob nº 3.271.945. Os critérios de inclusão corresponderam a familiares ou responsáveis legais dos doentes em cuidados paliativos internados entre o período estabelecido para a coleta de dados em uma das Unidades de Terapia Intensiva Adulto da instituição escolhida para realização da pesquisa, sendo esses maiores de 18 anos e tendo participado da conferência familiar na qual foram expostos esclarecimentos sobre a evolução da doença e sobre a terapêutica dos cuidados paliativos por profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos ou responsáveis pela assistência ao doente. Não puderem fazer parte da pesquisa os familiares de doentes que evoluíram a óbito ou que foram transferidos da instituição antes da realização da entrevista.

As entrevistas foram posteriormente transcritas e os dados organizados segundo a técnica de tabulação proposta pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), respeitando todas as suas etapas: obtenção de depoimentos; redução do discurso através da seleção das Expressões Chaves (EC); busca do sentido através das Ideias Centrais (IC); categorização dos depoimentos com sentidos semelhantes; construção do depoimento em primeira pessoa do singular (LEFÈVRE, 2017). O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste em uma técnica de organização dos dados qualitativos, nos quais opiniões/expressões individuais que possuam sentidos próximos são agrupadas em categorias semânticas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014). Esse agrupamento de opiniões deve propiciar a realização de um depoimento síntese “redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014; p. 503).

Os DSC foram analisados conforme a Teoria das Representações Sociais, no qual “representar significa, a uma vez e ao mesmo tempo, trazer presentes as coisas ausentes e apresentar coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integralidade normativa do grupo” (MOSCOVICI, 2015, p. 216). As representações sociais compreendem em um universo complexo e que se coloca sempre dependente e marcado por um referencial pré-existente, seja de crenças, valores, tradições, de forma que cada novo fenômeno, que gere algum estranhamento no cotidiano dos indivíduos, possa ser de alguma forma explicado e se torne familiar e aceitável (MOSCOVICI, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O período destinado à coleta de dados foi previamente determinado e compreendeu entre o dia 15 de março e 31 de maio de 2019. A comunicação sobre os novos enfermos em Cuidados Paliativos ocorria através da comunicação diária com membros da Comissão de Cuidados Paliativos ou pela equipe de enfermagem responsável pela assistência aos sujeitos internados nas UTI adulto da instituição pesquisada. A abordagem com os familiares ocorreu nos períodos do dia destinados à visitação dos doentes internados nas UTI e as entrevistas gravadas em salas de apoio as famílias próximas a essas unidades críticas.

Durante o período destinado a coleta de dados houve um quantitativo de 13 doentes críticos em Cuidados Paliativos, porém, em cinco desses casos não foi possível à realização da abordagem dos familiares para a entrevista. Isso aconteceu devido: ao óbito do doente logo após a abordagem da equipe com a família (2 casos); ausência do familiar nos períodos destinados a visitação e ocorrência do óbito do doente (2 casos); transferência do doente para a cidade de origem sem que houvesse a presença de familiares para a realização da entrevista (1 caso). Foram realizadas oito entrevistas, totalizando 53 minutos e 2 segundos de gravação, com média de 6 minutos e 38 segundos, sendo que o menor tempo de entrevista correspondeu a 2 minutos e 29 segundos e o maior tempo de gravação a 13 minutos e 56 segundos.

CONSTRUÇÃO DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS (DSC)

O roteiro de perguntas utilizado durante as entrevistas com os familiares foi idealizado com o intuito de que os entrevistados pudessem fazer uma construção progressiva do que conheciam da doença e do grau de gravidade do seu familiar internado, bem como favorecer a representação das percepções deles sobre os Cuidados Paliativos. É importante ressaltar que como critério de inclusão da pesquisa, todos os pesquisados deveriam obrigatoriamente ter participado da(s) conferência(s) com os profissionais de saúde da instituição sobre a doença e seu grau de gravidade e sobre a proposta dos Cuidados Paliativos como parte integrante ou exclusiva da assistência ao ente internado.

DSC – O ESTADO DE SAÚDE COMPROMETIDO

“É vários o problema dele, é uma situação muito grave, eu acho que deixou de fazer alguns tratamento que precisava. Ele não ficava no hospital pra fazer o tratamento e uma coisa foi puxando a outra, eu acho que foi acumulando. Deu uma dor de cabeça, a mesma dor de cabeça que deu nele que deu essa doença agora deu a outra mais foi fraca, foi bem fraquinha. Dessa vez agora veio pra... ele perdeu o sentido, num conversa, nada... num se move, nada, pra mim eu acho que ele não tem volta. Entendo assim: perdeu a memória sua você perdeu tudo. Veio pra cá porque aumentou muito a gravidade, tá intubado, o coração tá bem fraquinho e tá respirando através dos aparelho. O problema eu já falei pra minha

família, veio pra cá muito tarde, veio pra cá já bem agravado. Isso aí nós somos da família dele e nós tava com ele no dia-a-dia, eu mesmo vi, eu que tava com ele eu vi.”

“Foi atrofiando cada vez mais, e agora por último como tava ficando muito fraca, deu pneumonia, aí veio pra cá. Eu não entendo de nada, mas veio isso na minha cabeça, por ele ter parado de urinar, essas paradinhas assim, as mão dele tá tudo inchada. Eu descubro ele todinho pra ver como ele tá, porque não é exigência é pra ver como ele tá evoluindo, eu quero ver como ele tá indo. Mais eu tô entendendo já foi os quatro órgãos, já tá comprometido já, né, os principal. Tá com começo de pontada e tentou fazer o tratamento no quarto e não tava dando resultado, por isso que resolveu vim aqui pra UTI, mas só por causa do pulmão mesmo e o rim dele tá bem fraco né. Então, tem que cair numa cama de hospital né, numa situação dessa. Já com a idade avançada, com a doença que já tava, né, que já tá ainda né. O que eu entendi é que é grave, que infelizmente não tem... é... não tem volta né, não tem mais o que fazer, entendeu, porque não tá respondendo, não tá acordando. A gente fala, nem abre o olho, tá tão quietinha, né?! Chegou aqui num estado grave, bem avançado igual os doutores me falou né, o coração dela tá bem debilitado, apareceu mais problemas nos ossos né, como eu vi ali agora, tá bastante fraca, chegou bastante desnutrida... mais infelizmente a gente sabe que é grave né.

Os familiares ao contarem sua experiência e sua vivência com a evolução da doença do seu ente querido representam em parte dos seus diálogos uma culpabilização do doente pelo agravamento do seu estado de saúde, como se o doente que chegou a ser internado na UTI por determinada situação, o foi em decorrência da falta de cuidado com a própria saúde. A culpabilização do indivíduo em relação ao processo saúde/doença está arraigada na história da sociedade com a chegada do capitalismo, esse processo tomou força ao longo do século XX e trouxe consigo não só uma modificação no processo de trabalho, mas também uma mudança na forma de se comportar na sociedade, surgindo um contexto de dessocialização e individualismo. Essa cultura do individualismo não surgiu com a humanidade, ela foi construída com o surgimento do capitalismo, através uma visão suavizada e romântica de autonomia e do ser como propriedade (SOUSA, 2012). Sousa retrata que:

(...) o capitalismo procura naturalizar o direito de propriedade da forma mais absoluta possível, de modo a fazer crer que a história da humanidade sempre foi acompanhada da propriedade; instiga-se a acreditar que a primeira propriedade do homem é sua própria vida, razão pela qual todo homem já nasce com a noção de propriedade entranhada em si; a defesa da vida, nesse sentido, nada mais seria que a defesa da primeira propriedade que todo ser humano possui (SOUSA, 2012, p. 81).

Esta perspectiva se mantém vigente na mentalidade dos sujeitos. Problemas que deveriam ter um cunho sociopolítico ampliado passam a ter uma ênfase unilateral, por exemplo, a doença de um indivíduo deixou de ser um problema social ou de políticas públicas e passou a ser representada como resultado do comportamento e das escolhas de estilo de vida feitas por ele. Tudo isso é o reflexo da autonomia “conquistada” socialmente,

a partir da qual o indivíduo se tornou (solitariamente) responsável pelo seu fracasso (MORAES, 2012; ROMANINI; DETONI, 2014).

Os familiares em seus discursos trazem essa marca de culpabilização do indivíduo, no qual consideram o atual estado de saúde do seu ente querido como uma consequência das suas escolhas. Essa culpabilização é um conhecimento culturalmente arraigado nos discursos e evoca a condição relativa da nova situação apontando para um lugar seguro de conhecimento e de resposta socialmente rápida e “aceitável”: o doente não se cuidou. Outro ponto importante é a representação da gravidade da doença relacionada com as alterações que os familiares conseguem perceber física e cognitivamente no ente querido, bem como pela representação que o uso dos aparelhos da UTI evocam em suas mentes. Tudo isso acrescido do fato da internação da pessoa ser em uma unidade de cuidados críticos, faz com que o indivíduo, mesmo leigo na área da saúde, represente e considere grave o estado de saúde do seu familiar.

As últimas horas ou dias do doente em fase terminal são descritas como período da agonia. Nesse período ocorrem mudanças clínicas, fisiológicas, surgem novos sintomas e se agravam os sintomas já pré-existentes da doença. O doente pode se apresentar mais debilitado, confinado ao leito e demonstrar sinais de falência de vários órgãos. Dentre os sinais e sintomas previstos para esse período, podemos destacar: a fraqueza progressiva, diminuição da ingestão alimentar e de líquidos, diminuição do nível de consciência, *delirium*, alterações respiratórias, taquicardia, oligúria ou anúria, má perfusão periférica (BRAGA et al., 2017).

Os sinais de agonia também podem ser representados pela diminuição da interação do doente com outras pessoas, alteração do estado de consciência entre sonolência e inconsciência, afirmação do próprio doente que está prestes a morrer e dificuldade no padrão respiratório. Esse período é caracterizado pelo enfraquecimento dos sinais vitais e corresponde à fase terminal da doença com agravamento súbito, sem que haja possibilidade de identificação de causa reversível. É nessa fase que os objetivos do tratamento devem ser definidos, devendo os familiares e o próprio doente serem informados da evolução da doença (PAIS et al., 2019).

As alterações cognitivas são muito comuns de acontecer em doentes graves e facilmente perceptíveis no ambiente de cuidados críticos, sendo que segundo Moritz (2012), um dos sintomas mais prevalentes em enfermos críticos ou que estão próximos da morte é o delírio, esse que costuma ser caracterizado por flutuações do nível de consciência e perda da atenção. Seu surgimento caracteriza preocupação e ansiedade nos familiares.

O delírio pode se apresentar de duas formas nos doentes: hiperativa, na qual o sujeito pode se demonstrar agitado, inquieto, apresentar alucinações e falas desconexas e até comportamentos agressivos com a equipe ou com os próprios familiares; e hipoativa, na qual o enfermo se mostra confuso, sedado, com diminuição do funcionamento motor, olhar fixo e apatia (CARVALHO; PARSONS, 2012). Ana Claudia Quintana Arantes caracteriza a

fase de terminalidade como uma condição na qual não se pode alcançar a cura, advindo da progressão de uma doença grave e sem possibilidade de controle, que pode durar anos caso esta avance devagar, ou horas, caso esta avance de forma mais rápida, sendo que depois que o processo se inicia, nada poderá impedir que ele siga até o seu curso natural (ARANTES, 2016).

Apesar dos discursos pautados no empirismo em decorrência da experiência de cada entrevistado, podemos vivenciar a sua correlação com o que é técnico e científico. Os sinais descritos pelos familiares caracterizam ao período cientificamente considerado da agonia, e remetem a um estado de gravidade e de terminalidade do doente internado.

DSC – SUAVIZANDO O TERMO MORTE

“Vai ter o conforto aqui até a hora que Deus chamá. Tá ali só esperando a vontade do Pai. Falei pros meus meninos: não vai sair dessa, não vai. A hora que for parar ou a hora que Deus quiser levar, né?! A gente só tá esperando o momento de partir... Eu sinto que tive muita paciência e tenho até hoje e vou até o fim. Então nós tá do lado dele até o final se Deus quiser. Igual meu vô, meu vô ele preparou nós, preparou ela, entendeu... já preparou e já... aí Deus levou. Quando se for simplesmente vai apagar, vai dormir... Quando eu cheguei aqui na porta e que eu olhei lá, parece que eu não tinha visto... uai Deus, cadê? Poderia ficar do mesmo jeito né, até a hora que Deus levar. Lógico que a gente não quer né... a gente quer dentro de casa, sorrindo, conversando... mas se for da vontade de Deus. Tá na mão de Deus e dos médico, entendeu, primeiramente Deus e aqui na Terra os médico. Não vai sair dessa, não vai... só se Deus abençoar. Porque olha as mão de Deus tá tudo ali em roda dele que era ocêis. Só Deus explica né. Não tá mais na mão dos médicos agora, mais tá na mão de Deus, e na hora que Deus levar né, mas vou até o fim se Deus quiser.”

Durante o roteiro de entrevista não foi realizado nenhum questionamento sobre a morte, no entanto, na construção dos discursos ficou nítido que em vários momentos os familiares remetiam a finitude dos seus entes queridos. Porém, foi perceptível que mesmo nos trechos nos quais se fazia uma alusão ao processo de terminalidade, os familiares não verbalizaram a palavra morte, para isso fizeram uso de eufemismos e evocação religiosa. Demonstraram algumas vezes temor sobre aquilo que poderia significar o fim da vida, e em outros momentos, palavras de esperança relacionadas a um desfecho melhor. Recorrer aos eufemismos, proteger as crianças para que não vivenciem a morte de alguém próximo, promover longas discussões entre os familiares e profissionais da saúde sobre contar ou não a verdade do fim próximo ao doente são as formas concretas de demonstrarmos o medo e a própria negação da existência da morte (KLÜBER-ROSS, 2017).

A morte ao longo da história sofreu modificações e passou de pública e esperada para temida e escondida, saiu do leito familiar para o cenário hospitalar, iniciando assim

pela sociedade ocidental um longo legado de negação. Historicamente, a morte que antes era uma certeza na vida de qualquer indivíduo e um acontecimento previamente declarado se tornou uma verdade a ser escondida no próprio seio familiar, no qual ninguém mais se sente preparado para contar ao moribundo que sua morte está próxima (ARIÈS, 2017).

Falar sobre a morte se tornou um tabu para a sociedade ocidental, pois ela abala os alicerces da convicção de imortalidade mentalmente alcançada. Diferentemente de outros tempos, é como se a negação do óbvio nos levasse a evitar o contato com o sofrimento que a palavra pode nos remeter (MACEDO, 2011). Kübler-Ross compartilha do pensamento de que “é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 6). Os avanços na ciência, a descoberta de vacinas e de antibióticos, o uso de quimioterapia nos distanciam cada vez mais da morte (KÜBLER-ROSS, 2017).

Para Ariès (2017), a aceitação da morte sofre transformações sutis na história e chega ao que conhecemos hoje: um evento temido que ocorre longe da família e de maneira solitária em um leito hospitalar. Por séculos e séculos ela permaneceu na sociedade de forma aceitável, era conhecida a morte de si, um evento público, ocorrido no leito familiar, sua chegada obedecia toda uma cerimônia organizada pelo moribundo e era aberta a todos, inclusive para as crianças. Nem todos lidam com a morte da mesma forma e isto proporciona um trabalho árduo que deve ser construído entre o doente, a família e os profissionais da saúde, pois lidar com a morte pode representar o fim de esperanças e de planos, gerando além da dor física e a perda social, uma dor fortemente emocional, aumentando a ansiedade e a tristeza pela proximidade da partida de alguém próximo (SAUNDERS, 2018).

O uso de palavras que remetem a crenças religiosas é uma forma de proteção que alguns indivíduos empiricamente encontram para suavizar o sofrimento iminente de perda, como sinal de esperança e conforto. Saunders aponta que fé para cada doente terminal “(...) era uma confiança amorosa e não a crença em doutrinas ou conceitos; na verdade, era algo que ela dificilmente expressava por palavras” (SAUNDERS, 2018, p. 34). Durante momentos difíceis se cria um espaço de comunicação com algo ou alguém superior a nós, sagrado, divino, um deus, que existe dentre de cada indivíduo. Faz-se uma conexão com essa força sagrada para que se permita que as coisas aconteçam, mesmo que elas não façam parte do nosso desejo (ARANTES, 2016).

DSC – PERCEBENDO OS CUIDADOS PALIATIVOS

“Depois que eu visito ele, elas me traiz aqui (sala multiprofissional) e me conta tudo. Tanta a psicóloga como a médica, mas a gente não tem nenhuma dúvida porque o que elas fala é tudo certo. Elas tava explicando o que que tava colocando a mais, o que

que tava tirando, tudo foi muito relatado certinho, né?! Eles estão fazendo o que pode né, estão fazendo tudo que tá no alcance deles. Eles fizeram o possível né, pra tentar reanimar, levantar ele de novo, só que aí entrou vários, vários fatores como o rim, a pressão caindo né, demais... pulmão, a medicação não tava conseguindo fazer o pulmão dele voltar ao normal. Eles fizeram muitas coisa por ele sim. Eles vão fazer o impossível, tipo assim, o impossível não, eles vão manter os remédios mas como ele não está reagindo nada, eles vão começar tipo assim: vai dar o conforto, tudo, mas assim, não deixar sofrer. O que eu entendi é assim: vai cuidando dele mais é uma coisa que você tá fazendo o possível pra ver se ele reage, e ele não tá se reagindo, mais por ele mesmo. Eu só perguntei se vai sofrer ou se tá sofrendo né?! Ele falou que não, que não tá sofrendo assim não, que não ia sentir dor, nem nada né, nem fome... A gente vê que não tá sentindo nenhuma dor. A mangureira não pesa nada mais tá calçada por baixo pra não judia dele. Eu não sinto assim que ele tá sofrendo. Eu tô mais confortável, entendeu, porque, a vó ali já tava sofrendo, tava bem fraca, tava debilitada, então, não tava comendo... tava sofrendo demais né, ali no quarto, naqueles cuidados, aquela dor, dava um remédio, não, aquela dor não passava.”

“Assim, pelo raciocínio que eu tive, paliativo é de pouco né?! Não é aquela pessoa que... é... vamos supor assim, abraça a causa, não, não, não vou cuidar e pronto. É aquela pessoa que só vai lá ajuda um pouquinho e volta, né, não tem aquela responsabilidade de cuidar aquela pessoa. Assim que eu entendi como paliativo. É os cuidados que ela falou agora na reunião? Ah, então tá, assim, como que fala, paliativo é... eles vão manter e tão mantendo mas sem um... sem regresso nenhum, entendeu?! É isso? É vai dar o conforto pra ela, entendeu, vai dar só conforto. Porque eles estão fazendo o possível e o impossível né, pra manter vivo ali né, então... Me explicou que não tem mais né, o que pode fazer já foi feito e que independente deles reanimar ou não vai ficar assim, que não vai ter melhora.”

O acolhimento à família faz parte do processo dos Cuidados Paliativos e nos discursos é perceptível essa questão que consiste em explicar os cuidados que o doente está recebendo. Também é imprescindível fazer com que os familiares participem desse processo, elemento crucial para um cuidado de excelência. Para que se faça Cuidados Paliativos é fundamental que se tenha um diagnóstico objetivo e embasado, se conheça a história da doença e se mantenha em uma relação acolhedora, respeitosa e de empatia com o doente e sua família, sendo estas partes fundamentais no planejamento dos cuidados com o primeiro. A família é tida como a “célula de identidade” do ser humano, seja ela biológica ou adquirida (parceiros, amigos...) e no momento de dificuldade e dor deve estar próxima e participar das decisões e dos cuidados, bem como ser igualmente cuidada (CARVALHO; PARSONS, 2012). Para Carvalho e Parsons os Cuidados Paliativos

requerem conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Valoriza-se a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer (CARVALHO, PARSONS, 2012, p. 31).

A família deve ser vista e acolhida como parte do processo dos cuidados paliativos, isso porque ela é diretamente afetada com a doença e com internação do ente doente. No processo de doença de um integrante do grupo familiar, muitas vezes os sujeitos não enfermos precisarão rever os papéis de cada um e a dinâmica de todo o grupo. A família adoece junto e por isso deve formar, juntamente com o doente, uma unidade de cuidado (SBGG, 2015). O envolvimento da família no desenvolvimento de uma doença grave em fase terminal é fundamental e indispensável, pois não se consegue ajudar o doente de forma eficaz sem contar com o apoio de seus familiares. Mas, no entanto, não se deve exigir a presença constante de qualquer um dos membros da família, pois assim como o doente, a família pode necessitar de um tempo longe do hospital para se organizar e recarregar suas energias, além do que pode precisar fugir um pouco da realidade para que tenha força para suportar os momentos que a presença se fizer mais necessária (KÜBLER-ROSS, 2017, MACEDO, 2011).

Os Cuidados Paliativos buscam olhar a singularidade e a totalidade de cada indivíduo em seu momento de morte, procurando aliviar seu sofrimento e suas dores, conceituadas como a dor total, que representa um complexo conjunto de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Além disso, a família do doente se torna uma unidade a ser igualmente cuidada (SAUNDERS, 2018). A dor é um dos sintomas da doença que mais causa angústia nos familiares de pessoas internadas em UTI. O controle da dor é considerado um dos cinco requisitos para uma boa morte. A dor física, aquela que pode ser visualizada e “sentida” pelos que estão a volta do doente é apenas um dos sofrimentos que devem ser suavizados. Para Santos (2009), o sofrimento físico é capaz de iniciar, prolongar e agravar a dor psicológica e espiritual.

Uma parte dos discursos dos familiares sobre os cuidados paliativos representou a palavra no sentido de se fazer pouco, ou apenas o ato de se dar o conforto. Essa visão remete apenas a parte de toda a complexidade que os cuidados paliativos representam, visto que os Cuidados Paliativos são embasados em princípios e dentre eles estão o de promover o alívio do sofrimento e o de ajudar o doente e seus familiares a viverem ativamente até o momento da morte (CARVALHO; PARSONS, 2012). Contudo, os Cuidados Paliativos devem ser moldados a cada indivíduo, visto que cada ser é único e representa da mesma forma desejos e necessidades únicas. Aqui, podemos compartilhar a visão de Menezes, na qual às vezes a “boa morte” não pode ser alcançada, mas com a manutenção da autonomia e da identidade doente, que seja proporcionado a morte “ao seu jeito”. Para ela, “seja alcançando uma ‘boa morte’, seja morrendo ‘a seu jeito’, a última etapa da vida deve ser construída buscando uma morte ‘com dignidade’” (MENEZES, 2004, p. 46).

DSC – CUIDADOS PALIATIVOS?

“Cuidado de... não, não conheço. Paliativo? Não. O que que é? Ah, já, eu já escutei,

mas eu não quis assim perguntar diretamente o que que é. Cuidados paliativos eu acho que eu já, já ouvi falar mas eu acho que eu não me lembro direito o que que é não. Esse eu não sei... pela palavra eu... Não, não, não. Isso nós queria saber mais nós num sabe. Cuidados eu já ouvi falar, mas não consigo entender ainda paliativo. Não, eu não entendo, só se você me explica o que é. A gente gostaria de saber do que se trata esse... essa doença dele”.

O último questionamento realizado durante as entrevistas foi justamente sobre o que sabiam ou conheciam a respeito dos Cuidados Paliativos, contudo, parte do grupo não conseguiu expressar seus saberes, e suas respostas negativas acabaram por sinalizar um desconhecimento não percebido durante o compartilhar das experiências vivenciadas com o ente em cuidados paliativos internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, foi possível observar que os familiares entendiam os cuidados dispensados aos seus entes na UTI, porém não conseguiram relacionar essa assistência ao termo médico - Cuidados Paliativos. A comunicação eficiente entre os agentes do cuidado, o doente e seus familiares deve ser feita em local calmo e que proporcione o diálogo, no qual os indivíduos possam falar e serem ouvidos (MORITZ, 2012). Moritz afirma que o “ser humano tem a tendência a entender a comunicação a partir de seu próprio conjunto de valores, características e paradigmas. (...) aquilo que diverge das nossas expectativas, tendemos a ignorar ou resistir, próprio do instinto de preservação” (MORITZ, 2012, p. 6-7). Para ela, no processo de comunicação o receptor é soberano, e sua capacidade de compreensão deve ser a todo o momento reavaliada pelo emissor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos alcançados pelas ciências médicas proporcionaram um alongamento inimaginável na linha, antes tênue, entre a vida e a morte; e isso, acrescido ao fato de que não se vivencia mais a morte de maneira pública e aberta, resultou em um contexto social e cultural no qual os indivíduos experimentam um sentimento de quase imortalidade. Ter um ente querido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em tempos tão tecnológicos pode fazer imergir um sentimento de culpabilização do indivíduo doente, visto que o agravo da saúde, no pensamento vigente na sociedade ocidental, nada mais é do que o reflexo das escolhas que o indivíduo realizou durante toda a sua vida.

Negar a morte, usar de crenças religiosas e de eufemismos foi a maneira que alguns familiares acharam para representar o possível processo de finalidade da vida que pudesse vir a sofrer o seu ente querido. Apesar de não mencionar o substantivo, a ideia que envolve a finitude não deixou de ser lembrada e representada pelos familiares entrevistados. Além disso, em um momento de forte tensão emocional, buscar o conforto daquele que está internado pode ser o melhor cuidado a ser empregado aos olhos daqueles que acompanham a evolução desfavorável da doença de um familiar. Assim, mesmo sem saber qual o termo

correto para esses cuidados, os familiares puderam representar em palavras o acolhimento pelos profissionais de saúde e o conforto alcançado através da assistência em Cuidados Paliativos.

Buscar uma melhoria na comunicação entre a família, o indivíduo doente e os profissionais de saúde é sem dúvida um caminho a ser explorado para divulgação daquilo que deveria ser realizado e exercitado com os pacientes gravemente enfermos, os Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Viana de Siqueira. Ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Tradução Luiza Ribeiro. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2014.
- BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-418, mai-jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2020.
- BRAGA, B. et al. Guia prático da abordagem da agonia. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 48-55, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2017000100015>. Acesso em: 22 jun. 2020.
- CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed., amp. e atual. Academia Nacional de Cuidados Paliativos: 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> >. Acesso em: 2 jun. 2020.
- IAHPC – International Association for Hospice & Palliative Care. **Palliative Care Definition**. Houston, 2018. Disponível em: <<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes. 10 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.
- LEFEVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo**. São Paulo: Andreoli, 2017.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, abr. /jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- MACEDO, J. C. G. M. **Educar para a morte: uma abordagem a partir de Elizabeth Kübler-Ross**. Coimbra: Almedina, 2011.
- MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004.
- MORAES, G. V. O. **Influência do poder biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade**. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, dez. 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-678033>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MORITZ, R. D. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

MORITZ, R. D. et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica”. **Revista Brasileira Terapia Intensiva (RBTI)**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-29, mar 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2020.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 11 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2015.

PAIS, C. et al. Uma boa morte: reconhecer a agonia a tempo. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 26, n. 3, p. 238-246, set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2019000300012>. Acesso em: 22 jun. 2020.

ROMANINI, M; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 206-229, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/51093>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

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

SAUNDERS, C. **Velai comigo: inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos**. Tradução Franklin Santana Santos. Salvador: FSS, 2018.

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Vamos falar de cuidados paliativos**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers-o-online.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUSA, J. F. A. O modo de produção capitalista e a subjetividade individualista subjacente: reflexos sobre a espacialidade urbana. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 70-95, 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41559>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WHO (World Health Organization). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WHO (World Health Organization). **Cancer - WHO Definition of Palliative Care**. WHO 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

ATENÇÃO A ESPIRITUALIDADE FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES TERMINAIS

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 07/11/2021

Roberta Gomes Gontijo

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Brasília- DF
<http://lattes.cnpq.br/2988121887387251>

Camila Beatriz de Lima Ferreira

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/4899951986041171>

Eduarda Paula Markus Xavier

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Brasília – DF
<http://lattes.cnpq.br/1781743193878340>

RESUMO: O presente estudo objetivou a exposição da benevolência da espiritualidade em pacientes já diagnosticados como terminais e se veem frente a um conjunto de condutas, os cuidados paliativos, que proporcionam uma melhora na qualidade de vida através de um agregado multifatorial que aborda não apenas a dor física, mas todas as demandas individuais desse paciente. Dessa forma, quando se trata de pacientes em casos terminais, tem-se presente a dor da terminalidade em um espectro físico e psicossocial, sendo este último vivenciado também por seus familiares e amigos. Como alívio dessa dor, a espiritualidade dentro dos Cuidados paliativos mostra-se como a resignificação da vida em meio a doença e por conseguinte, promovendo uma “boa morte”, ou seja, a

terminalidade da vida de forma leve, com intuito de diminuir as angústias, para os pacientes, para sua rede de apoio e para a equipe de saúde responsável por esses pacientes. Durante a pesquisa para essa revisão de literatura com exposição de evidências, foram utilizados 12 artigos de maior relevância em português e inglês, publicados entre 2016 e 2021, disponibilizados pelo PubMed e Scielo, mas foi notada uma ausência e provável dificuldade de estudos nesta área de ciências humanas relacionadas à espiritualidade de todos os envolvidos com esses pacientes frente à terminalidade da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Terminalidade da vida; Cuidados Paliativos.

ATTENTION TO SPIRITUALITY IN FRONT OF PALLIATIVE CARE IN TERMINAL PATIENTS

ABSTRACT: The present study aimed to expose the benevolence of spirituality in patients already diagnosed as terminal, and facing a set of behaviors, the palliative care, which provide an improvement in quality of life through a multifactorial set that addresses not only the physical pain, but all the individual demands of this patient. This way, when it comes to patients in terminal cases, the pain of terminality is present in a physical and psychosocial spectrum, this last being experienced also by their families and friends. As relief from this pain, spirituality within Palliative Care shows itself as the re-signification of life in the midst of the disease and consequently, promoting a “good death”, that is, the termination of life in a light manner, with the intention of diminishing anguish, for the patients,

for their support network and for the health team responsible for these patients. During the search for this literature review with evidence exposure, were used 12 articles of major relevance in Portuguese and English, published between 2016 and 2021, made available by PubMed and Scielo, but it was noted an absence and probable difficulty of studies in this area of human sciences related to the spirituality of all involved with these patients facing the terminality of life.

KEYWORDS: Spirituality; End of life; Palliative Care.

INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo é um conceito que é colocado em prática a partir do diagnóstico de patologias progressivas, graves e incuráveis. Foi conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um conjunto de condutas que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que passam por tribulações relacionadas a doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, através do tratamento da dor e atenção a demandas psicossociais e espirituais, o objetivo principal é o cuidado, e não a cura. (MANCHOLA et al, 2016). Em paralelo a essa definição temos também o significado etimológico do vocábulo “paliativo” que se origina do latim *pallium*, que remete a manto, ou seja, denota que os cuidados paliativos promovem uma proteção, um manto que abraça, reconforta, acalenta “aos que sentem frio”, posto que os pacientes que necessitam desses cuidados não são mais amparados pela medicina curativa e se faz necessário uma abordagem que supra suas demais carências. (BARBOSA et al, 2017). Os sujeitos que enfrentam doenças terminais constantemente se debruçam em crenças espirituais, essas que podem ou não estarem ligadas a religião, afinal o termo espiritualidade vem do latim *spiritus* ou *spirituali*, que significa sopro, refletindo a busca de significado que suplante o visível, com intenção de conexão com algo que seja maior que o próprio ser, como meio de superação de diversidades, busca por conforto, força, ânimo e de alguma forma a esperança. Contudo, é importante no cuidado em saúde distinguir o conceito da espiritualidade do de religiosidade. Religião é definida quanto a um sistema de crenças, amparada por valores e rituais, que muitas vezes advém da cultura do indivíduo. Desta forma a espiritualidade é uma vertente de suma importância nos cuidados de pacientes com doenças terminais. (ARRIEIRA et al, 2018).

OBJETIVO

À vista disso, este trabalho objetiva relatar o benefício da atenção à espiritualidade dentro das práticas de assistência aos pacientes diagnosticados como terminais, oferecendo-lhes uma vida de dignidade e reduzindo o sofrimento com o objetivo de promoção e melhora na qualidade de vida com atendimentos cada vez mais humanizados e integralizados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, baseado no método de revisão de literatura com exposição de evidências. A busca ativa foi realizada no PubMed e Scielo. Utilizaram-se os descritores combinados com o operador booleano AND: “Spiritual care AND Palliative Care”, pesquisados no Medical Subject Headings (MeSH). Foram pesquisados artigos nos idiomas português e inglês, publicados entre 2016 e 2021. Foram encontrados 1.277 artigos, destes, foram excluídos todos os artigos duplicados ou não disponíveis para acesso e também, os que não contemplavam a temática proposta neste trabalho. Logo, dessa forma, permaneceram apenas 12 estudos de maiores relevâncias. Não há conflitos de interesse nesse estudo.

DESENVOLVIMENTO

As consequências da terminalidade em um paciente sugere efeitos drásticos no âmbito emocional. Muitas vezes o estado interior depreciativo modula o avanço dos sintomas e corrobora para um mau prognóstico, posto que, a angústia avulta sofrimentos físicos. (O'BRIEN et al, 2019). Assim que o objetivo deixa de ser a cura, passa-se a focar na resignificação da vida em meio à doença, isso devolve ao paciente a capacidade de transcender e experienciar a situação de forma mais leve e aprazível. (EVANGELISTA et al, 2016) (SPECK, 2016). Fundado no século XX, por Cicely Saunders, este tipo de tratamento deu início à chamada “boa morte”, sem tratamentos e práticas consideradas obstinadas, esta pressupõe a busca por um fim de vida tranquilo próximo aos familiares, marcado pelo respeito aos anseios do enfermo num espaço onde possa se tranquilizar. Nesse contexto, em pacientes sob cuidados paliativos, a espiritualidade se configura como um caminho para que possam lidar com a terminalidade sem angústia, por reduzir o sofrimento e a dor provocadas pelas doenças incuráveis. (EVANGELISTA et al, 2016) (BARBOSA et al, 2017) (MANCHOLA et al, 2016) (ARRIEIRA et al, 2018). Nestes casos, o adoecer e a espiritualidade estão atrelados com a aceitação da finitude, assim como a revalorização da vida. Vivenciar a terminalidade propicia a busca por um entendimento do processo da morte por meio de crenças relacionadas ao pós-morte e pela vivência da transcendência - este entendimento vai além de religião ou crenças, (MANCHOLA et al, 2016) uma vez que, não é algo concreto e palpável e, portanto, necessita de um amplo desenvolvimento da sensibilidade e amadurecimento do poder de abstração, para poder permitir sentir as vibrações da espiritualidade agindo sobre a doença e promovendo cura. A espiritualidade estará envolvida tanto no processo do paciente terminal, quanto no dos familiares e em relação, também, aos profissionais da saúde. (BENITES, et al, 2017) (BARBOSA et al, 2017) (ARRIEIRA et al, 2018) (DEL CASTILLO et al, 2020). Tratando-se da espiritualidade dos profissionais de saúde, os quais trabalham com cuidados paliativos, sabe-se que esta é muito importante e coopera para a realização cotidiana de seu trabalho.

Parte-se do fortalecimento do trabalhador, fator que reflete em sua atuação. (ARRIEIRA et al, 2018). Esse profissional porventura compreenderá o sofrimento resultante de todo o processo vivido pelo paciente, buscando mecanismos que minimizem o impacto da terminalidade nesse indivíduo. Faz-se fulcral que a equipe multidisciplinar se envolva no estímulo à prática da espiritualidade nos cuidados paliativos, reforçando e melhorando o cuidado espiritual como instrumento de promoção à qualidade de vida. À vista disso, torna-se importante verificar a formação acadêmica em saúde. Os estudantes não estão devidamente preparados para defrontar com tais questões, inabilitando-os nos cuidados de pacientes terminais. A consecução de práticas que valorizem o ser humano, em âmbito humanístico, de sensibilidade e empatia possibilita o cuidado da terminalidade para além das necessidades físicas. Além do mais, os profissionais que não são capazes de entender seus próprios sentimentos sobre a morte, não terão capacidade de ajudar seus pacientes no enfrentamento de suas questões em defronte com a terminalidade da vida. (ARRIEIRA, 2013). O exercício da espiritualidade torna os profissionais mais sensíveis às necessidades dos pacientes, viabiliza um modelo de cuidado mais abrangente e mais humanizado. Além disso, quando existe um amplo espectro de espiritualidade e apoio espiritual percebido na equipe de saúde, as necessidades espirituais das famílias dos pacientes, fragilizadas diante da finitude da vida, também são contempladas. (BENITES, et al, 2017) (BARBOSA et al, 2017) (ARRIEIRA, 2013) (ROMAN et al, 2020). Por conseguinte, há uma grande avaliação positiva em relação da implantação da espiritualidade no cuidado com os pacientes terminais, mas ainda há uma necessidade de um aprimoramento dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento aprofundado da espiritualidade, de forma a cuidar, confortar e tranquilizar o paciente e sua família, de forma que consiga abranger e superar naturalmente as questões existenciais, comumente referidas pelos pacientes em estágios terminais, além de colaborar para uma boa adesão do tratamento e boas respostas ao avanço clínico de tal enfermidade. (BARBOSA et al, 2017) (GOBATTO et al, 2013) (KNIGHTS et al, 2020). Em epítome, a abordagem paliativa unida à holística demonstra grande enriquecimento no manejo de pacientes internados em fim de vida. (MANCHOLA et al, 2013) (MATHEW-GEEVARGHESE et al, 2019).

CONSIDERAÇÕES

Dor e sofrimento possuem conceituações diferentes, de modo que, a dor é um distúrbio em parte específica do corpo e o sofrimento é uma inquietação do indivíduo como um todo. A dor pode ser contida por intermédio de medicamentos, enquanto o sofrimento é algo intrínseco e pede por significado maior. Destarte, a espiritualidade mostra-se como um mecanismo de procura por um sentido que de alguma forma justifique os sofrimentos e barreiras encontrados em momentos da vida, tendo enorme relevância no processo saúde e doença. (BARBOSA, 2017). Quando o paciente e sua rede de apoio vivenciam o

processo de adoecimento tido como terminal, a busca pelo sentido vida e morte tornam-se um objeto de reflexão, e encontrar algum mecanismo de apoio que sustente o sofrimento proporcionado por essa condição emergem como forma de superação e cura em uma dimensão espiritual, uma vez que a linguagem inconsciente da fé precisa ser despertada para poder se expressar e manifestar os sinais de evolução. Iniciando assim, uma possível aceitação da morte e a partir daí, quando for concretizada a inevitabilidade da morte, dá-se início a vivência do presente e fim da projeção vida futura, proporcionado pela ressignificação de valores, momentos e do próprio conceito de vida e morte. (GOBATTO, 2013). Assume-se que os benefícios da espiritualidade não são exclusivos aos pacientes terminais e suas famílias, mas abarca também o trabalho e a vida pessoal dos profissionais de cuidados paliativos, pois fortalece o ser como um todo, repercutindo em sua atuação profissional e atenuando situações estressantes. Isto posto, fomenta-se a importância da necessidade do ensinamento de cuidados paliativos juntamente com a atenção a espiritualidade durante as formações da área da saúde, para que esses profissionais saibam lidar de forma genuína com a terminalidade, em especial as próprias demandas sobre a morte, uma vez que, dúvidas sobre as próprias questões, poderão gerar impasses em enfrentar a morte do outro, afastando por vezes o paciente de si e tratando-o apenas suas necessidades físicas. Mostra-se crucial a iniciativa da qualificação profissional, em espiritualidade e sensibilidade do ser, dos cuidadores e demais profissionais das equipes de cuidados paliativos de modo que amplie o número de pacientes que possam vir a ser beneficiados por este modelo de intervenção. (SPECK, 2016). Por fim, o cuidado paliativo em contraste com a espiritualidade corrobora para que o indivíduo seja tratado de forma a visar a humanização do morrer, em outros termos, a boa morte. (BARBOSA, 2017) (ARRIEIRA, 2013). Após a confecção deste estudo, ficou evidente a carência de estudos nesta área que une as verdades da ciência com as verdades dos campos abstratos e subjetivos do ser humano e sua interação com as crenças divinas e a maneira como ela norteia os princípios, os valores e os modos a lidar com os fenômenos naturais da vida de um indivíduo. Com a ampliação dos estudos sob essa temática, possivelmente, haveria maior incentivo e disseminação da execução prática de trabalho da espiritualidade com os enfermos.

REFERÊNCIAS

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

BARBOSA, Roberta Maria de Melo et al. Spirituality as a coping strategy for families of adult patients in palliative care. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 1, p. 165-182, 2017.

BENITES, Andrea Carolina; NEME, Carmen Maria Bueno; DOS SANTOS, Manoel Antonio. Significance of spirituality for patients with cancer receiving palliative care/Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 269-280, 2017

DEL CASTILLO, Fides A. Saúde, espiritualidade e Covid-19: Temas e percepções. **Jornal de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, pág. e254-e255, 2021.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

KNIGHTS, Daniel; KNIGHTS, Felicity; LAWRIE, Iain. Upside down solutions: palliative care and COVID-19. **BMJ Supportive & Palliative Care**, 2020.

MANCHOLA, Camilo et al. Palliative care, spirituality and narrative bioethics in a Specialized Health Care Unit. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, 2016.

MATHEW-GEEVARUGHESE, Sally E.; CORZO, Oscar; FIGURACION, Elizabeth. Cultural, Religious, and Spiritual Issues in Palliative Care. **Primary care**, v. 46, n. 3, p. 399-413, 2019.

O'BRIEN, Mary R. et al. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 1-2, p. 182-189, 2019.

ROMAN, Nicolette V. ; MTHEMBU, Thuli G .; HOOSEN, Mujeeb. Cuidado espiritual - 'Uma imunidade mais profunda' - Uma resposta à pandemia de Covid-19. **Jornal Africano de Cuidados de Saúde Primários e Medicina Familiar**, v. 12, n. 1, pág. 1-3, 2020.

SPECK, Peter. Culture and spirituality: essential components of palliative care. **Postgraduate medical journal**, v. 92, n. 1088, p. 341-345, 2016.

Data de aceite: 01/02/2022

Anelise Levay Murari

<http://lattes.cnpq.br/9574407543164238>

Helanio Veras Rodrigues

<http://lattes.cnpq.br/1711882550403939>

Jean Carlos Levay Murari

<http://lattes.cnpq.br/9349589016262491>

Daniel Capalonga

<http://lattes.cnpq.br/6407891491046254>

Murilo Barboza Fontoura

<http://lattes.cnpq.br/5667815015026365>

Rosangela Ferreira Rodrigues

<http://lattes.cnpq.br/3790250732811956>

<https://orcid.org/0000-0001-9023-4860>

RESUMO: A ciência da Bioética é importante ferramenta no exercício da medicina principalmente nos aspectos envolvidos com a terminalidade da vida, pois orienta-se basicamente por quatro princípios: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Estes princípios podem ser orientadores para justificar as práticas médicas e as ações humanas na área das ciências da vida e dos cuidados de saúde. Na prática clínica, a tomada de decisão para a limitação de esforços terapêuticos é complexa e deve envolver o indivíduo, a família e a equipe multiprofissional. Desse modo, a morte digna deve ser fruto de uma decisão consciente e informada do paciente ou seus responsáveis legais.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Eutanásia, Suicídio Assistido.

DEATH AND DYING: THE BIOETHICAL ASPECTS

ABSTRACT: The science of Bioethics is an important tool in the practice of medicine, especially in the aspects involved with the end of life, as it is basically guided by four principles: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. These principles can be guiding principles to justify medical practices and human actions in the area of life sciences and healthcare. In clinical practice, decision-making to limit therapeutic efforts is complex and must involve the individual, the family and the multidisciplinary team. Thus, a dignified death must be the result of a conscious and informed decision by the patient or their legal guardians.

KEYWORDS: Hospice Care, Euthanasia, Suicide Assisted.

1 | INTRODUÇÃO

A rotina imposta aos profissionais da saúde é bastante ampla: curar a enfermidade, cuidar da insuficiência orgânica, restabelecer a função, compensar a perda, aliviar os sofrimentos, confortar pacientes e familiares e acompanhar, ativa e serenamente, os últimos momentos da vida do paciente. Assim, exige principalmente do médico equilíbrio nas tomadas de decisões, reconhecendo a finitude humana e as limitações da ciência médica e evitando a

persistência terapêutica em circunstância de terminalidade da vida, sem, entretanto, deixar de proporcionar todos os benefícios oferecidos pelos avanços do conhecimento científico (GOMES et al., 2014).

Aliado ao profissional prescriptor, é importante ressaltar o papel fundamental da equipe multidisciplinar nas tomadas de decisões. Através da cooperação de profissionais com diferentes habilidades, a determinação da conduta final torna-se mais confiável e racional (SOUKUP et al., 2018). Dessa forma, a equipe multiprofissional faz com que as soluções sejam harmônicas, com mais convicção na comunicação, uma vez que todas as escolhas impactam diretamente para a construção de um objetivo comum, o bem-estar do paciente (BUGGY; MOORE, 2017).

Neste contexto, a ciência da Bioética é importante ferramenta no exercício da medicina, pois orienta-se basicamente por quatro princípios: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (MORITZ et al., 2012). Estes princípios podem ser orientadores para justificar as práticas médicas e as ações humanas na área das ciências da vida e dos cuidados de saúde (KOERICH et al., 2005).

A legislação brasileira, também apresenta eixos norteadores para o exercício da medicina e tomada de decisões, acerca dos conceitos de ortotanásia, distanásia, eutanásia, suicídio assistido, limitação ou adequação do esforço terapêutico e cuidados paliativos. Portanto, este trabalho possui a temática “A morte e o morrer” e tem como objetivo descrever os conceitos da terminalidade da vida do ponto de vista conceitual, legislativo e crítico.

2 | METODOLOGIA

Buscando sintetizar o estado-da-arte da área, ou seja, mapear como a literatura clássica e a mais recente tratam a temática “A morte e o morrer”, foi escolhido como ponto de partida a análise da Constituição da República Federativa do Brasil e do Código de Ética Médica e a seguir foi realizado o levantamento da literatura clássica e artigos nos portais de busca (SCIELO e Google Acadêmico) com os seguintes descritores de busca: cuidados paliativos, terminalidade da vida, eutanásia, suicídio assistido, ortotanásia, distanásia, limitação ou adequação do esforço terapêutico.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil e o Código de Ética Médica são norteadores para o exercício profissional do médico no Brasil dentro do tema “A morte e o morrer” (Brasil, 1998; Conselhos de Medicina, 2017). A partir dos conceitos constitucionais em relação a vida e morte do cidadão o Conselho Federal de Medicina elaborou as condutas pertinentes à profissão.

A Constituição Federal traz o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, bem como o direito à vida e protege, de maneira implícita, o direito à morte digna. Entretanto,

a morte digna envolve questões polêmicas dos pontos de vista jurídico, religioso, social, médico e filosófico, cabe dizer que a lacuna normativa gera insegurança jurídica (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

O Código de Ética Médica vem suprir a lacuna constitucional ao destacar a relevância da comunicação e do respeito às vontades do paciente para a melhora de seu bem-estar ao fim da vida. Essa mudança de paradigma enfatiza a transição do foco da assistência médica da cura para o cuidado, principalmente em situações que podem prolongar a vida (COSTA et. al., 1998).

De acordo com Código de Ética Médica (2017, p.19) “É vedado ao médico: Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar algum dano, devendo, nesse caso, comunicar a seu representante legal.” Juntamente com o Artigo número 22 do Código de Ética Médica (2017, p.17) “É vedado ao médico: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. Estes artigos reforçam o princípio da Autonomia do paciente ao oportunizar a possibilidade de uma morte digna ao cidadão, uma vez que a Autonomia significa ter consciência do direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Em pediatria a Autonomia do paciente está ausente ou limitada, assim os responsáveis legais respondem pelos melhores interesses da criança, até que esta atinja um grau de desenvolvimento e maturidade que lhe permitam participar das decisões a respeito de sua saúde (LOCH, 2002). Divergências entre a equipe de saúde e os responsáveis legais podem resultar que as decisões recaem na esfera judicial, resultando em sofrimento para todas as partes envolvidas, uma vez que, as relações entre médico-paciente-família são pautadas por nuances pouco acessíveis aos julgadores. Portanto, uma abordagem humanista da relação médico-paciente-família, sobretudo em situações relacionadas a cuidados de pacientes com doenças progressivas e incuráveis, deve ser levada em conta por todos os agentes envolvidos no tratamento, a fim de evitar a judicialização de decisões médicas (DADALTO; AFFONSECA, 2018).

A temática “A morte e o morrer” passou a ser assunto proeminente na Bioética a partir dos anos de 1990, impulsionada pelo avanço da tecnologia médica (COSTA et. al., 1998). Além disso, com a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, ocorreu aumento no número de pessoas que passaram a ter acesso às inovações na saúde, prolongando a vida e ampliando as dúvidas sobre quais seriam as condutas de cuidado adequadas para pacientes em fase terminal.

Desse modo, a morte digna deve ser fruto de uma decisão consciente e informada do paciente ou seus responsáveis legais. Neste quadro, cabe ao médico respeitar a vontade do paciente que escolhe evitar tratamentos extraordinários, que apesar de prolongarem o

período de vida, prejudicam sua qualidade.

A discussão sobre o fim da vida remete à preocupação de defesa da dignidade também nessa fase terminal e grande parte da discussão gira em torno dos meios para alcançar esse fim (Figura 1). O debate torna-se mais complexo devido às terminologias que podem não ser muito claras sobre o que é condenado ou aprovado (PESSINI, 2004). Assim, é necessário proceder à distinção conceitual entre distanásia, eutanásia, suicídio assistido, ortotanásia, limitação ou adequação do esforço terapêutico e cuidados paliativos.

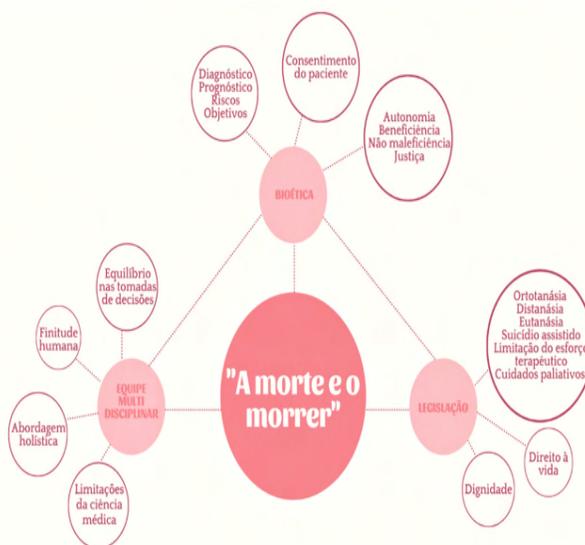


Figura 1. Aspectos envolvidos na terminalidade da vida.

A distanásia é caracterizada por um conjunto de tratamentos médicos que visam estender a sobrevivência do paciente em fase terminal, deixando em segundo plano a qualidade de vida do paciente (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). No atual Código de Ética Médica notamos uma importante mudança de ênfase, que vem sendo construída ao longo do tempo, de que o objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa, mas para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-la ou não. O princípio da beneficência norteia a essência das condutas médicas, visando garantir a saúde do paciente e o seu bem-estar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Um enfermo terminal apresenta sofrimento, tanto físico como emocional e psíquico. Prolongar a vida de um paciente nessa condição certamente não significa promover a beneficência. Entretanto, a distanásia, pode ser uma escolha do paciente e cabe ao médico informá-lo das consequências acerca de sua qualidade de vida.

A eutanásia e a distanásia, como procedimentos médicos, têm em comum a

preocupação com a morte do ser humano e a maneira mais adequada de lidar com isso. Diferente da distanásia, a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final (COSTA et al., 1998; SANTOS et al., 2014). Entretanto, no Brasil essa prática médica é criminalizada pelo Código Penal e, portanto, não pode ser uma escolha médica ou do paciente.

O suicídio assistido se caracteriza por uma decisão da pessoa gravemente enferma que escolhe dar fim à própria vida. É a ação do próprio indivíduo que causa sua morte. Entretanto, existe a participação de um terceiro que o auxilia de qualquer maneira, sob a forma de assistência material ou moral e este será penalizado, mesmo que a prática tenha ocorrido por sentimento de compaixão (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). No Brasil, o suicídio assistido é crime previsto pelo Código Penal:

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência. (BRASIL, 1940).

A principal diferença entre o suicídio assistido e a eutanásia está na pessoa cuja ação diretamente causará a morte. No suicídio assistido é o enfermo que causa a própria morte, sendo o auxiliador mero veículo para sua efetivação. Por sua vez, a eutanásia, como se verá, pressupõe que o ato que leva o paciente à morte seja praticado integralmente por terceiros, movidos por compaixão (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

A ortotanásia é uma prática lícita que visa o bem-estar do paciente em fase terminal (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). Nessa prática, as equipes de saúde fornecem os avanços tecnológicos e espirituais para a melhoria da qualidade de vida ao final da vida.

A ortotanásia encaixa-se nessa linha de práticas como a melhor escolha para pacientes com doenças em estado terminal, com intenso sofrimento físico e psíquico. Ao praticar a ortotanásia o médico não estaria agindo com negligência, imperícia ou imprudência, em regra. Porque se pressupõe que, para que a ortotanásia se configure, é preciso que o médico avalie o prognóstico do paciente, preocupando-se com sua “qualidade de morte” e autonomia, converse sobre o fim da vida, tratamentos possíveis e administre cuidado paliativo.

As discussões a respeito das condutas de limitação de esforço terapêutico (LET) são frequentes nas unidades de terapia intensiva e na especialidade médica oncológica e são também importantes em contextos hospitalares de internação de longa permanência

para vítimas de grandes traumas e agravos, que necessitam de cuidados prolongados à saúde e de reinserção social. Na prática clínica, a tomada de decisão para LET é complexa e deve envolver o indivíduo, a família e a equipe multiprofissional (GOMES et al., 2014).

Neste sentido a limitação de esforço terapêutico tem que levar em consideração a perspectiva de uma tomada de decisão complexa, multifacetada e acompanhada pela intensificação dos cuidados paliativos, buscando evitar decisões unilaterais, lineares e simplistas. Nessa lógica, objetivando a melhor qualidade de vida dos enfermos, a efetivação de práticas integrativas e complementares que contribuam com resultados benéficos por meio de uma visão mais holística e humanitária dos seres podem servir como alternativa terapêutica para amparar os pacientes no controle de suas emoções (BRASIL, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o cuidado paliativo é uma abordagem de melhoria da qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2018). Os cuidados paliativos visam o conforto do paciente, sem interferir propriamente na evolução da doença, como por exemplo a analgesia e outras medicações sintomáticas, a higienização e a atenção devida ao paciente e à família em um momento de dificuldade. O amplo acesso a cuidados paliativos ainda é restrito à maioria dos pacientes, pois exige equipes hospitalares multidisciplinares e o emprego de medicamentos muitas vezes de difícil acesso para administrações domiciliares. Uma vez que abordar o sofrimento envolve cuidar de questões além dos sintomas físicos, inclui atender às necessidades práticas de apoio ao paciente e seus familiares que envolvem o atendimento ao luto.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da distinção teórica dessas definições, os limites conceituais na prática clínica ante paciente de longa permanência hospitalar com lesão encefálica grave, por exemplo, podem por vezes não ser tão nítidos, levando em consideração a pessoa internada, a família, a equipe multiprofissional e os aspectos bioéticos.

Assim, a tomada de decisão clínica quanto a não aplicação ou suspensão de medidas terapêuticas, nesse perfil clínico, exige reflexões constantes sobre a relação entre prognóstico de vida e de qualidade de vida futura, durante todo o período de internação. Diante disso, uma perspectiva humanizada da morte e do morrer deve ser desenvolvida na formação de todos os profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4ed. New York: Oxford University Press, 1994. 546 p.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dezembro de 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, 2019. Acessado em 23 nov. 2021. Online. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics>.

BUGGY, A.; MOORE, Z. The impact of the multidisciplinary team in the management of individuals with diabetic foot ulcers: a systematic review. **Journal of wound care**, v. 26, n. 6, p. 324-339, 2017.

CONSELHOS DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Direitos dos Pacientes**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017. 88p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: **CFM**, 2012.

COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, G. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

CRUZ, M. L. M.; OLIVEIRA, R. A. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 21, n.3, p. 405-411, 2013.

DADALTO, L.; AFFONSECA, C. A. Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 26, n. 1, p. 12-21, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261221>

GOMES, H. A. et al. Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 22 n. 2, p. 282-290, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222009>

KOERICH, M. S., MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto Enferm.** v. 14, n. 1, p.106-110, 2005.

LOCH, J. A. Uma Introdução à Bioética. **Temas de Pediatria Nestlé**, n.73, p. 12-19, 2002.

MORITZ, R. D.; ROSSINI, J. P.; DEICAS, A. Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 19-32.

PESSINI, L. **Eutanásia: Porque abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care** [Internet]. Disponível: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 16 jun 2018.

SANTOS, D. A. et al. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Rev. bioét.** (Impr.) v. 22, n. 2, p. 367-372, 2014 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222018>.

SOUKUP, T. et al. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 11, p. 49, 2018.

CAPÍTULO 7

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA PRÉ-ESCOLARES QUE FREQUENTAM E. M. MARISA VALERIO PINTO BRAGANÇA PAULISTA - SP

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 18/11/2021

Ana Carolina Godoy Scrociato

Graduanda no curso de odontologia da
Universidade São Francisco (USF)
SP, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/6310746707672145>

Ana Carolina da Graça Fagundes

Docente do curso de Odontologia,
Coordenadora do Projeto CEO-USF,
Orientadora no Programa de Iniciação
Científica, Universidade São Francisco (USF)
SP, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/8454252322509331>

RESUMO: As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em escolas, auxiliadas pela equipe multiprofissional da atenção primária junto às educadoras e à comunidade são importantes na educação em saúde e cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida, para que desde cedo as crianças aprendam e sejam estimuladas. Os levantamentos epidemiológicos oferecem uma base segura para avaliar a condição atual de saúde bucal de uma população ou determinados grupos de pessoas. O objetivo do trabalho é fazer um levantamento na Escola Municipal Marisa Valério Pinto e incentivar melhorias nas escovações e hábitos saudáveis, auxiliados por atividades lúdicas educativas. Com este estudo houve o resultado no primeiro levantamento de que de 150 crianças

71,3% não apresentavam cárie, 1,3% dente restaurado, 6% lesão de cárie crônica, 6,6% mancha branca ativa, 6,6% lesão de carie classe I de Black, 2% lesão de carie classe II, III, IV, ou V sem dor, e 6% comprometimento pulpar e ou periapical com dor, já segundo levantamento houve um pequeno aumento na experiência de cárie, de 112 crianças, obteve-se 67% com ausência de cárie, 3% dentes restaurados, 6% carie crônica, 4% mancha branca ativa, 4% lesão de carie classe I, 9% lesão de cárie classe II, III, IV, ou V e 7% comprometimento pulpar e ou periapical. Porém, o biofilme visível de 79% presente no primeiro levantamento diminuiu para 65% no segundo, nos levando a concluir que as atividades feitas entre um levantamento e outro auxiliaram numa melhora da higiene bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção de saúde, prevenção, higiene bucal, pré-escolares.

PROMOTION AND EDUCATION IN ORAL HEALTH FOR PRESCHOOLS WHO ATTEND E. M. MARISA VALERIO PINTO BRAGANÇA PAULISTA - SP

ABSTRACT: The actions of health promotion and prevention of diseases in schools, assisted by the multiprofessional team of primary care with educators and the community, are important in health education and care with oral hygiene in the first years of life, so that children from an early age can learn and be stimulated. Epidemiological surveys provide a secure basis for assessing the current oral health status of a population or certain groups of people. The objective of the work is to make a survey at the Municipal School Marisa Valério Pinto and encourage improvements in

tooth brushing and healthy habits, aided by educational activities. With this study, the first survey revealed that of 150 children, 71.3% had no caries, 1.3% had a restored tooth, 6% had a chronic caries lesion, 6.6% had a white spot, 6.6% had caries class II, III, IV, or V without pain, and 6% pulp and / or periapical involvement with pain. Secondly, there was a small increase in the caries experience of 112 children, 67% with caries absence, 3% restored teeth, 6% chronic caries, 4% active white spot, 4% caries lesion class I, 9% caries lesion class II, III, IV, or V and 7 % pulp and / or periapical impairment. However, the 79% visible biofilm present in the first survey decreased to 65% in the second, leading us to conclude that the activities performed between one survey and another helped to improve oral hygiene.

KEYWORDS: Health promotion, Prevention, Oral hygiene, Preschooler.

INTRODUÇÃO

No final do paleolítico (12 mil a 10 mil anos a.C.), o homem começou a produzir e processar seu próprio alimento, com o surgimento do pão em sua forma primitiva, a cárie dentária passou a ser encontrada em 60 a 70% dos crânios recuperados daquele período (Moore & Corbett, 1971 apud Narvai, 2000). Mas ocorria em pequeno número e frequente em adultos do que em crianças e adolescentes (Moore & Corbett, 1973 apud Narvai, 2000).

Foi a partir do século XVII que esse padrão começou a mudar. A ampliação do consumo de açúcar de cana, pelas elites metropolitanas e por todos nas colônias que o produziam nos séculos XVII e XVIII, fez a cárie tornar-se frequente nesses grupos (Gilberto Freyre 1933 apud Narvai, 2000).

A doença cárie é um problema social, comportamental e odontológico. A abordagem integral da cárie dentária requer a compreensão da estrutura e funcionamento da família, costumes, hábitos alimentares e nível socioeconômico (SAITO, 1999).

Um estudo nacional constatou uma expressiva redução nos índices de cárie na população escolar (BONOW, 2004) porém, taxas de prevalência e incidência relativamente mais elevadas ainda são observadas em crianças em idade pré-escolar, particularmente nos grupos com condições menos favoráveis de vida (NARVAI, 2006; MARTHALER, 2004; DINI, 2000).

Diante disso, além dos estudos que investigam variáveis biológicas e comportamentais associadas à cárie dentária pré-escolar, tem se observado um interesse crescente pela investigação dos determinantes socioambientais envolvidos na ocorrência do agravo nessa população (HALLETT, 2006; DINI, 2000; MELLO, 2008; PINE, 2004).

Dados do último levantamento epidemiológico de abrangência nacional realizado no Brasil mostraram elevados índices de cárie na população pré-escolar, além de um padrão heterogêneo de distribuição da sua ocorrência entre regiões do país, sendo as localidades menos favorecidas as mais afetadas (SB BRASIL, 2010).

Nos últimos anos, visando à promoção da equidade em saúde e à melhoria da qualidade de vida da população, o Ministério da Saúde tem desenvolvido políticas públicas de saúde bucal amplas, com foco no cuidado integral à saúde para todas as idades

(BEIGHTON, 2004). A partir de 2001, é iniciada a expansão contínua do setor integrada às proposições da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, ainda são verificadas dificuldades de implantar uma atenção à saúde bucal ampla e efetivamente universal (BRASIL, 2004).

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em instituições de educação infantil podem ser realizadas pela equipe multiprofissional da atenção primária em saúde junto às educadoras e à comunidade. Essa parceria entre saúde e educação deve estar inserida no projeto políticopedagógico dos centros de educação infantil, levando-se em consideração o respeito à competência e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas, bem como à diversidade sociocultural de cada local (BRASIL, 2004).

Considerando que os pré-escolares estão desenvolvendo habilidades afetivas, sociais, motoras e de linguagem as quais permitem maior autonomia para seu cuidado pessoal, e para participação ativa em sua rotina no domicílio e nas instituições de educação, é relevante que sejam promovidos comportamentos saudáveis nesta faixa etária, visando à consolidação dos mesmos nos anos seguintes (ANTUNES, 2010).

OBJETIVO

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a prevalência de cárie dental, desenvolver o domínio cognitivo, afetivo, psicomotor da criança e promover saúde bucal. Também buscou-se estreitar a relação entre a Universidade e a Secretaria de Educação de Saúde

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal descritivo e observacional. A população alvo foram os pré-escolares que frequentam a Escola Municipal Marisa Valério Pinto. Esta recebeu visitas periódicas semanais dos participantes voluntários continuamente orientados pelos docentes da Universidade São Francisco de Assis para esse fim.

Utilizamos a metodologia preconizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para levantamentos epidemiológicos em odontologia que consiste em: exames realizados ao ar livre sob luz natural indireta, pela manhã, os examinadores sempre com o campo de visão na altura da criança, quando necessário apoiava a criança sobre as pernas para poderem avaliar, tentando manter o máximo de biossegurança em um ambiente aberto. (OMS, 1997).

PRESENÇA DE CÁRIE	
RISCO A	Ausência de cárie ou história progressiva de cárie
RISCO B	Presença de dente restaurado
RISCO C	Presença de situação de lesão de cárie crônica e/ou presença de restauração provisória
RISCO D	Presença de mancha branca ativa
RISCO E	Presença de lesão de cárie tipo Classe I de Black, sem comprometimento pulpar evidente (sem dor)
RISCO F	Presença de lesão de cárie tipo Classes II, III, IV, ou V de Black, sem comprometimento pulpar evidente (sem dor)
RISCO G	Comprometimento pulpar e ou periapical: presença de dor, pulpite, abscesso e/ou focos residuais
PRESENÇA DE BIOFILME	
NEGATIVO (-)	AUSÊNCIA DE PLACA E/OU GENGIVITE
POSITIVO (+)	PRESENÇA DE PLACA E/OU GENGIVITE

Quadro 1. Classificação de risco da doença cárie em pré-escolares preconizada pela OMS (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO/SP, 2012 apud NETO, 2017).

Durante as visitas foram realizadas atividades de educação e promoção de saúde bucal por meio de palestras, oficinas e atividades lúdicas. Além disso, com intuito de estimular a multiplicação do conhecimento, foram realizadas dramatizações que simulam o dia a dia dos escolares, o que ajuda a elucidar a influência dos novos saberes.

Ações de promoção de saúde foram desenvolvidas a partir de orientações sobre higiene bucal, corporal, dieta menos cariogênica, supervisão de escovação e uso do fio dental. Grande parte do material didático-pedagógico utilizado foram confeccionados pelos acadêmicos, sob orientação e supervisão dos docentes da disciplina de Odontologia Preventiva. As atividades foram desenvolvidas utilizando as instalações físicas da escola participante, sendo que os recursos materiais (projeto de slides, aparelho de som, DVDs, espelho, escova de dente e dentífrico) foram fornecidos pela Universidade e pela prefeitura.

Como critério de inclusão, tivemos: Crianças de 0 a 5 anos devidamente matriculadas na Escola Municipal Marisa Valério Pinto e que possuíam autorização dos responsáveis para participar.

Os dados coletados foram classificados quanto ao risco de cárie e analisados em Excel e apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética CAAE (77495517.0.0000.5514), foram realizadas reuniões com as professoras e direção da escola para pactuar as ações de

saúde a foram realizadas. Em seguida os alunos de graduação foram capacitados e calibrados para o levantamento epidemiológico na escola.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro levantamento epidemiológico realizado em junho de 2018, foram examinadas 150 crianças de faixa etária de 0 a 5 anos.

Obteve-se 71,3% dos pré-escolares com ausência de cárie, 1,3% apresentavam dentes restaurados, 6% presença de situação de lesão de cárie crônica e ou presença de restaurações provisória, 6,6% presença de mancha branca ativa, 6,6% presença de lesão de cárie tipo Classe I de Black, sem comprometimento pulpar, 2% presença de lesão de cárie tipo Classes II, III, IV, ou V de Black, sem comprometimento pulpar evidente e sem dor, e 6% com comprometimento pulpar e ou periapical, presença de dor, pulpite, abscesso e/ou focos residuais.

Já no segundo levantamento epidemiológico realizado em outubro de 2018 houve uma redução no número de participantes para 112 crianças. Dessas, obteve-se 67% com ausência de cárie ou história pregressa de cárie, 3% apresentavam dentes restaurados, 6% presença de situação de cárie crônica e/ou presença de restauração provisória, 4% presença de mancha branca ativa, 4% com presença de lesão de cárie tipo Classe I de Black, sem comprometimento pulpar, 9% presença de lesão de cáries classe II, III, IV, ou V de Black, sem comprometimento pulpar evidente e 7% comprometimento pulpar e/ou periapical, presença de dor, pulpite, abscesso e/ou focos residuais (Figura 3).

Comparando os resultados obtidos nos dois levantamentos epidemiológicos, podemos constatar que houve um aumento de crianças com lesão de cárie tipo classe II, III, IV ou V de Black, sem comprometimento pulpar evidente (sem dor) e presença de dente restaurado. O primeiro fator a ser levantado é a negligência por parte dos pais ou responsáveis das crianças diagnosticadas com história pregressa de cárie dental, seus respectivos responsáveis foram orientados e referenciados para a Unidade Básica de saúde próxima, porém não houve adesão ao tratamento. Apesar dos pais serem esclarecidos da importância em buscar tratamento odontológico, os mesmos não o fizeram de forma eficiente. Deve-se considerar também que se trata de uma escola municipal localizada numa região economicamente carente e muito vulnerável. São crianças que, ao longo da vida, adquiriram costumes inadequados ao se tratar de saúde bucal.

Outro fator relevante é que a escola recebeu novas crianças matriculadas após a realização do primeiro levantamento. Taxas de prevalência e incidência relativamente mais elevadas ainda são observadas em crianças em idade pré-escolar, particularmente nos grupos com precárias condições de vida. (NARVAI, 2016; MARTHALER, 2004; DINI, 2000).

Ao avaliar o índice de biofilme visível a olho nu, constatamos uma redução de 14% entre os levantamentos epidemiológicos (figura 1).

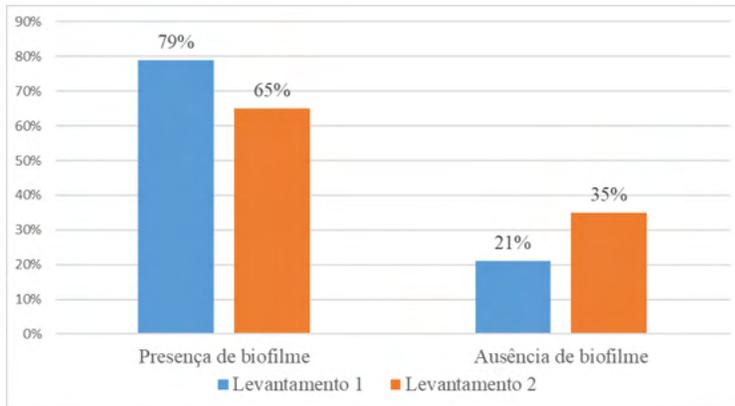


Figura 1. Distribuição percentual quanto ao biofilme visível – Bragança Paulista Junho e outubro 2018 (Fonte: Próprio autor).

Pode-se perceber que houve uma melhora na quantidade de biofilme de um levantamento para outro após a realização das atividades lúdicas. As ações educativas voltadas para as crianças e para os pais diminuem no agravo de doenças bucais, promovendo uma melhor qualidade de vida (EFE, 2007; CARVALHO, 2013).

Além das atividades educativas e de promoção de saúde bucal, foram doadas para a escola escovas para todos os pré-escolares que estavam devidamente matriculados na instituição. Foram confeccionados e entregues porta escovas de potes de sorvetes para que as mesmas pudessem ser armazenadas de forma correta. Foi realizada escovação supervisionada durante o período entre os dois levantamentos, ressaltando a importância da escovação adequada após todas as refeições (figura 2).



Figura 2. Entrega de escovas e porta escovas, confeccionado com pote de sorvete e escovação supervisionada. Bragança Paulista, junho 2018. (Fonte: Próprio autor).

Os cuidados com a saúde bucal dos filhos, a troca de experiências, de debates com o grupo, a ampliação da escuta e a participação popular levam a um aprendizado a partir de fatos reais. Deve existir uma parceria entre os núcleos de profissionais da saúde e a comunidade, para compartilhar conhecimento, gerando assim maior resolutividade dos problemas.

CONCLUSÃO

Através do levantamento epidemiológico foi possível produzir informações sobre as condições de saúde bucal dos alunos e concluiu-se que houve um pequeno aumento na experiência de cárie e negligência no tratamento odontológico por parte dos pais, porém foi alcançada uma redução do índice de biofilme visível, ressaltando que as atividades preventivas executadas na escola se tornaram sensivelmente eficientes, sendo isso objeto para novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ADAIR, P. M.; PINE, C. M.; BURNSIDE, G.; NICOLL, A. D.; GILLETT, A.; ANWAR, S.; et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dent Health**, v.21, p.102-11, mar. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072479>>. Acesso em: 11 nov. 2018.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 mai. 2018
- BEIGHTON, D. et al. A multi-country comparison of caries-associated microflora in demographically diverse children. **Community Dent Health**, v.21, n.1, p.96-101, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072478>>. Acesso em: 1 mai. 2018.
- BONOW, M. L. M.; CASALLI, J. de F. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. **Jornal brasileiro de odontopediatria & odontologia do bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.390-394, set. /Out. 2002. Disponível em: <<https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Avalia%C3%A7%C3%A3o-de-um-Programa-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-de-Sa%C3%BAde-Bucal-para-Crian%C3%A7as.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2018.
- BRASIL, COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2018.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002/2003. Resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2018.

CARVALHO, T.H.L.; PINHEIRO, N.M.S.; SANTOS, J.M.A.; COSTA, L.E.D.; QUEIROZ, F.S.; NOBREGA; C.B.C. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. **Rev Odontol UNESP**, v.42, n.62, p. 426-431, Nov-Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n6/v42n6a06.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

DINI, E.L.; HOLT, R.D.; BEDI, R. Caries and its association with infant feeding and oral healthrelated behaviours in 3-4-year-old Brazilian children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.28, n.4, Jan. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10901402>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

EFE, E.; SARVAN, S.; KUKULU, K; Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children. **Issues Compr Pediatr Nurs**. v.30, n.8, p.133-46. Out./Dez. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18041629>> Acesso em: 11 nov. 2018.

HALLETT, K. B.; O'ROURKE, P.K. Pattern and severity of early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.34, n.1, p. 25-35, fev. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16423028>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

HARRIS, R.; NICOLL, A. D.; ADAIR, P. M. PINE, C. M. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community Dent Health**, v.21, n.1, p.71-85, mar. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072476>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

HIDALGO, N. N.; ABREU, E. A. G.; MARTINEZ, A. R.; MON, M.A.; TIGUERO, R. J. P. Factores de riesgo en lesiones incipientes de caries dental en niños. **Rev Cuba Estomatol.**, v.50, n.2, 2013. Disponível em: <<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/190/16>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial** vol.12 n.6 Maringá Nov./Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192007000600012>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MARTHALER, T. M. Change in dental caries in Europe 1953-2003. **Caries Research**, v.38, n.3, p.173, mai./jun. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15153686>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

MCGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.32, n.2, p.81, abr. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15061856>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

MELLO, R. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. Prevalência de cárie não tratada na dentição decidua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.23, n.2, p.78-84, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpssp/2008.v23n2/78-84/>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

NARVAI, P. C.; Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, v.5, n. 2, p. 381-392, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200011>. Acesso em: 1 mai. 2018.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.19, n.6, p.385, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v19n6/30519.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

NETO, J. P.; MENDES, K. L. C.; WADA, R. S.; SOUSA, M. L. R. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.6, Rio de Janeiro, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal, Manual de instruções. 4. ed. Genebra, 1997. 64p.

PINE, C. M.; ADAIR, P. M.; PETERSEN, P. E.; DOUGLASS, C.; BURNSIDE, G.; NICOLL, A. D. et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. **Community Dent Health**, v.21, n.1, p.86-95, mar. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072477>>. Acesso em: 1 mai. 2018.

SAITO, S. K.; DECCICO, H. M. U.; SANTOS, M. N. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.13, n.1, jan./mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01030663199900100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 mai. 2018.

SOUZA, L. H. T.; GOMES L.T.S.; PESSOA, G.S.; Controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.6, n.1, p.491-502, 2014. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_036.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

VALARELLI, F. P.; FRANCO R.M.; SAMPAIO, C.S.; MAUAD C.; PASSOS V. A. B.; VITOR, L. L. R.; et al. A importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, Recife, v.10, n.2, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882011000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 nov. 2018.

ANÁLISE DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS OBESAS E SUA IMAGEM CORPORAL

Data de aceite: 01/02/2022

Ronaldo Rodrigues da Silva

Docente e orientador do curso do Mestrado em Educação, Gestão e Tecnologias da Universidade Estadual de Goiás (UEG) Natal - RN
<http://lattes.cnpq.br/0703387284532701>

Ludmila Ferreira dos Santos

Professora egressa do curso de Educação Física do Instituto de Educação Superior de Brasília (DF) IESB Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/4651260320079360>

Dalma Honoria de Arruda

Psicopedagoga, Diretora do Centro Universitario – UniMauá – Brasília DF Goiânia – go
<http://lattes.cnpq.br/7649192434717417>

Miguel Augusto Marques Santos

Professor do Curso de Educação Física Bacharelado (EAD) UniMauá – DF Brasília-df
<http://lattes.cnpq.br/4603225668061371>

RESUMO: Obesidade Infantil aumentou no mundo todo, podendo ser caracterizada como uma nova epidemia mundial, tanto em países desenvolvidos como aqueles que estão em desenvolvimento. Objetivos: Levantar os problemas da obesidade infantil; analisar a imagem da criança obesas e identificar a consequência da falta de atividade física. Metodologia: A pesquisa é do tipo qualitativa, descritiva. À amostra $n=30$ crianças

obesas de ambos os gêneros foram divididas em dois grupos sendo 15 praticantes e 15 do grupo controle que não praticava atividade física na faixa etária de 08 a 10 anos. O instrumento utilizado para avaliar o autoconceito em crianças foi a Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ), de Sisto e Martinelli (2004). Parte-se do pressuposto de que o autoconceito é um construto multidimensional, no sentido de que há vários elementos importantes que o compõem. Análise estatística: Foram utilizados os testes Shapiro-Wilk, teste t de Student e teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e todas as análises foram conduzidas no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22.0. Resultados: A média de IMC = $23,05 \pm 0,80$ kg/m² e 15 não praticantes (idade = $8,93 \pm 0,70$ anos; IMC = $22,63 \pm 0,68$ kg/m²). Dentre as praticantes, as principais modalidades foram futebol (26,7%), voleibol (23,3%), basquetebol (26,7%) e Handebol (23,3%). Em média, elas já praticavam essa modalidade há $2,13 \pm 1,46$ anos, com frequência semanal de $2,13 \pm 0,74$ vezes e duração de $24,67 \pm 5,16$ minutos. As demais, o turno favorito para a prática foi o vespertino (60%). Conclusão: Com base nos achados ficou clara a necessidade de realizar estudos que favoreçam as evidências dos efeitos de tratamentos baseados em exercícios físicos associados ao controle da obesidade infantil, envolvendo maiores amostras e um direcionamento a elaboração de programas que inclui exercícios físicos específicos e acompanhamento nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade física. Obesidade infantil. Imagem corporal.

ANALYSIS OF THE PHYSICAL ACTIVITY LEVEL IN OBESE CHILDREN AND THEIR BODY IMAGE

ABSTRACT: Introduction: Childhood Obesity has increased worldwide and can be characterized as a new global epidemic in both developed and developing countries. Objectives: To raise the problems of childhood obesity; analyze the image of the obese child and identify the consequence of lack of physical activity. Methodology: Sample of $n = 30$ obese children of both genders were divided into two groups: 15 practitioners and 15 non-practitioners of physical activity in the age group of 08 to 10 years. The instrument used to evaluate self-concept in children was the Infanto-Juvenile Self-Concept Scale (EAC-IJ), by Sisto and Martinelli (2004). It starts from the assumption that self-concept is a multidimensional construct, in the sense that there are several important elements that compose it. Statistical analysis: Shapiro-Wilk tests, Student's t-test and Fisher's exact test were used. The level of significance was set at $p < 0.05$ and all analyzes were conducted in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 22.0. Results: Mean BMI = 23.05 ± 0.80 kg / m²) and 15 non-practitioners (age = 8.93 ± 0.70 years, BMI = 22.63 ± 0.68 kg / m²). Among the practitioners, the main modalities were soccer (26.7%), volleyball (23.3%), basketball (26.7%) and Handball (23.3%). On average, they had practiced this modality for 2.13 ± 1.46 years, with weekly frequency of 2.13 ± 0.74 times and duration of 24.67 ± 5.16 minutes. The others, the favorite shift for practice was evening (60%). Conclusion: On the basis of the findings, it was clear the need to carry out studies that favor the evidence of the effects of treatments based on physical exercises associated to the control of childhood obesity, involving larger samples and a directing the elaboration of programs that includes specific physical exercises and nutritional monitoring.

KEYWORDS: Childhood Obesity. Body Image. Physical Activity.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença rica em complexidade, com etiologia multifatorial com variáveis biológicas, psicológicas, sociais e econômicas, que envolve também aspectos ambientais e genéticos. Considerada um grande problema de saúde pública (SANTOS; RABINOVICH, 2011).

As pessoas obesas apresentam normalmente aspectos psicológicos e emocionais sendo considerados consequências ou causadores da obesidade, resultante de uma condição educacional (VASQUES, MARTINS, AZEVEDO, 2004). Os problemas emocionais são vistos como consequências da obesidade, podendo ser manifestados antes do desenvolvimento da doença, e um dos fatores que mais influencia uma pessoa obesa a procurar ajuda é a insatisfação da sua imagem corporal.

A imagem corporal tende a possuir afetividade a partir dos 2 anos de idade, quando a maioria das crianças já possui a auto percepção, reconhecendo assim a imagem do seu corpo refletida pelo espelho.

Serrando et al, (2010), relata que a obesidade gera uma expectativa negativa sobre o corpo físico, pois não se enquadra nos padrões de beleza da moda, causando assim

o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal, privação, exclusão e até mesmo problemas na maneira de se alimentar.

Castilho, (2001) afirma que as crianças vão aprendendo como a sociedade ver as diferentes características físicas, e a imagem corporal vai comandando a forma, sendo a medida aos conceitos atraentes, como deve ser sua aparência. Será que atividade física interfere na imagem corporal da criança obesa? As crianças também formam imagem do que não é atraente.

Tavares,(2003) relata o desenvolvimento da imagem corporal encontra paralelo no desenvolvimento da identidade do próprio corpo, tendo relações com os aspectos fisiológicos, afetivos e sociais. É um processo que ocorre durante toda a vida.

Objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a satisfação da imagem corporal em crianças obesas e relacionar com o nível de atividade física. E os específicos foram: levantar os problemas da obesidade infantil; analisar a imagem da criança obesas e identificar a consequência da falta de atividade física.

Atividade Física

A prática da atividade física tem sido um fator relacionado a saúde dos indivíduos e a prevenção de alguns tipos de doenças. Atividade física consiste em qualquer tipo de movimento corporal que resulte no gasto de energia acima daquele considerado padrão quando o corpo está em repouso.

Segundo Miragaya, (2006) percebe-se que a atividade física engloba os exercícios físicos e os esportes, mas também o equivalente em gastos de energia em outros tipos de atividades, como lazer ativo, trabalho ocupacional e tarefas domésticas.

Apesar da relação entre atividade física e estado de saúde, observa-se ainda um alto índice de sedentarismo entre indivíduos, o que tem sido apontada como uma das maiores preocupações da saúde pública mundial.

Para diminuir o índice de sedentarismo, a necessidade da mudança de estilo de vida desde a infância. A carga de atividade física necessária para jovens obterem maior capacidade funcional e saúde, conforme descrevem Cavill, Biddle e Sallis (2001), deve incluir uma ação moderada a intensa durante, pelo menos, uma hora por dia. Crianças mais sedentárias deveriam praticar atividade física moderada a intensa durante pelo menos 30 minutos por dia.

Influência da família e dos amigos na prática de atividade física

Segundo Duncan et al., (2005), o suporte social oferecido à prática da atividade física tende a variar conforme a idade dos indivíduos praticantes. Em relação à prática da atividade física de crianças e adolescentes, por exemplo, os amigos parecem desempenhar um papel tão importante quanto a família. Ou seja, além de constituírem

variáveis defensoras da prática de atividade física dos filhos, os que praticam regularmente tais atividades parecem exercer maior magnitude de influência sobre as crianças.

A relação entre comportamentos sedentários e a prática reduzida de atividade física entre crianças e adolescentes

Segundo Biddle et al. (2004), os estudos apontam para uma relação positiva entre comportamentos sedentários e reduzida prática de atividades físicas, não sendo possível afirmar que o comportamento sedentário seja a principal variável relacionada funcionalmente à pouca atividade física praticada por determinados indivíduos e grupos.

Criança e Obesidade infantil

O ser humano ao longo de sua vida, desde a concepção no útero materno até o momento de sua morte, sofre processos de mudança. Segundo Gallahue e Ozmun (2001), o desenvolvimento é um processo contínuo que se inicia na concepção e cessa com a morte”, podendo ser sobre mudanças físicas, gosto, aptidões, etc. Ainda segundo os autores, a infância é compreendida entre o nascimento até os 24 meses (primeira infância) e dos dois anos até os dez anos de idade que é o período conhecido somente como infância.

Dâmaso (2003) classifica a obesidade, em relação a sua origem, como exógena (causada pela ingestão calórica excessiva) ou endógena (causada por distúrbios hormonais e metabólicos). No mesmo artigo, classifica fisiologicamente a obesidade como hiperplásica (caracterizada pelo aumento no número de células adiposas) e hipertrófica (caracterizada pelo aumento no tamanho das células adiposas).

Outra classificação é feita por Lizardo e Parreira (2010) apresenta que a obesidade pode ser dividida em quatro tipos, sendo: a) Obesidade tipo I, caracterizada pelo excesso de massa gorda total sem nenhuma concentração particular de gordura numa certa região corporal; b) Obesidade tipo II, caracterizada pelo excesso de gordura subcutânea na região abdominal e do tronco (andróide); c) Obesidade tipo III, caracterizada pelo excesso de gordura visceros abdominal; d) Obesidade tipo IV, caracterizada pelo excesso de gordura glúteo-femoral (ginóide).

Segundo Colloca e Duarte (2015) a obesidade, pode ser identificada conforme à forma. Andróide e Ginóide. É chamada de obesidade andróide, conhecida também como obesidade em forma de maçã ou obesidade visceral, quando a gordura está concentrada no tronco, abdômen e tórax, os membros superiores e inferiores tendem a ser menos volumosos, com maior predominância nos homens. Esta pode estar associada à outras doenças (intolerância à glicose, hiperlipidêmica, complicações cardiovasculares e acidente vascular cerebral). Já a obesidade Ginóide, predominante em mulheres e associada à forma de pera, concentra maior quantidade de gordura nos abdomens, nádegas e coxas.

Quando se pretende definir, utilizando-se métodos científicos, se um adolescente

ou criança está acima do peso considerado ideal para sua faixa etária, alguns métodos de avaliação são indicados e aceitos como válidos. a higrimetria, a ultrassonografia, o método de infravermelho, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética são alguns exemplos.

Parizzie Tassara (2001), atribuem ao “balanço energético positivo”, o status de 197 gerador exógeno da obesidade na infância, ou seja, a ingestão calórica (energia alimentar) maior que o gasto energético. As pesquisadoras argumentam que vários fatores (emocionais, culturais, genéticos, ambientais) contribuem para o problema e, “exercendo uma grande influência na percepção da fome e da saciedade do indivíduo e na sua relação com o alimento”.

Segundo Viuniski (2003), crianças obesas aos dois anos de idade têm grande chance de se tornar um adulto obeso e, no caso de adolescentes, as possibilidades aumentam entre 70% e 80%, principalmente se os pais também são obesos.

Imagem Corporal

É através de seu corpo que o jovem pode melhor se perceber e demonstrar as alterações que está vivendo. Porém, verifica-se que a imagem corporal frequentemente não reflete a imagem real. Parece existir uma imagem idealizada e que se confronta com a imagem corporal vivida, a qual pode não corresponder à realidade objetiva, caracterizando uma exatidão da avaliação corporal (LEVISKY, 1998).

A imagem corporal tem sido descrita como a capacidade de representação mental do próprio corpo apropriado a cada indivíduo. A partir da observação de vários estudos como os de Jankauskiene e Kardelis (2005) apontam as fortes correlações entre pressão social e exatidão da estimativa corporal em adolescentes.

Nas meninas, estudos prospectivos têm demonstrado que os preditores da insatisfação corporal na adolescência envolvem pressão percebida para a adequação ao estereótipo de magreza e o excesso de massa corporal Stice & Bearman, (2001); Stice & Shaw, (2002); Stice & Whitenton, (2002), sendo que estudos mais recentes têm encontrado variáveis como comparação social e suporte social (familiar e amigos) (BEARMAN & COLS., 2006; JONES,2004).Nos meninos, poucos estudos têm sido feitos para determinar preditores da insatisfação corporal, podendo-se destacar as variáveis internalização do ideal de musculosidade Jones, (2004) e o suporte familiar (BEARMAN & COLS.,2006).

A ideia de que o autoconceito ocupa um papel importante em todas as áreas da vida do indivíduo é defendida por Simões e Meneses (2007). Atualmente, há uma preocupação e um interesse pelo autoconceito de crianças e adolescentes obesos, uma vez que existe a chance de apresentarem sintomas depressivos, assim como um baixo autoconceito e uma baixa autoestima, fatores que alteram sua convivência social.

Crianças obesas apresentam dificuldades para se sentirem semelhantes às crianças

não-obesas, uma vez que o excesso de peso sentido por elas geram um incômodo na maior parte de suas atividades cotidianas, contribuindo para que esta se sinta menos competente, principalmente no que se refere às atividades físicas.

Além disso, a criança obesa tende a se sentir menos satisfeita com a sua aparência física, pois interioriza, desde a primeira infância, que o excesso de peso é indesejável, de tal modo que seu corpo passa a ser uma fonte de embaraço, vergonha e até bullying.

Ao pesquisarem o autoconceito e a imagem corporal em crianças obesas, Carvalho et al. (2005) reafirmaram que a grande preocupação com o corpo e o incômodo com a imagem corporal podem acarretar no sujeito obeso pensamentos e sentimentos negativos em relação à aparência física, bem como contribuir para uma baixa autoestima e um autoconceito negativo, tal como já explicitado anteriormente.

MATERIAIS E MÉTODOS

O tipo da Pesquisa é de cunho quali/quantitativo e descritiva. A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não pode ser quantificado, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001). A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de investigações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade Trivinos, (1997).

A população foi composta de dois grupos de crianças obesas de estudantes e praticantes de esportes em uma academia localizada na cidade de São Sebastião DF.

A amostra foi composta de n=30 crianças obesas de ambos os gêneros, divididos em números de 15. A pesquisa foi realizada nas segundas e quartas no horário de 13h às 17h, com faixa etária de 08 a 10 anos praticantes e não praticantes atividade física.

Caracterização dos instrumentos de pesquisa

O instrumento utilizado para avaliar o autoconceito em crianças foi a Escala de Autoconceito Infância-Juvenil (EAC-IJ), de Sisto e Martinelli (2004). A EAC-IJ foi utilizada para avaliar os diferentes níveis de autoconceito das crianças na faixa etária de 08 a 10 anos. Parte-se do pressuposto de que o autoconceito é um construto multidimensional, no sentido de que há vários elementos importantes que o compõem.

O primeiro grupo (1) Crianças praticantes de Atividades físicas – Grupo (2) Crianças não praticantes.

O primeiro critério fundamentou-se no índice de massa corporal (IMC). O instrumento de Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal é composto de n=30 crianças e distribuídos em dois fatores: satisfação com a aparência e preocupação com o peso.

Foi aplicado um questionário composto por 10 questões mistas adaptadas e para medir o IMC de cada criança e também utilizado uma balança digital da marca G-TECH

BALGL em vidro temperado- transparente, e uma fita métrica costura, corporal de 1,5m na cor amarela.

Procedimentos de coleta e de análise de dados

Deu-se início à coleta de dados com os participantes que tinham o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por seus responsáveis. Após a liberação do Comitê de Ética da Instituição, a aplicação foi coletiva e ocorreu em apenas dois encontros. O primeiro instrumento respondido foi a EAC-IJ, e, logo em seguida, as crianças responderam à Avaliação da Satisfação com a Imagem Corporal. O tempo médio de aplicação dos dois instrumentos está estimada em 2 horas minutos.

A entrevista foi realizada buscando informações sobre o nível de atividade física, por meio de um questionário. A pesquisa foi realizada em dois momentos. No primeiro momento foi entregue 1 questionário a cada criança e assim que terminaram de responder deu-se início ao segundo momento onde cada criança individualmente identificou sua imagem através de 10 Silhuetas representando a imagem Corporal.

Análise estatística

As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão, e as categóricas em frequência relativa. O pressuposto de normalidade foi testado por meio do teste Shapiro-Wilk. Para comparar as respostas das crianças praticantes e não praticantes de esporte, empregaram-se o teste t de Student para amostras independentes e o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e todas as análises foram conduzidas no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22.0.

Resultados

A amostra do presente estudo foi composta por $n=30$ crianças obesas, sendo 15 praticantes de esporte (idade= $9,40 \pm 0,63$ anos; IMC= $23,05 \pm 0,80$ kg/m²) e 15 não praticantes (idade= $8,93 \pm 0,70$ anos; IMC= $22,63 \pm 0,68$ kg/m²). Dentre as praticantes, as principais modalidades foram futebol (26,7%), voleibol (23,3%), basquetebol (26,7%) e Handebol (23,3%). Em média, elas já praticavam essa modalidade há $2,13 \pm 1,46$ anos, com frequência semanal de $2,13 \pm 0,74$ vezes e duração de $24,67 \pm 5,16$ minutos. As demais, o turno favorito para a prática foi o vespertino (60%).

Além das modalidades supracitadas, 53% das crianças praticantes de esportes também praticavam uma outra atividade física, como andar de bicicleta (50%), correr (25%) ou nadar (25%). Em média, essa atividade física complementar era praticada com frequência semanal de $2,25 \pm 0,46$ vezes e duração de $23,75 \pm 6,94$ minutos.

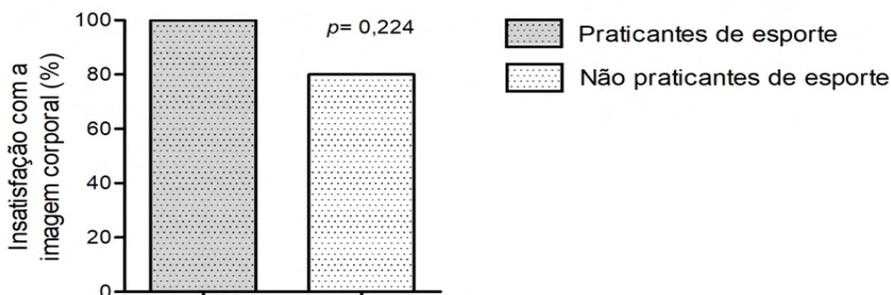
Quando questionadas sobre se sentirem satisfeitas com a quantidade de atividade

física praticada, 30% das crianças ativas responderam que sim; enquanto que 70% das inativas responderam que não ($p < 0,001$). Adicionalmente, quando perguntadas se gostariam de praticar mais atividades, 46,7% das crianças ativas falaram que não, pois já praticavam o suficiente; e 53,3% das inativas falaram que sim, porém não gostam das atividades que a academia oferece ($p = 0,139$).

Em relação à locomoção, apenas 36,6% das crianças praticantes de esporte utilizavam uma atividade que envolvesse gasto energético como meio de transporte para ir à escola; enquanto que esse percentual foi de 63,3% entre as não praticantes ($p = 0,128$). Também não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao tempo sentado ao longo de um dia (praticantes= $173,67 \pm 21,34$ minutos; não praticantes= $202,33 \pm 71,03$ minutos; $p = 0,317$).

A Figura 1 apresenta o nível de satisfação das crianças obesas com a sua imagem corporal. Evidentemente, tanto as crianças praticantes de esporte (100%) quanto as não praticantes (80%) mostraram-se insatisfeitas com seus corpos ($p = 0,224$).

ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS



Questão 01. Nível de satisfação com a imagem corporal em crianças obesas praticantes e não praticantes de esporte.

O nível de satisfação da imagem corporal nós mostra que 100% das crianças praticantes de esportes, enquanto 80% dos não praticantes não se sente satisfeito com a imagem corporal. o nível de satisfação com a imagem corporal em crianças obesas praticantes e não praticantes de esporte mostrou que as crianças que praticam esportes em média de um ano e dois meses não estão satisfeitas com a imagem corporal de seus corpos que segundo estudos de Allender, Cowburn & Foster, 2006; Koezuka et al., 2006; Lopes & Maia, (2004), apesar da relação entre atividade física e estado de saúde, observa-se ainda um alto índice de sedentarismo entre indivíduos, o que tem sido considerada uma das maiores preocupações da saúde pública mundial.

Segundo Ducan et al (2005), deve ser considerada a prática de atividade física constante e de longa duração para que os corpos comecem a reagir e mostrar resultados como também não esquecer o fator tempo em que essas crianças têm que praticar esportes e atividades físicas orientadas.

Silhuetas	Somatótipo	Ativos	%	Não ativos	%
07	Meso-endormorfo	4	26,7%	4	26,7%
08	Mesomorfo-endormorfo	5	33,3%	7	46,7%
09	Meso-endormorfo	4	26,7%	2	13,3%
10	Meso-endormorfo	2	13,3%	2	13,3%

Crosstab					
			Ativo		Total
			1,0	2,0	
Um	7	Count	4	4	8
		% within ativo	26,7%	26,7%	26,7%
	8	Count	5	7	12
		% within ativo	33,3%	46,7%	40,0%
	9	Count	4	2	6
		% within ativo	26,7%	13,3%	20,0%
	10	Count	2	2	4
		% within ativo	13,3%	13,3%	13,3%
Total		Count	15	15	30
		% within ativo	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 1. Exibe como as crianças identificam a sua imagem corporal. Notavelmente, não houve diferença estatisticamente significativa entre as praticantes e as não praticantes de atividade física ($p=0,801$).

A análise e discussão do quadro 1

Permite-nos observar o nível da satisfação da imagem corporal das crianças obesas, onde cada criança identificou sua imagem corporal nas silhuetas. Das 15 crianças praticantes de atividade física 26,7% escolheu a imagem 7, 33,3% escolheu a imagem 8, 26,7% escolheu a imagem 9 e 13,3% crianças escolheu a imagem 10. Já as crianças não praticantes de atividade física 26,7% escolheram a imagem 7, 46,7% escolheu a imagem 8, 13,3% escolheu a imagem 9 e 13,3% escolheu a imagem 10.

Staffieri, (1972), relata que crianças obesas tendem a ser rejeitadas devido à sua aparência física e porque são menos aptas para o exercício físico. Esta relação poderá ser negativa para a imagem corporal, tornando a criança rendida a interagir com os seus companheiros e a envolver-se em atividades físicas.

Tanto o grupo praticante de atividade física quanto ao grupo não praticantes não

obteve diferenças significantes em relação a satisfação da imagem corporal.

Diferente do que se pensava anteriormente, os resultados obtidos neste estudo demonstram que a atividade física não se mostrou um fator determinante na percepção da imagem corporal, já que a precisão na estimação da imagem corporal foi significativamente semelhante aos dois grupos.

Já na questão 02. Foi perguntado o meio de deslocamento para irem as academias?

A questão referente ao deslocamento mostra que 63,3% das crianças vão de carro ou outro transporte motorizado para a academia Dom Bosco, 36,7% vão andando. De todos os entrevistados não houve nenhuma resposta que se desloca de bicicleta.

Foi relatado que os deslocamentos das crianças até a academia por meios de transportes motorizados. A vida hoje em dia oferece diversas formas de acomodação para o nosso corpo e os deslocamentos facilitam e atrapalham as práticas de atividades de vida diárias (AVD's). A busca por uma melhor qualidade de vida vem sendo constantemente associada a uma vida não sedentária como ferramenta para promoção e/ou manutenção da saúde. Conforme Burgos (2002, p.160), buscar qualidade de vida tem sido cada vez maior, e tem a relação saúde-atividade física promovendo mudanças no estilo de vida.

As crianças que optaram por outros meios de transportes como ir a pé, ou têm outras atividades como complementação de sua vida diária edesenvolvem um estilo de vida ativo podendo trazer diversos benefícios para seus praticantes.

Na questão 3.Quais esportes a academia oferece? O estudo apontou que a academia oferece vários tipos de atividades e esportes. A maior procura foi pelo basquete e o futebol onde a mídia atualmente está enfatizando muito esses esportes por estarmos em pleno campeonato brasileiro, campeonato mundial, campeonato sul-americano e juntamente com o basquete que vem crescendo na mídia a cada dia.

Segundo Koezuka et al (2006). Acrescenta-se também que os estudos sobre os efeitos da atividade física na infância e adolescência enfatizam benefícios proporcionados à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Já na questão 4.Quantas vezes você pratica esses esportes por semana? O resultado mostrou que há uma grande preocupação em relação a quantidade de vezes que essas crianças praticam atividade física sendo que 50% dessas crianças não tem essa prática constante.Os resultados mostraram que 50% das crianças não praticam atividade física, 10% praticam só 1 vez na semana, 23,3% praticam 2 vezes na semana e apenas 16,7% praticam 3 vezes na semana.

Observou-se que metade dessas crianças não praticam atividade física e quando questionado o motivo relatam que não gostam de praticar nenhuma atividade ofertada pela academia.

O acesso facilitado as tecnologias são de fato muito simples hoje dia. Na escola, em casa e na rua pode-se acessar a qualquer tipo de informação desde que estejam em rede. No computador, o desenvolvimento de videogames e diversos tipos de jogos interativos são

instigantes e as atrações disponibilizadas por canais de televisão e pela internet, bem como a percepção de falta de segurança pública, retratada diariamente pela mídia, constituem fatores que contribuem para a mudança em relação às formas de lazer de crianças e jovens (Koezuka et al., 2006).

Na questão 5. Nessa questão: Você se sente satisfeito com o nível de atividades físicas que você pratica durante a semana?

Quando questionado sobre o nível de satisfação da prática de atividade física 70% das crianças não se sente satisfeitos e somente 30% estão satisfeitos. As crianças relatam o nível de satisfação da prática de atividade física muitas variáveis devem ser consideradas quando se discute as características mais adequadas das atividades físicas disponibilizadas a crianças e adolescentes (Ross, Dotson, Gilbert & Katz, 1985). O nível de atividade física atividades realizadas pelos meninos tendem a ser diferentes das atividades das meninas e variam conforme a faixa etária (Corbin, 2002).

Stucky-Ropp e DiLorenzo (1993) realizaram um estudo com crianças e suas respectivas mães, com o objetivo de investigar fatores que podem influenciar o nível de atividade física praticados pelas crianças.

Na questão 6. Você gostaria de praticar outros tipos de atividade física? 46,7% das crianças ativas não gostariam de praticar mais atividade física pois já praticam o suficiente, e 53,3% das crianças inativas gostariam de praticar outras atividades, porém não gostam das atividades oferecidas pela academia. Sabe-se que a prática de atividade física pode trazer inúmeros benefícios, a saúde da criança e sua ausência pode ser prejudicial à saúde e bem-estar das pessoas. Para Carvalho et al (1996, p.79) o sedentarismo além de ser uma condição indesejável pode representar inúmeros riscos para a saúde. Fernandez et al (2004) afirma que o aumento do tecido adiposo, e como consequência, a obesidade é fruto de um balanço energético desfavorável, uma vez que a ingestão calórica é alta e com pouco gasto energético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar no estudo as causas da obesidade é inespecífica estando associado tanto aos fatores genéticos como aos fatores externos e principalmente relacionado ao estilo de vida de cada indivíduo. Nota que nos últimos anos a obesidade infantil tem aumentado significativamente e quando não é genética pode estar ligada ao ambiente familiar ou até mesmo aos aspectos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e déficits de competência social.

Concluiu-se que crianças obesas apresentam baixo nível de satisfação com a sua imagem corporal e que só a prática de atividade física não está associada a uma melhora desse quadro, pois é preciso que as crianças tenham um acompanhamento nutricional.

Sugere-se ainda, que as ações em saúde sejam desenvolvidas de maneira inter

setorial, indo ao encontro do público que se pretende atingir, estimulando a construção da cidadania, do senso crítico e valores, facilitando a inserção de hábitos de vida saudável. Sendo assim, há a necessidade de intensificar a produção científica e estratégias de ações que visem intervir nos fatores de riscos que podem ser modificados, para assim diminuir a incidência e prevalência da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS

ALLENDER, S., COWBURN, G., & FOSTER, C. *Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: A review of qualitative studies. Health Education Research*, 21(6), 826-835. (2006).

BEARMAN, S. K., Martinez, E. & Stice, E. (2006). *The skinny on body dis satisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. Journal of Youth and Adolescence*, 35, 217-229.

BIDDLE, S. J. H., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2004). *Health enhancing physical activity and sedentary behavior in children and adolescents. Journal of Sports Sciences*, 22(8), 679-701.

BURGOS, M.S. et al. *Lazer e estilo de vida. Santa Cruz do Sul: Edunisc*, 2002.

CARVALHO, T. et al. *Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, Vol2, n.4, p.79-81, Out/Dez1996. Disponível em: < http://saudeemovimento.net.br/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/265_2014-07*.

CARVALHO, A. M. P. et al. *Autoconceito e imagem corporal em crianças obesas. Paideia: Caderno de Psicologia Educacional, São Paulo, v. 15, n. 30, 2005.*

CASTILHO, S. M. *A imagem corporal. Santo André, Editora ESE Tec Editores Associados, Ver Bras Psiquiatr 2003;25(2):126. 2001.*

CAVILL, N., Biddle, S., & Sallis, J. F. (2001). *Health-enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom expert consensus conference. Pediatric Exercise Science*, 13, 12-25.

COLLOCA, Edson Aparecido; DUARTE, Ana Claudia Garcia. *OBESIDADE INFANTIL: Etiologia E Encaminhamentos, Uma Busca Na Literatura. Disponível em: Acesso em: novembro de 2015.*

CORBIN, C. B. (2002). *Physical activity for everyone: What every physical educator should know about promoting life long physical activity. Journal of Teaching in Physical Education*, 21(2), 128-144

DUNCAN, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. *Sources and types of social support in youth physical activity. Healthy Psychology*, 24(1), 3-10. (2005).

DÂMASO, A. *Etiologia da obesidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.*

FERNANDEZ, A. C. MELO, M. T. *Influência do treinamento aeróbio e anaeróbio na massa de gordura corporal de adolescentes obesos. Ver Bras Med Esporte 10 (3)•Jun2004*

IZIDORO, Fabiana Gonçalves; PARREIRA, Natalia da Silva. *Obesidade Infantil*. 2010. 36f. monografia (curso técnico em enfermagem) – Curso técnico em Enfermagem. Unidade de ensino de Capetinga.

JANKAUSKIENE E KARDELIS (2005). *Body weight satisfaction and weight loss attempts in fitness activity involved women*. *Sports Med Phys Fitness*. 2005 Dec;45(4):537-45.

JONES, D. C. (2004). *Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study*. *Developmental Psychology*, 40, 823-835.

KOEZUKA, N., Koo, M., Alisson, K. R., Adlaf, E. M., Dwyer, J. J. M., Faulkner, G., et al. *The relationship between sedentary activities and physical inactivity among adolescents: Results from the Canadian community health survey*. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 515-522. (2006).

LEVISKY, D. L. (1998). *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MINAYO, M.C.S (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis Vozes, 2001.

MIRAGAYA, A. (2006). *Promoção da saúde através da atividade física*. Em L. Da Costa (Org.). *Atlas do esporte no Brasil: atlas do esporte, educação física e atividades físicas de saúde e lazer no Brasil* (pp. 16-28). Rio de Janeiro: CONFEF.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. 1. ed. São Paulo: Phorte, 2001.

PARIZZI, R. M. e TASSARA, Valéria. *Obesidade na Infância*. In: *Obesidade e Outros Distúrbios Alimentares*. *Enciclopédia da Saúde*. v.1/2. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

ROSS, J. G., Dotson, C. O., Gilbert, G. G., & Katz, S. J. (1985). *After physical education: Physical activity you tside of school physical education programs*. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 56(1), 35-39.

SANTOS, L. R. C.; RABINOVICH, E. P. 2011. *Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único*. *Relato de Experiência*•Saude soc. 20 (2)•Jun2011.

SERRANO, Solange Queiroga et al . *Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

SIMÕES, Daniela.; MENESES, Rute F.; *Auto-conceito em crianças com e sem obesidade*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20, n. 2, p. 246-251, 2007.

SISTO, F. F., & Martinelli, S. C. (2004). *Escala de Autoconceito Infante Juvenil (EAC-IJ)*. São Paulo: Editora Vetor.

SLATER, A. & Tiggemann, M. (2006). *The contribution of physical activity and media use during childhood and adolescence to adult women's body image*. *Journal of Health Psychology*, 11, 553-565

STAFFIERI, J.R. (1972) *Body build and behaviour AL expectancies in Young females*. *Developmental Psychology*, 7, 101-104.

STICE, E. & BEARMAN, S. K. (2001). *Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: a growth curve analysis. Developmental Psychology*, 37, 597-607. Stice, E. & Shaw, H. E. (2002).

STUCKY-ROPP, R. C., & DiLorenzo, T. M. (1993). *Determinants of exercise in children. Preventive Medicine*, 22(6), 880-889.

TAVARES, M.C.G.C.F. *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri, SP. Manole, 2003.*

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997.*

VASQUES, F. MARTINS, F. C. AZEVEDO, A. P. *Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo) 31 (4)•2004.*

VIUNINSKI, N. *Epideomologia da Obesidade e Síndrome Plurimetabólica na Infância e Adolescência. In: DÂMASO, A. (Coord.). Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.*

DESEMPENHO DE ESTUDANTES EM TESTE DE ATENÇÃO SELETIVA E CONTROLE INIBITÓRIO ANTES E APÓS ATIVIDADE FÍSICA

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 08/11/2021

Rosângela Gomes dos Santos

Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0417194294129731>

João Paulo Caldas Cunha

Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-3371-4598>

Luana Silva Sousa

Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-8879-6418>

Michele Miron Morais Silva

Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-2875-2912>

Patrícia de Sousa Moura

Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-5637-5301>

Leandro Araujo Carvalho

Centro Universitário UniAteneu
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6307338731312218>

RESUMO: Os benefícios da prática atividade física vem sendo evidenciado nas pesquisas científicas. Após uma única sessão em

intensidade moderada de atividade aeróbia são observadas melhoras no desempenho de diferentes tarefas cognitivas. Assim, esse estudo buscou através de uma pesquisa descritiva transversal com abordagem quantitativa, comparar o desempenho de escolares em testes de atenção seletiva e controle inibitório antes e após a prática de atividade física. Para isso, foi utilizado o Teste de Stroop computadorizado em 22 escolares antes e após a aula da escolinha de futebol. O desempenho desta amostra evidenciou melhores resultados após a prática de atividade física, apresentando uma média no tempo de resposta inferior quando comparado ao teste realizado antes. Com isso, os principais achados sugerem que a atividade física aprimora o desempenho do controle inibitório e atenção seletiva. Estudos com maiores amostras precisam ser conduzidos para confirmar esses achados.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção seletiva. Controle inibitório. Atividade Física.

PERFORMANCE OF STUDENTS IN SELECTIVE ATTENTION TEST AND INHIBITORY CONTROL BEFORE AND AFTER PHYSICAL ACTIVITY

ABSTRACT: The benefits of physical activity practice have been evidenced in scientific research. After a single session at moderate intensity of aerobic activity, improvements in the performance of different cognitive tasks are observed. Thus, this study sought through a descriptive cross-sectional survey with a quantitative approach, comparing the performance of schoolchildren in selective

attention tests and inhibitory control before and after the practice of physical activity. For this, the Computerized Stroop Test was used in 22 students before and after the soccer school class. The performance of this sample showed better results after the practice of physical activity, presenting a mean in the response time inferior when compared to the previous test. Therefore, the main findings suggest that physical activity improves the performance of inhibitory control and selective attention. Studies with larger samples need to be conducted to confirm these findings.

KEYWORDS: Selective attention. Inhibitory control. Physical activity.

1 | INTRODUÇÃO

A função cognitiva ou sistema funcional cognitivo compreende as fases do processamento de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas, além disso, o funcionamento psicomotor (tempo de reação, movimento, velocidade de desempenho) (CHODZKO-ZAJKO et al., 1994).

O processo de crescimento e desenvolvimento é marcado por diferentes mudanças no indivíduo, inclusive relacionadas aos desenvolvimento das funções cognitivas. No estágio operatório formal, proposto por Piaget, entre os 11 e 20 anos ocorre o desenvolvimento da capacidade de pensar em termos abstratos e utilizar o raciocínio com criticidade (PALANGANA, 2015; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Aliado a esse desenvolvimento natural das funções cognitivas, estudos apontam que a prática regular de exercícios físicos (agudos ou crônicos) pode interferir positivamente o desempenho cognitivo em crianças e adolescentes, influenciando nos aspectos relacionados à memória, atenção, tempo de reação e desempenho escolar (ANTUNES et al., 2006; CHADDOCK et al., 2011).

A atenção seletiva e o controle inibitório desempenham um papel importante na seleção de uma informação relevante. A atenção seletiva é uma ferramenta cognitiva que possibilita o indivíduo processar e ressaltar informações, pensamentos ou ações importantes. É caracterizada pelo direcionamento e concentração para um estímulo específico. O controle inibitório também envolve seleção, porém refere-se especificamente à diminuição do processamento de informações insignificantes. É a capacidade de impedir uma resposta automatizada para um evento, eliminando estímulos perturbadores competitivos (STERNBERG, 2000; TREVISAN, 2010).

Existem alguns testes que são utilizados para realizar a avaliação das funções cognitivas, como o Teste de Stroop (avalia atenção seletiva e controle inibitório), o Teste de Trilhas (avalia a atenção seletiva, velocidade de processamento, e flexibilidade mental) e o Teste Torre de Londres (avalia habilidade de planejamento e raciocínio lógico) (ANDRADE et al, 2016).

O teste de Stroop foi desenvolvido por John Rodley, em 1935 e é utilizado para o

avaliar as funções cognitivas, analisando o controle inibitório (impulsividade) e atenção seletiva visual, por meio da observação da reação e duração das respostas (CAPOVILLA, 2006). A avaliação pode ser realizada de forma computadorizada ou manual. O teste é composto por três tarefas: nomeação de cores, leitura de palavras, e identificação da cor que está escrita cada palavra, sem considerar as informações conflitantes ao redor da mesma. O fato de haver uma discrepância entre o nome da palavra e a cor da tinta provoca um efeito de interferência na nomeação da cor, sendo chamado de Efeito Stroop.

Merege Filho e seus colaboradores (2013) sugerem que um maior engajamento de crianças em atividades físicas no momento de lazer, como por exemplos jogos esportivos, podem propiciar melhoras cognitivas, apesar de ainda não ser claro se um maior nível de atividade física no tempo de lazer afeta positivamente o desempenho cognitivo.

Logo após uma única sessão de exercício físico aeróbio realizado em intensidade moderada, são observadas melhoras no desempenho de diferentes tarefas cognitivas, tais como velocidade de processamento, atenção seletiva e memória de curto prazo (MERENGUE FILHO et al., 2013). Especula-se, ainda, se existem diferenças entre os resultados de testes que avaliam a atenção seletiva e o controle inibitório antes e após as práticas de atividade física.

Tendo em vista a importância de se compreender a relação entre as funções cognitivas executivas e a prática de atividade física, este trabalho teve como objetivo comparar o desempenho de escolares antes e após a prática de atividade física em teste que avalia a atenção seletiva e o controle inibitório.

2 | METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como descritivo transversal comparativo, com abordagem quantitativa, realizado na escolinha de futebol da Prefeitura de Maracanaú Formando Campeões localizada na cidade de Maracanaú - CE.

A amostra foi composta por 22 escolares com idade 12 anos do sexo masculino, que estiveram presentes no dia agendado para a coleta de dados. Foram inclusos no estudo meninos com idade 12 anos, regularmente matriculado na Educação Básica e participantes de uma escolinha de futebol da prefeitura de Maracanaú no Ceará. O critério de exclusão utilizado foi apresentar alguma doença infecto contagiosa durante o período da coleta que aconteceu no mês de maio de 2018.

O teste aplicado foi desenvolvido por *John Ridley Stroop* em 1935 e é utilizado para avaliar a atenção seletiva, a capacidade de manter o foco numa atividade e inibir a tendência de fornecer respostas impulsivas, além da velocidade no processamento de informações.

A aplicação foi realizada na versão computadorizada- TESTINPACS®. Um monitor colorido foi posicionado ao nível dos olhos dos participantes. O teste foi dividido em 3 etapas.

Cada etapa apresentou 12 tentativas aleatórias e o tempo foi registrado em milissegundos. Na etapa 1 o aluno teve que determinar a cor da palavra e indicar a resposta pelas setas direita e esquerda do computador. Na etapa 2 tanto os estímulos quanto as respostas foram exibidos na condição de palavras, sempre em cor branca, realizando a leitura e respondendo de acordo com as opções apresentada abaixo utilizando as setas direita e esquerda do computador. Por fim, na etapa 3, o nome de uma das quatro cores era exibido em cor incompatível e o participante teve que pressionar a tecla correspondente à cor das letras.

O processamento e a análise dos dados foram realizados com o auxílio do *SPSS for Win/v.19.0 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago, IL, USA)*. Utilizou-se inicialmente a média pré exercício e pós exercício. As variáveis paramétricas foram apresentadas em média e desvio padrão ou erro padrão e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A confiabilidade do teste de Stroop (TR) entre os valores basais (pré x pós) foi verificada pelo o TESTE T pareado que analisou as diferenças entre atributos críticos antes e depois do exercício. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em gráfico e tabelas.

Esta pesquisa atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais da Resolução 466/12, assegurando a participação apenas de alunos cujos pais ou responsáveis assinaram o termo de consentimento.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados das médias do tempo de resposta em cada etapa dos 22 alunos estão descritas em segundos na figura 1.

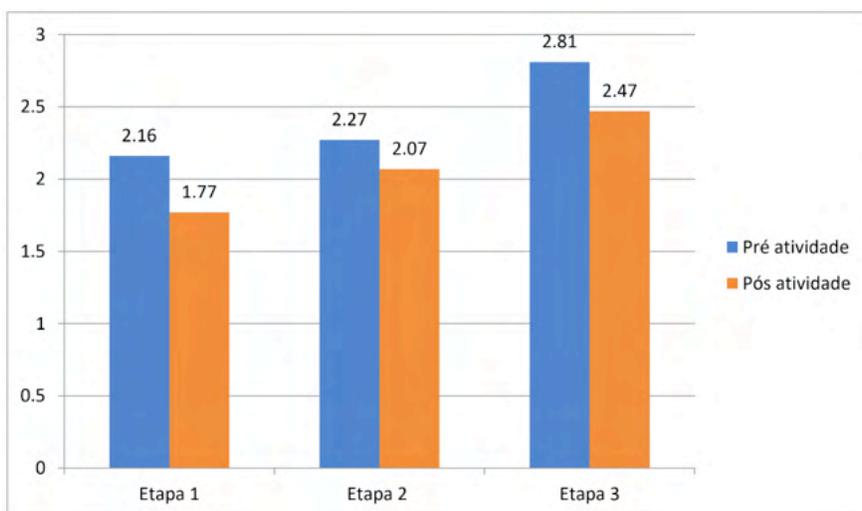


Figura 1. Média do tempo de resposta em segundos de cada etapa do Teste de Stroop.

Em relação ao tempo de resposta nas 3 etapas apresentadas, observa-se uma redução no teste realizado após o exercício se comparado às médias apresentadas antes da realização do exercício físico. Para nomear as cores das placas apresentadas na etapa 1 o tempo de resposta diminuiu de 2,16 (pré) para 1,77 (pós). Para realizar a leitura das palavras na etapa 2 temos uma redução de tempo de 2,27 (pré) para 2,07 (pós). Na etapa 3 o tempo baixou de 2,81 (pré) para 2,47 (pós).

A etapa 3 objetiva a identificação da cor que está escrita cada palavra, havendo uma discrepância entre o nome da palavra e a cor da tinta provocando um efeito de interferência na nomeação de cor, chamado de Efeito Stroop. Assim foi realizada uma análise estatística na etapa 3, para evidenciar a existência de diferenças significativas, apresentadas na Tabela 1.

	Média	Valor de P	Desvio Padrão	Erro	Intervalo de Confiança
Pareamento Pré - Pós	2,98	0,048	6,48	1,41	0,03 – 5,93

Tabela 1. Avaliação da diferença entre as médias (segundos) pré e pós atividade física.

Após análise estatística, os resultados das médias em segundos evidenciaram diferença significativa entre as variáveis antes e após a atividade física, apresentando um valor menor na variável pós atividade, apesar da confiabilidade da informação estar reduzida devido ao desvio padrão elevado.

Atividades físicas que apresentem uma maior demanda cognitiva, como aquelas que exigem atenção sustentada para alterações intencionais dos movimentos, apresentam benefícios não somente no sistema músculo esquelético e cardiovascular, mas também na função cognitiva (HOGAN, 2005). Os participantes desse estudo realizam atividade esportiva com as características apresentadas acima, o que pode apresentar relação com os resultados positivos encontrados após a prática esportiva.

Os mecanismos fisiológicos responsáveis pelos benefícios do exercício sobre o desempenho cognitivo envolvem o aumento da oferta de oxigênio e nutrientes para o metabolismo cerebral através do acréscimo do fluxo sanguíneo cerebral; o incremento na expressão de neurotransmissores capazes de remodelar potenciais de ação; a modulação de hormônios como a beta endorfina e o cortisol capazes de afetar a morfologia das estruturas cerebrais relacionadas as funções cognitivas. (MEREGE FILHO et al., 2013).

Gutin (1973) afirma que, o exercício com duração entre 45 segundos e dois minutos, com frequência cardíaca entre 90 e 120 batimentos por minuto, seria benéfico para a performance cognitiva. Os benefícios do exercício físico sobre a função cognitiva agi diretamente aumentando a velocidade do processamento cognitivo tendo uma melhora na circulação cerebral e alteração na síntese e degradação de neurotransmissores.

A participação em atividade esportiva regular pode ocasionar melhores resultados relacionados aptidão física. Estudos apontam a existência de associação entre a aptidão física e o tempo de reação em tarefas que requerem um alto poder do controle inibitório em crianças e adolescentes. (BENEDICKT et al., 2013; BUCK et al., 2008; HILLMAN et al., 2009). Pesquisa realizada por Buck e seus colaboradores (2008) com crianças e adolescentes de 7 a 12 anos com maior aptidão física apresentaram resultados melhores no teste de Stroop.

Há décadas, tem sido demonstrada uma relação benéfica entre a prática de exercícios físicos e o metabolismo do sistema nervoso central, apresentando melhores resultados àqueles que praticam regularmente exercícios físicos quando comparados a seus pares sedentários. Tem-se demonstrado ainda que escolares fisicamente ativos apresentem uma maior facilidade no processo de aprendizagem, razão pela qual se sugere que o treinamento físico possa ser de suma relevância não apenas para o crescimento e desenvolvimento físico, mas também intelectual (MERENGUE FILHO et al., 2013).

4 | CONCLUSÃO

O desempenho desta amostra de escolares antes e após a prática de atividade física em instrumento que avalia as funções cognitivas executivas, atenção seletiva e controle inibitório, evidenciou melhores resultados após a prática de atividade física, apresentando uma média inferior em comparação ao realizado antes.

Os principais achados sugerem que a atividade física, aprimora o desempenho do controle inibitório, visto que houve uma melhoria sobre a interferência Stroop (inibição da resposta) observada pela diminuição no tempo de reação da fase 3.

Esses resultados podem ser de grande importância para elucidar a influência da atividade sobre a eficiência do controle inibitório e, conseqüentemente, contribuir para o processo de aprendizagem em ambiente escolar.

Considerando-se as evidências, novos estudos são necessários na busca de maiores esclarecimentos sobre como a atividade física se relaciona diretamente com as funções cognitivas executivas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.J.; CARVALHO, M.C.; ALVES, R.J.R.; CIASCA, S.M. **Desempenho de escolares em teste de atenção e funções executivas: estudo comparativo**. Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia. V.33, 2016.

ANTUNES, H.K.M.; SANTOS, R.F.; CASSILHAS, R.; SANTOS, R.V.; BUENO, O.F.A.; MELLO, M.T. **Exercício físico e função cognitiva: uma revisão**. Rev Bras Med Esporte.12:108-14, 2006.

BENEDICT, C.; BROOKS, S.J.; KULLBERG, J ET AL. **Association between physical activity and brain health in older adults**. Neurobiol Aging.34:83-90. 2013.

BUCK, S.M.; HILLMAN, C.H.; CASTELLI, D.M. **The relation of aerobic fitness to stroop task performance in preadolescent children.** Med Sci Sports Exerc. 40:166-72. 2008.

CAPOVILLA, A. **Desenvolvimento e validação de instrumentos neuropsicológicos para avaliar funções executivas.** Avaliação Psicológica, v.5, n.2, p. 239-241, 2006.

CHADDOCK, L.; HILLMAN, C.H.; PONTIFEX, M.B.; JOHNSON, C.R.; RAINE, L.B.; KRAMER, A.F. **Childhood aerobic fitness predicts cognitive performance one year later.** J Sports Sci. 30:421-30, 2012.

CHODZKO-ZAJKO, W.J.; MOORE, K.A. **Physical fitness and cognitive functioning in aging.** Exerc Sport Sci Rev; 22:195-220, 1994.\

GUTIN, B. **Exercise-induced activation and human performance: a review.** Research Quarterly; American Association for Health, Physical Education and Recreation,44:3,256-268,1973. DOI:10.1080/10671188.1973.10615204.

HILLMAN, C.H.; PONTIFEX, M.B.; RAINE, L.B.; CASTELLI, D.M.; HALL, E.E.; KRAMER, A.F. **The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children.** Neuroscience.;159:1044-54. 2009.

HOGAN, M. **Physical and cognitive activity and exercise for older adults: a review.** Int J Aging Hum Dev;60(2):95-126, 2005.

MEREGE FILHO, C.A.A.; ALVES, C.R.R.; SEPÚLVEDA, C.; COSTA, A.S.; LANCHÁ JUNIOR, A.H.; GUALANO, B. **Influência do exercício físico sobre a cognição: uma atualização dos mecanismos fisiológicos.** Rev Bras Med Esporte, V.20, N.03, 2013.

PALANGANA, I.C. **Desenvolvimento e aprendizagem em piaget e vigotski: a relevância do social.** 6ª edição. São Paulo: Summus, 2015.

PAPALIA, D.F.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano.** 12ª edição. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, p.37-41, 2013.

STERNBERG, R.J. **Psicologia Cognitiva.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S.J. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, p.388, 2012.

TREVISAN, B.T. **Atenção e Controle Inibitório em pré-escolares e correlação com indicadores de desatenção e hiperatividade** [Dissertação].São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2010.

CAPÍTULO 10

O CUIDADO DOS ADOLESCENTES NA ESCOLA: PROJETO DE VIDA, PLANEJAMENTO FAMILIAR E CIDADANIA

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 02/11/2021

Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante

Universidade Federal de Jataí (UFJ), Curso de
Medicina
Jataí – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/5595466048191090>

Karoline Peres Barbosa Oliveira Couto

Enfermeira em Saúde e Estética Avançada
Jataí – GO
<http://lattes.cnpq.br/0505407166341532>

Fernanda Costa Pereira

Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de
Carvalho
Hospital Padre Tiago na Providência de Deus
Jataí – GO
<http://lattes.cnpq.br/8039962144537690>

Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Universidade Federal de Jataí (UFJ), Curso de
Enfermagem
Jataí – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/3510200077622218>

RESUMO: De acordo com o documento brasileiro Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência acontece entre os 12 e 18 anos de idade. Nesse contexto, a escola é um ambiente propício e apropriado para a aprendizagem e socialização do adolescente. Este artigo é um resumo expandido sobre ação de extensão realizada em uma Escola Estadual do Centro-

Oeste brasileiro no período de 2015 a 2016. Os resultados mostraram a necessidade e urgência de se estabelecer parcerias entre a universidade, os serviços de saúde e o ambiente escolar, visto que, por meio dessas ações, os adolescentes dialogaram sobre suas necessidades de saúde, sendo uma ótima oportunidade para se trabalhar temas voltados para a promoção, prevenção e educação em saúde no ambiente escolar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidado. Adolescência. Educação em Saúde.

THE CARE OF ADOLESCENTS AT SCHOOL: LIFE PROJECT, FAMILY PLANNING AND CITIZENSHIP

ABSTRACT: According to the Brazilian document Statute of Children and Adolescents (ECA), adolescence takes place between 12 and 18 years of age. In this context, the school is a favorable and appropriate environment for adolescent learning and socialization. This article is an expanded summary of the extension action carried out in a State School in the Midwest of Brazil from 2015 to 2016. The results showed the need and urgency to establish partnerships between the university, health services and the school environment, since, through these actions, the adolescents talked about their health needs, being a great opportunity to work on themes aimed at health promotion, prevention and education in the school environment.

KEYWORDS: Nursing. Caution. Adolescence. Health education.

1 | INTRODUÇÃO

Na transição entre a infância e a adolescência encontra-se a puberdade, período caracterizado predominantemente pela maturação do corpo, enquanto a adolescência é a maturação do ser. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente a adolescência acontece entre os 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2005), sendo constituída por constantes transformações físicas e emocionais importantes, na qual gera sentimentos conflitantes, pois a partir dessa fase, o adolescente se depara com o compromisso de assumir um novo papel perante a família e a sociedade (MEINCKE *et al.*, 2011).

A adolescência é compreendida então, como uma fase muito importante na vida de cada indivíduo; profundas transformações ocorrem no corpo, nos sentimentos, no humor, no jeito de enxergar a si mesmo e ao mundo, enquanto aumentam as atividades e as responsabilidades (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, Araújo *et al.* (2012) afirmam que este período compreende uma etapa da vida humana em que os futuros conceitos e padrões de saúde na vida adulta são estabelecidos.

Diante de todo esse processo Martins *et al.* (2014), afirmam que, o adolescente começa a enfrentar um período atribulado sendo caracterizado por dúvidas, descobertas e incertezas sobre as transformações e eventos fisiológicos que são próprios da adolescência levando o adolescente a buscar o autoconhecimento, busca extremamente necessária para o alcance do desenvolvimento e amadurecimento completo (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Martins *et al.* (2014) ressaltam ser de suma importância o amplo conhecimento dos adolescentes sobre questões relacionadas à anatomia e fisiologia, e para isto é importante a implantação de debates sobre saúde sexual e reprodutiva nas escolas, voltados para alunos, pais e professores, sobre as intensas mudanças vivenciadas na adolescência, constituindo-se uma iniciativa imprescindível. Partindo desse pressuposto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), reconhece a escola como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para a saúde.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um, a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2009 apud PORTUGAL, 2006; DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Diante do exposto, tendo em vista que este período da adolescência requer atenção especial por se tratar de um momento difícil, em que as transformações e conflitos causam um impacto na vida dos adolescentes e a necessidade de propor estratégias para que os adolescentes possam se assumir como sujeito de sua própria história, surgiu a iniciativa do docente e discente do Curso de Enfermagem em desenvolver ações de promoção e educação em saúde através do projeto intitulado: “O Cuidado dos adolescentes na escola:

projeto de vida, planejamento familiar e cidadania”.

A proposta objetivou, sobretudo, despertar nos adolescentes a reflexão e a consciência de seu papel de coautor de sua própria saúde. Por fim, mediante tal atividade de extensão, buscou-se aproximar as atividades de uma Instituição de Educação Superior (IES), com a escola, cumprindo um princípio apontado no Sistema único de Saúde (SUS), denominado intersectorialidade, para se alcançar resultados de saúde de forma efetiva.

2 | METODOLOGIA

A ação de extensão aconteceu entre os anos de 2015 a 2016 com os adolescentes de uma Escola Estadual de médio porte do Centro-Oeste brasileiro. Participaram das ações de extensão duas turmas (A e B) de adolescentes matriculados no ensino fundamental (8º ano), sendo respectivamente, 26 e 30 alunos com faixa etária entre 14 e 16 anos.

Para a efetivação das ações propostas, foi estabelecido contato inicial com os gestores da escola, a fim de apresentar a proposta do projeto com o intuito de formar parceria entre a universidade e a escola para a concretização das atividades. Nesse primeiro contato, além da apresentação das atividades a serem desenvolvidas, estabeleceu-se, juntamente com os profissionais gestores, quais seriam as contribuições para a concretização das ações propostas.

Nessa etapa de planejamento, foram discutidos e selecionados os temas prioritários a serem abordados com os adolescentes de acordo com a realidade e necessidades levantadas em conjunto com a gestão da escola e adolescentes. Os conteúdos selecionados foram temas relacionados à sexualidade, cidadania e projeto de vida, sendo abordadas nove temáticas: o conhecimento do adolescente sobre o próprio corpo; métodos de proteção à saúde sexual e planejamento familiar; importância do relacionamento afetivo; sexualidade e mídia; direitos aos adolescentes contidos no ECA; promoção da cultura da paz; construção da identidade e o desenvolvimento de valores; papel social do adolescente e projeto de vida; autoconhecimento e construção do projeto de vida.

Para o desenvolvimento das temáticas foram utilizadas diferentes métodos e estratégias de ensino-aprendizagem, como a problematização da realidade, dinâmicas de grupo, roda de conversa, roda de reflexão, trabalhos manuais (pinturas e desenhos), teatro, jogos, brincadeiras, vídeos e filmes educativos. Os recursos educativos utilizados no decorrer do projeto foram a caderneta de saúde do adolescente, teste vocacional, jornais, gibis, revistas, imagens educativas, cartazes, projetor, quadro, pincel.

Este projeto foi aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) da IES.

3 | RESULTADOS/DISSCUSSÃO

As ações de extensão desenvolvidas com os adolescentes promoveram a discussão

com os grupos de adolescentes permitindo a eles a oportunidade de dialogar, conhecer o próprio corpo e a importância do autocuidado. A abordagem sobre os métodos de proteção da saúde sexual e planejamento familiar enfatizou que o início precoce da vida sexual, em muitos casos desprotegidos, aumenta a vulnerabilidade a uma gravidez na adolescência, ao contágio por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre outros riscos que podem repercutir em seus sonhos e metas de vida.

A discussão sobre temas relacionados ao Estatuto da Criança e do Adolescente, cultura da paz e projeto de vida proporcionou aos adolescentes a oportunidade de conhecer seus direitos e refletir sobre o seu projeto de vida com base no papel social do adolescente na família e em seu grupo de convívio. Foi problematizado ainda, a responsabilidade, necessidade de autoconhecimento e planejamento para o futuro, visando a construção de um provável projeto de vida.

No decorrer das ações, os alunos explanaram que definir um projeto de vida constitui-se um desafio, porém, reconheceram a importância da direção do projeto de vida e demonstraram por meio de relatos verbais, o interesse pessoal, de sair em busca de um projeto de vida, incluindo o desejo de retribuir aos pais todo o investimento depositado em seus filhos.

Os alunos alegaram o desconhecimento acerca do ECA e discussão sobre a temática Cultura de Paz nas escolas; reconheceram que é comum conceberem conflitos com colegas, como situações recorrentes no ambiente escolar. Nesse sentido, o teatro, por meio da elaboração de dramatizações sobre o ECA contribuiu para que os adolescentes pudessem exprimir caracterizações originais de seus contextos e, posteriormente, a manifestação de processos reflexivos. Trabalhos manuais realizados pelos alunos, com pintura e desenho, permitiram ainda, que os alunos elencassem ações que os incentivassem a cultura da paz dentro da escola, dentre elas, a colaboração e respeito mútuo entre os alunos foram destacadas.

Os docentes relataram ainda, que os conhecimentos transmitidos foram significativos e de extrema importância no ambiente escolar, e que mesmo os temas muitas vezes polêmicos e de difícil trato, como sexualidade e ISTs, foram transmitidos de maneira clara e coerente, colaborando para elucidação de dúvidas comuns nesta fase da vida, o que correspondeu às expectativas da escola e dos alunos.

Estudos relatam que os adolescentes estão desenvolvendo sua maturidade sexual mais rapidamente que a psicossocial, ocorrendo assim uma iniciação de vida sexual mais precoce a cada dia, aonde muitas vezes a gravidez na adolescência vem como consequência desses atos precoces (MUNHOZ, 2006). A forma que os adolescentes irão conviver com a sexualidade depende de uma série de elementos que vão desde as influências do seu crescimento e desenvolvimento, cultura, modificações físicas, fenômenos mentais até seus contatos e relacionamentos vividos ou vivenciados (SANTOS et al. 2007).

Em muitas situações os adolescentes que realizam o ensino médio ou fundamental

interrompem os estudos para prover sustento a sua parceira e filho. Por isso a maternidade e paternidade na fase da adolescência podem ser vista como problema de saúde pública, uma vez que os adolescentes passam a encarar novas e diferentes responsabilidades (CORREA; FERRIANI, 2006; GOMES, 2006).

No que diz respeito à avaliação da proposta de trabalho, duas reuniões com os docentes das turmas e os responsáveis pelo projeto foram realizadas para discussão sobre a efetividade das ações realizadas no ambiente escolar. Em suma, as respostas obtidas demonstraram que houve uma avaliação positiva pelos professores, os temas foram tratados de forma didática e as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas despertaram o interesse dos alunos pelo conteúdo apresentado.

As sugestões apontadas pela equipe da escola foram a continuidade do trabalho com todas as turmas de ensino fundamental e a abordagem do tema álcool e drogas, uma vez que relataram que há necessidade urgente do desenvolvimento de ações referentes a este assunto. É essencial que os adolescentes possam ter condições de elaborar para si um projeto de vida, e assim possam estudar e alcançar satisfação na vida pessoal e profissional.

4 | CONCLUSÃO

Com base no conteúdo apresentado, somado a finalidade de realizar ações de promoção e prevenção da saúde, a escola, torna-se um ambiente propício para o desenvolvimento de estratégias que atendam aos princípios doutrinários do SUS, por meio da integração entre a universidade e a escola. Acredita-se que trabalhando de forma direta com o adolescente, por meio de diálogos abertos, exposições de situações problemas, dinâmicas e até mesmo as atividades lúdicas é possível abrir caminhos e maximizar os acertos, levando-os a reflexão sobre seu projeto de vida.

Os resultados apresentados confirmaram a necessidade e urgência de que o adolescente conheça a si mesmo, seu corpo, suas modificações, sendo coparticipante na manutenção de sua saúde, prevenindo-se e planejando seu futuro, garantindo um desenvolvimento saudável.

É válido ressaltar que, diante de todo esse cenário, há a necessidade de maior integração entre a universidade, profissionais de saúde, bem como, outros setores com as escolas, sendo um dos caminhos para se alcançar a promoção da saúde coletiva. Sendo assim, concluiu-se que foi possível conscientizar os alunos, sensibilizá-los e capacitá-los para a utilização de medidas práticas de promoção e proteção da saúde reconhecendo o ambiente escolar como espaço de comunicação e educação em saúde, propício para o compartilhamento de experiências que preparam os adolescentes para o exercício pleno da cidadania.

Acredita-se que a discussão sobre cidadania foi de extrema relevância para

reconhecer os significados que os adolescentes atribuem e maior compreensão sobre os determinantes que limitam o exercício da plena cidadania. Destaca-se que o assunto ganhou ímpeto pelos adolescentes, partindo de um entendimento de atitudes e comportamentos que podem promover ou inibir o exercício da cidadania no cotidiano, seja na escola ou fora dela.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, T. M. E, *et al.* **Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 242-720, 2012. Disponível em: Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes [Risk factors for HIV infection in adolescents] [Factores de riesgo para infección por VIH en adolescentes] | Araújo | Revista Enfermagem UERJ. Acesso em: 30/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: 07_0400_M.indd (saude.gov.br). Acesso em: 30/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas estratégicas. **Caderneta de saúde do Adolescente.** Brasília, 2010. Disponível em: Caderneta de saúde do adolescente (saude.gov.br). Acesso em: 30/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola.** Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 30/10/2021.

CORREA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. **Paternidade na Adolescência: um silêncio social e um vazio científico.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre vol. 27 n. 4 p:499-505, 2006. Disponível em: Paternidade na adolescência: um silêncio social e um vazio científico | De Paula Corrêa | Revista Gaúcha de Enfermagem (ufrgs.br). Acesso em: 30/10/2021.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. *In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.* Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

MARTINS, C. B. D. G. *et al.* **O Adolescer e a sexualidade: O Conhecimento sobre o próprio corpo.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 38, n. 2, p. 370-386, 2014. Disponível em: O ADOLESCER E A SEXUALIDADE: O CONHECIMENTO SOBRE O PRÓPRIO CORPO | Revista Baiana de Saúde Pública (sesab.ba.gov.br). Acesso em: 30/10/2021.

MEINCKE, S.M.K.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; CARRARO, T.E.; BRITO, S.S.; COLLET, N. Perfil sociodemográfico e econômico de pais adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 19 n. 3 p: 452-6, 2011. Disponível em: Perfil sociodemográfico e econômico de pais adolescentes | Semantic Scholar. Acesso em: 30/10/2021.

MUNHOZ, F.J.S. **Vivencia e expectativas da paternidade, pelo adolescente, sob a ótica da enfermagem.** 2006. 130p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B7200DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>. Acesso em: 09/08/2015.

SANTOS, D. R.; MARASCHIN, M. S.; CALDEIRA, S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. **Ciência, cuidado e saúde**, vol. 6 n. 4 p: 479-485, 2007.

TEIXEIRA, T. P.; SILVA, M. R.; WERLE, V. R. **Corpo humano: autoconhecimento e vivências de saúde na escola. 2014**. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/117372>. Acesso em: 30/10/2021.

CAPÍTULO 11

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA GRAVIDEZ

Data de aceite: 01/02/2022

Elizabeth Stefane Silva Rodrigues

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga-MG

Thaís Campos Rodrigues

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga-MG

Rayra Vitória Lopes Coimbra

Faculdade Única de Ipatinga
Santana do Paraíso - MG

Maria Eduarda Pinto

Faculdade Única de Ipatinga
Santana do Paraíso - MG

Tayná Tifany Pereira Sabino

Faculdade Única de Ipatinga
Santana do Paraíso - MG

Bernadete de Lourdes Xavier Guimaraes

Faculdade Única de Ipatinga
Nova Era – MG

Isabela Ramos Simão

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Rutiana Santos Batista

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Rafaela Barbosa Silva

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Larissa Bartles dos Santos

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga - MG

Stefany Pinheiro de Moura

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

Cláudia Maria Soares Barbosa

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

RESUMO: O câncer de colo de útero (CCU) caracteriza-se pela presença de um tumor maligno da parte inferior do útero. É um grande problema de saúde pública, pois possui um elevado potencial preventivo. O CCU está associado à infecção por Papilomavírus humano exclusivamente HPV 16 e HPV 18 e também relacionado a outros fatores de risco como fumo, exposição à *Chlamydia trachomatis*, utilização de contraceptivos orais por prolongado tempo e a multiparidade. Foram envolvidas no artigo as disciplinas de Saúde da Mulher, Semiologia e Semiotécnica 1 e 2, Genética, Interpretação de Exames, Anatomia, Enfermagem Clínica, Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde Mental. A revisão bibliográfica tem como objetivo apresentar um estudo acerca do CCU na gravidez, analisar sobre o prognóstico, prevenção e diagnóstico de câncer cervical na gravidez e sua importância quando diagnosticado precocemente. Observou-se a importância do exame citopatológico para a prevenção do câncer cervical, atuação do enfermeiro no rastreamento e detecção da doença, na orientação do público alvo sobre a

importância dos meios de prevenção, pois quanto maior o número de rastreamento, vacinação e sexo seguro os números de mortalidade por câncer de colo de útero são menores.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de colo de útero, gravidez, exame Papanicolau, Enfermagem.

CANCER OF THE UTERUS CANCER IN PREGNANCY

ABSTRACT: Cervical cancer (CCU) is characterized by the presence of a malignant tumor in the lower part of the uterus, a major public health problem since it has a high preventive potential. CCU is associated with human papillomavirus infection exclusively HPV 16 and HPV 18 and is also related to other risk factors. The subjects of Women's Health, Semiology and Semiotronics 1 and 2, Genetics, Exam Interpretation, Anatomy, Clinical Nursing, Child and Adolescent Health and Mental Health were involved in the article. The bibliographical review aims to present a review about CC in pregnancy, analyze the prognosis, prevention and diagnosis of cervical cancer in pregnancy and its importance when diagnosed early. The importance of Pap smears for the prevention of cervical cancer was observed, the role of nurses in screening and detecting the disease, in guiding the target audience about the importance of means of prevention, as the greater the number of screening, vaccination and safe sex cervical cancer mortality numbers are lower.

KEYWORDS: Restriction: Cervical cancer, pregnancy, Pap smear, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é caracterizado como um relevante problema de saúde pública haja vista que apresenta um elevado potencial preventivo. É o terceiro mais frequente e a quarta causa de mortalidade de mulheres com incidência de 16.340 novos casos anualmente no Brasil (BARCELOS, 2017).

O CCU associado à gravidez é aquele diagnosticado durante a gestação ou até 12 meses de puerpério. Quando o câncer é diagnosticado na gravidez a dificuldade na tomada de decisão sobre o tratamento é grande, pois existe um risco quanto para mãe tanto para o feto (LÉLIS *et al*, 2019).

O CCU está associado à infecção do Papiloma vírus Humano (HPV) exclusivamente o HPV-16 e o HPV-18. O seu desenvolvimento pode estar ligado também a outros fatores de risco como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), fumo, exposição à Chlamydia trachomatis, utilização de contraceptivos orais por prolongado tempo e a multiparidade (COSTA *et al*, 2017).

Durante o período gravídico ocorrem alterações imunológicas que geram um desequilíbrio na flora vaginal e acaba gerando um ambiente propício à proliferação do HPV e outros agentes infecciosos. O vírus do HPV pode causar lesões, verrugas e verruga genital o condiloma (TEIXEIRA *et al*, 2019).

É recomendada a realização do exame de Papanicolau durante a gravidez sendo importante para a detecção precoce de lesões do CCU. Esse exame é um dos métodos mais eficiente e relevante no diagnóstico por possibilitar a descoberta precoce de células

anormais precursoras do câncer (LÉLIS *et al*, 2019).

Esse artifício possui baixo custo comparado à eficiência na detecção precoce das lesões precursoras, além de ser um procedimento de fácil acesso à população e não haver necessidade de anestesia ou sedação. Segundo Teixeira (2019) a falta de conhecimento das mulheres traz como consequência a baixa conscientização sobre o significado do preventivo. Mulheres que nunca realizaram o exame e acabam descobrindo a doença já em estágio avançado.

O tratamento e diagnóstico na gravidez são difíceis, os profissionais de saúde juntamente com a gestante e a família, ficam angustiados, pois, vai existir o dilema em escolher a terapia ideal tanto para mãe quanto para o feto, muitas vezes entre a doença terminal e a vida (BOLDRINI *et al*, 2019).

Assim objetivou-se apresentar uma revisão bibliográfica acerca do CCU na gravidez, analisar sobre o prognóstico, prevenção e diagnóstico de câncer cervical na gravidez e sua importância quando diagnosticado precocemente.

Por ser um assunto de grande relevância, espera-se que a revisão suscite a atenção para o tema com o intuito de demonstrar a importância do exame de papanicolau na detecção precoce e o papel do enfermeiro na prevenção desta patologia.

Portanto, diante de todas as informações prestadas será possível descrever sobre o prognóstico, prevenção e diagnóstico de câncer cervical na gravidez, compreender e definir o papel do enfermeiro na prevenção do CCU, importância do exame preventivo no diagnóstico precoce e acompanhamento durante a vida sexual ativa da mulher.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem sistemática sobre o câncer cervical na gravidez. A pesquisa bibliográfica feita para este trabalho baseou-se em artigos científicos divulgados através das plataformas Scielo (Scientific Electronic Library Online), Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria), MultiMed e PubMed.

Como critério de inclusão foram utilizados artigos publicados nos últimos 5 anos que mostrassem boa descrição do tema.

As buscas das publicações ocorreram com objetivo de identificar de forma explícita o conteúdo por meio das seguintes palavras-chave Câncer de colo de útero, gravidez, exame Papanicolau, Enfermagem.

Foram selecionados 28 artigos nas bases de dados, entre os anos 2016 e 2021, onde 20 artigos foram incluídos, uma vez que apresentavam informações em acordo com o tema proposto.

Foram excluídos artigos que não abordassem o tema em sua integralidade, assim como artigos de publicações anteriores ao ano de 2016.

Neste trabalho, foram envolvidas as disciplinas de Saúde da Mulher, Semiologia e Semiotécnica 1 e 2, Genética, Interpretação de Exames, Anatomia, Enfermagem Clínica, Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde Mental.

Para análise do material foram realizadas leituras informativas e exploratórias dos artigos selecionados, seguida a síntese crítica e elaboração da revisão bibliográfica com as principais considerações sobre o tema.

3 I CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA GRAVIDEZ

Por muito tempo, a ocorrência de câncer durante a gravidez esteve relacionada à ideia de uma doença com comportamento agressivo, mau prognóstico e sem perspectivas de tratamento, mas pode-se dizer que, de acordo com os dados existentes, a gravidez não altera o curso biológico da doença, porque as taxas de sobrevivência de mulheres grávidas e não grávidas são semelhantes, desde que sejam comparadas com a mesma faixa etária, estágio e tipo histológico do câncer (ONCOGUIA, 2021).

O CCU caracteriza-se pela presença de um tumor maligno da parte inferior do útero. O câncer associado ao período gestacional implica a condição da descoberta do carcinoma num período que compreende o período gestacional até os 12 seguintes meses do pós-parto (AZIM *et al*, 2012 apud BOLDRINI *et al*, 2019).

A frequência da incidência de tumores malignos em gestantes é baixa. Porém, em relação aos tumores do aparelho reprodutor, o CCU representa um diagnóstico de até 12 confirmações a cada 10.000 gestações. No Brasil, o câncer de colo de útero gestacional acomete, no máximo, 0,1% das grávidas, representando assim, uma incidência baixa (INCA, 2016).

A incidência das neoplasias malignas que acometem as gestantes apresenta, em sua maioria, lesões de baixo grau. Quando são observadas as lesões de alto grau, a incidência em mulheres diagnosticadas chega a 1% das gestantes (PRETI *et al*, 2009 apud ONCOGUIA, 2021).

É necessário levar em consideração a idade das gestantes acometidas. Neste caso, durante um estudo, Boldrini *et al* (2019, p. 55), observou-se que “cerca de 43% das pacientes diagnosticadas têm menos de 45 anos e 28% são menores de 40 anos”, desmistificando a correlação da patologia em gestações de idade avançada.

Preti *et al* (2009 apud ONCOGUIA, 2021) reafirmam *et al* (2019), e apontam que a maioria das gestações ocorre entre os 18 e 35 anos de idade, e corresponde à faixa etária mais comum para o surgimento de neoplasias intraepiteliais cervicais, visto que é nesse período que as mulheres estão mais expostas aos fatores de risco como: HPV, multiparidade e multiplicidade de parceiros sem o uso de preservativos.

3.1 Diagnóstico

O diagnóstico é feito a partir da realização do exame preventivo, estratégia adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde, que deve ser ofertado a todas as mulheres que já tenham iniciado uma vida sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As estratégias de diagnóstico contribuem para a redução do estágio de apresentação do câncer, tem como objetivo identificar alterações sugestivas e encaminhar os pacientes para investigação diagnóstica. É importante que a população e os profissionais estejam aptos para o reconhecimento dos sintomas e sinais suspeitos de câncer, com o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde tanto na atenção primária quanto nos serviços de referência (INCA, 2016).

A interpretação do resultado do exame Papanicolau é difícil na gravidez por causa da presença de células decíduais, inflamações e erosões que podem gerar confusões no diagnóstico. O exame em gestantes possui a mesma importância para paciente não grávidas, não é recomendada a utilização da escova endocervical durante a gravidez (BOLDRIN *et al*, 2019).

No caso de diagnóstico definitivo de CCU, o profissional que fez a biópsia deve explicar com delicadeza o diagnóstico à mulher e dar a ela tempo para refletir, compreender a gravidade da doença e fazer perguntas, pois, vai existir o dilema em escolher a terapia ideal tanto para mãe quanto para o feto, muitas vezes entre a doença terminal e a vida (OMS, 2016).

3.1.1 EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO

Os programas e ações governamentais estabelecidos para rastreamento do câncer cervical se dividem em quatro elementos essenciais: prevenção primária, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. São ações direcionadas as mulheres de todos os níveis de atenção, principalmente aquelas da atenção primária. Todas as fases e procedimentos, desde a coleta até os resultados e encaminhamentos, são de grande importância para obtenção de benefícios no exame de prevenção do CCU (AMARAL *et al*, 2017).

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas a chave de entrada para o usuário do sistema de saúde, por isso o enfermeiro tem um papel crucial enfatizado na prevenção primária, uma vez que esse é o ponto principal para o controle da doença. As intervenções de enfermagem para prevenção do CCU evidenciam resultados positivos para detecção precoce da doença saúde (COSTA *et al*, 2017).

O exame citopatológico, também conhecido como Papanicolau, é um teste realizado de forma preventiva para detectar alterações nas células do colo do útero de forma precoce, a fim de detectar infecção por HPV, além de outras doenças sexualmente transmissíveis. É necessária a orientação da importância do exame preventivo, pois a realização periódica

permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer de colo de útero (PINHEIRO, 2020).

EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	
ENFERMEIRO	O profissional deve esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade e medo da paciente
	Preencher corretamente a requisição do exame
	Realizar a coleta do material citológico conforme as normas técnicas, padronizadas pelo INCA
	O ideal é realizar a coleta após cinco dias do término da menstruação
	Na identificação de quaisquer anormalidades durante o procedimento de coleta de material para o exame, é imprescindível a avaliação do enfermeiro ou médico
	Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após coleta, com cessação espontânea
	Orientar a importância de buscar o resultado do exame
	Agendar o retorno para o resultado
	Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sintômica. Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem.
	Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como IST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento
	Na presença de lesões suspeitas vegetantes ou ulceradas no colo do útero, deve encaminhar para a assistência especializada. A citologia pode não identificar a presença de células neoplásicas devido a necrose tecidual.

Quadro: Quadro-Síntese na prevenção do Câncer de Colo Do Útero.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2016.

Vários fatores podem interferir no aproveitamento do exame citopatológico, principalmente a qualificação dos profissionais que o realizam. De acordo com a resolução do COFEN nº 385/2011 o citopatológico é apresentado como prática de cuidado complexo

e se faz necessário ter conhecimento científico, reconhecendo o profissional enfermeiro capacitado para realizar o exame, e aplicar a prescrição de cuidados de enfermagem (MAIA *et al*, 2017).

Portadoras do HPV ou imunodeprimidas devem realizar o exame citopatológico logo após iniciar a vida sexual, com intervalos anuais após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral; gestantes devem seguir a rotina normal do rastreamento; mulheres que realizaram histerectomia total por outras razões que não foi por motivos de câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento; ausência de relação sexual não tem risco de câncer do colo de útero, por não terem contato com tipos oncogênicos do HPV (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2021).

Normalmente o exame funciona a partir da coleta dos epitélios da endocérvice (região interna) e ectocérvice (região externa). Para coletar da endocérvice se utiliza a escova endocervical com movimentos giratórios em 360° graus, e para colher da ectocérvice, utiliza-se a espátula de Ayres em leve raspagem. Em gestantes podem ser realizados o exame a qualquer momento da gravidez, porém obtendo apenas amostras da ectocérvice, pois por ação hormonal a junção escamo-colunar (JEC) se encontra exteriorizada (CABRAL; SOUZA; MARTINS, 2021).

Embora exista ações de implementação e estratégias que visam à prevenção, o CCU ainda é considerado um caso de saúde pública, levando em conta o alto índice de morbidade e mortalidade. A implementação de mulheres nos grupos educativos tem como objetivo a prevenção das infecções sexualmente transmissível (IST) e o esclarecimento e disponibilidade de métodos contraceptivos para evitar a infecção de doenças transmitidas sexualmente (OLIVEIRA; FERNANDES, 2017).

O enfermeiro atua na orientação das mulheres sobre os meios de prevenção e sua importância e benefícios, na organização e planejamento da assistência preventiva. Quando as ações cognitivas, comportamentais e sociais são implementadas juntas os resultados são mais eficazes. O enfermeiro pode atuar de perspectivas diferentes levando em conta as disponibilidades na área da saúde, a população a qual se destina, e o ambiente de implementação, aliado a assistência e conhecimentos a cerca dos fatores de risco a prevenção e promoção da saúde (COSTA *et al*, 2017).

3.2 Tratamento

O tratamento de tumores malignos ginecológicos na gravidez deve ser refletido no tratamento recomendado para mulheres não grávidas, e o equilíbrio deve ser mantido entre a saúde materna e fetal, sendo realizada sob orientação da gestante e da sua família, e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A gravidez sempre deverá ser considerada de alto risco com a existência simultânea do câncer. O monitoramento regular com ultrassom morfológico e o Doppler da artéria umbilical, são necessários durante

a gravidez. Manter a fertilidade e a qualidade de vida está se tornando uma preocupação crescente para as mulheres jovens com câncer. A cirurgia deve ser menos invasiva e preservar a fertilidade (BOLDRINI *et al*, 2019).

São submetidas à cirurgia não-obstétrica 0,75% a 2% das mulheres durante a gravidez. A anestesia durante a gravidez é considerada segura e não aumenta o risco de Anomalias Congênito. No primeiro trimestre, aumenta ligeiramente o risco de aborto espontâneo. Portanto, o segundo trimestre é considerado o melhor momento para a intervenção cirúrgica. Porque o risco de aborto é baixo (LÉLIS *et al*, 2019).

Há também riscos durante o parto e a amamentação; portanto, a quimioterapia deve ser interrompida entre a terceira e a quarta semanas antes do parto, o que pode levar à neutropenia febril ou trombocitopenia materno-fetal. Além disso, no decorrer da amamentação deve acontecer a interrupção do tratamento, pois, o medicamento pode disseminar para o bebê através do leite materno, aumenta o risco de danos (COSTA *et al*, 2018).

A quimioterapia neoadjuvante é outra preferência para mulheres grávidas após 24 semanas até que a sobrevida fetal seja atingida, seguida de cesariana e o tratamento cirúrgico. A execução da quimioterapia neoadjuvante é positiva, pois, pode melhorar o prognóstico da doença permitindo a espera de sobrevida do feto, ao mesmo tempo em que reduz a possibilidade de metástases linfática e interferem no tamanho da lesão, por isso muitas mulheres não precisam de cirurgia. No entanto, a extensão do tratamento definitivo do câncer é apenas adequada para mulheres grávidas no final do segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Em relação a mulheres não grávidas, não há diferença na sobrevida após o tratamento, sendo necessário interromper a gestação em caso de câncer de colo uterino invasor, identificado no primeiro trimestre (LÉLIS *et al*, 2019).

Em relação às decisões de tratamento, a idade gestacional, o estadiamento, a dosagem e o tipo de medicamento são considerados para melhorar a segurança. Por outro lado, a radioterapia não é indicada, pois pode causar danos para o feto durante a gravidez (COSTA *et al*, 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer é uma situação difícil para qualquer mulher, porém dar a notícia para uma mulher grávida é ainda pior: os medos e insegurança crescem, e a preocupação em saber se o bebê ficará bem ou se ela ficará bem. Considera-se, portanto, que a equipe de enfermagem demonstre empatia e importância no acompanhamento, bem como as intervenções para o paciente, além de orientar e acalmar a gestante e sua família.

Devido à identificação do HPV em exames de rastreamento como o Papanicolau, é importante realizar os exames de prevenção para identificar precocemente algum tipo de lesão precursora, impedindo que aumente os casos de câncer de colo uterino.

Conclui-se que a gestante pode realizar o exame preventivo, a fim de evitar o agravamento de um possível câncer, além de decidir o melhor tratamento caso for identificado para a idade gestacional.

É necessário que o profissional de enfermagem oriente ao público alvo sobre a importância dos meios de prevenção, pois quanto maior o número de rastreamento, vacinação e sexo seguro os números de mortalidade por câncer de colo de útero são menores.

REFERÊNCIAS

LÉLIS, Beatriz D. B; DUSSO, Mirna I. S; SOUZA, Fernanda L. P; BERNARDES, Nicole B.

TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM GESTANTES. Id on Line Rev. Mult. Psic. V.13, N. 45. p. 433-438, 2019 - ISSN 1981-1179. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1703>

TEIXEIRA, Larissa M; SANTOS, Amuzza A. P; SANCHES, Maria E. T. L; SILVA, Jovânia M. O; CAVALCANTE, Marília V. **Exame preventivo para o câncer de colo durante a gravidez: experiências das gestantes.** Rev baiana enferm (2019); 33:e33698 https://www.researchgate.net/profile/Jovania-Silva/publication/339892138_EXAME_PREVENTIVO_PARA_O_CANCER_DE_COLO_DURANTE_A_GRAVIDEZ_EXPERIENCIAS_DAS_GESTANTES/links/5eebb62e299bf1faac626200/EXAME-PREVENTIVO-PARA-O-CANCER-DE-COLO-DURANTE-A-GRAVIDEZ-EXPERIENCIAS-DAS-GESTANTES.pdf

BOLDRINI, Neide A, T; ROSSI, Kárin K. C; SASSINE, Thaissa O. T; FILHO, Henrique Z. B; FRIZERA, Henrique C. **Câncer do colo do útero na gravidez.** FEMINA 2019;47(1): 55-60. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046493/femina-2019-471-55-60.pdf>

COSTA, Francine K. M; WEIGERT, Simone P; BURCI, Ligia; NASCIMENTO, Kátia F. **Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero.** RGS. 2017 nov; 17 (Supl 1): 55-62.

<https://www.herrero.com.br/files/revista/filef125a619c4b18a99efe6fdf22874fdd6.pdf>

BOLDRINI, N. A. T.; et al. **Câncer do colo do útero na gravidez.** Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046493/femina-2019-471-55-60.pdf>. Acesso em 02 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Inca; 2016. <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-colo-do-utero/acoes-de-controlado-deteccao-precoce>. Acesso em: 02 out. 2021.

ONCOGUIA. **Gravidez e câncer de colo de útero, e agora?** Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/gravidez-e-cancer-de-colo-de-utero-e-agora/14322/7/>. Acesso 02 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero/> Acesso em: 04 de outubro, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Detecção Precoce do Câncer.** 72 p. : il. color. ISBN 978-65-88517-22-2 (versão eletrônica). – Rio de Janeiro : INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer> Acesso em: 04 de outubro, 2021.

Ministério da Saúde. **PROTOSCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA**. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – Ministério da Saúde – Saúde das Mulheres, 2016. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Acesso em: 04 de outubro, 2021.

PINHEIRO, Chloé. **O QUE É O EXAME DE PAPANICOLAU E PARA QUE ELE SERVE**. Revista Veja Saúde – Grupo Abril, 29 jan 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-e-o-exame-de-papanicolau-e-para-que-ele-serve/> Acesso em: 04 de outubro, 2021.

MAIA, Simone Maria De Araújo; JARDIM, Carolliny Faria; MORAES, Claudia Cristina Da Silva; SCOTELARIO, Diogo Gomes; CORREIA, Gabriel Barreto Da Silva; SILVA, Lilian Maria Dos Santos. **O ENFERMEIRO NA PRÁTICA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DO ÚTERO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**. Revista Enfermagem Atual/2017; 80. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/348/231> Acesso em: 04 de outubro, 2021.

CABRAL, Valéria Cláudia Pereira; SOUZA, Belysa Souza de; MARTINS, Leticia Dias Martins. **ASPECTOS CITOLÓGICOS ENTRE PAPANICOLAU E GRAVIDEZ**. Research, Society and Development, v. 10, n.11, e500101120015, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20015> Acesso em: 04 de outubro, 2021.

OPAS; OMS. Controle integral do câncer do colo do útero: Guia de práticas essenciais. **AS Saúde**, p. 1-415, 2016. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Controle-integral-do-c%C3%A2ncer-do-colo-do-%C3%BAtero-Guia-de-pr%C3%A1ticas-essenciais.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

COSTA, A.E.L.; SOUZA, J.R. **Implicações psicossociais relacionadas a assistência á gestante com câncer: percepções da equipe de saúde**. Rev. SBPH. v.21, n.3, p.100-122, 2018 <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1703/2528>

Francine krassota miranda da costa; simone planca weigert; ligia burci; kátia fialho do nascimento. **Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero**. Revista gestão & saúde (issn 1984 – 8153).<https://www.herrero.com.br/files/revista/filef125a619c4b18a99efe6fdf22874fdd6.pdf>

Mônica Santos Amaral; Amanda Gabrielly gonçalves; Lissa Cristhina Guimarães Silveira; **Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde**. Revista científica F acmais, volume. VII, número 1. Fev/mar. Ano 2017/1º semestre. Issn 2238. <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8-preven%C3%87%C3%83o-do-c%C3%82ncer-de-colo-de-%C3%9atero-a-atua%C3%87%C3%83o-do-profissional-enfermeiro-nas-unidades-b%C3%81sicas-de-sa%C3%9ade.pdf>

Jorge Luis Tavares de Oliveira; Betânia Maria Fernandesii; **Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes**. Revista de enfermagem uerj. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/915884/26242-103129-1-pb.pdf>

Késsia Raianne Santos Carregosa, Marcelly Conceição Menezes Anchieta, Yasmin Anayr Costa Ferrari, Carla Viviane Freitas de Jesus, Edna Santos Dias, Anderson Batista Cavalcante. **Relação entre câncer de colo do útero e papilomavírus humano (HPV): fatores de risco e formas de prevenção**. <https://eventos.set.edu.br/sempeq/article/view/12843>

Viviane Aparecida Siqueira Lopes ; José Mendes Ribeiro. **Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura**. Ciênc. Saúde coletiva 24 (9) 05set2019set2019. <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n9/3431-3442/pt/#>.

ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL DAS SURDAS: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMUNICACIONAL

Data de aceite: 01/02/2022

Maria Aparecida de Almeida Araújo

Graduada em Enfermagem pela Estácio.
Mestra em Políticas Públicas pela UFMA,
Doutora em Direito pela UNLZ(Argentina),
Pós doutora em Direito pela Università di
Messina(Itália), Especialista em Saúde Mental
e Atenção Psicossocial pela Estácio
ORCID: 0000-0002-3107-9829

RESUMO: Em decorrência da comunicação das parturientes surdas serem em língua de sinais enquanto os profissionais da saúde em sua maioria não terem familiaridades com a Língua de sinais, muitas pacientes surdas não recebem o atendimento de forma a integral e acabam segregadas durante todo o processo gestacional, puerperal e de lactação. Nesse sentido, acabam tendo dificuldades em participarem de forma assídua ao pré-natal. Nesse contexto, o presente artigo visa dar visibilidade à problemática da atenção à saúde materno-infantil das surdas, pois as dificuldades enfrentadas pelas gestantes surdas brasileiras em compreender as orientações e cuidados para a gestante e o recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE: Surdez. Libras. Enfermagem. Saúde.

ATTENTION TO MATERNAL-CHILDHOOD
HEALTH OF THE DEATHS: ANALYSIS
OF COMMUNICATION OBSTETRIC
VIOLENCE

ABSTRACT: As a result of the communication

of deaf women be in sign language while health professionals in your most do not have familiarity with the language of signs, many deaf patients do not receive the service of the integral form and end up segregated throughout the gestational process, and puerperal lactation. In this sense, end up having difficulty participating in regular way to prenatal care. In this context, this article seeks to give visibility to the problems of maternal and child health care of the deaf, because the difficulties faced by pregnant women who are deaf in understanding the Brazilian guidelines and care for the pregnant woman and the newborn.

KEYWORDS: Deafness. Pounds. Nursing. Health.

1 | INTRODUÇÃO

O termo violência remete a qualquer ato agressivo que pode se manifestar de forma física, sexual, psicológica, por negligência e/ou privação ¹

Para compreender a violência – qualquer que seja ela –, deve-se entender suas conexões com direitos, justiça, cidadania, estado de direito, direitos humanos e, com isso, colocar em evidência sua presença e efeitos, bem como seus desafios.²

Santos³, afirma que a violência pode ser entendida como a utilização da força ou do poder, contra si mesmo ou contra outro indivíduo, grupo ou comunidade, tendo a possibilidade ou resultando em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Segundo Foneite; Feo e Merlo⁴, a violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em franca expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher, ao longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa.

A violência obstétrica, por não ter uma definição precisa, por vezes é relacionada exclusivamente com a experiência do parto. Contudo, é importante notar que ela abrange todos os outros domínios da saúde sexual e reprodutiva, como a anticoncepcional, o planejamento familiar, o aborto e a menopausa⁵.

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos⁶.

Obstetra e professora Carla Andreucci Polido da UFSCar, define a violência obstétrica como a transformação do processo fisiológico do parto em um evento medicalizado, em um evento médico, institucional. É que quando essas atitudes ultrapassam as recomendações científicas para a assistência ao pré-natal e ao parto através do uso abusivo da tecnologia em desrespeito ao processo fisiológico.

Muniz⁷, então explica que, por base nesse desrespeito, as intervenções obstétricas que deveriam ser usadas com indicações precisas em intervenções rotineiras. São transformadas em um evento muitas vezes traumático, física e psicologicamente, para a mãe e para o bebê, contribui para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão das mulheres.

Pesquisas da Fundação Osvaldo Cruz em 2014, apontam que uma em cada quatro brasileiras que deram luz foi vítima de violência obstétrica e essa violência envolvem atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência, que vão desde o período pré-natal até durante o parto, e apenas nos últimos anos esse tema está sendo debatido pela comunidade científica juntamente com os profissionais de saúde e sociedade civil⁸.

O Ministério da Saúde cria as Políticas de atenção integral a Saúde da mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo⁹.

Para Aguiar¹⁰, o parto é um processo fisiológico que necessita de cuidados e acolhimento, no entanto é recorrente casos de maus tratos, desrespeito e abuso vivenciados por parturientes.

De acordo com a Fundação Perseu Abramo (2011), uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil, e atualmente os efeitos negativos dessa história são percebíveis nos altos índices de cesarianas e de morbimortalidade materno neonatal¹¹.

Ao contrário do que se aprende com a criação do programa (PHPN) o atendimento a parturiente tem se inclinado para a utilização de prática institucionalizadas, apesar dos indicadores científicos mostrarem os malefícios de algumas dessas intervenções¹².

Assim, nega a mulher o direito de escolha do parto evidência a violência obstétrica, ainda que não seja utilizada a força como estratégia de repressão. Segundo Diniz (2006), baseado nessas circunstâncias pode dizer que esse atendimento é marcado por violência física, simbólica e verbal caracterizando violência obstétrica.

Desse modo, configura-se como tal a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres no atendimento nas instituições, assim como o desrespeito à autonomia da mulher ⁷.

Contudo, a violência obstétrica que ocorre nos hospitais públicos se dá, principalmente, pelo fato de os profissionais terem uma demanda maior de atendimentos por dia e uma contraprestação financeira não tão vantajosa quanto aqueles que atendem de forma particular ¹³.

Diante dessa circunstância surge a pergunta norteadora: qual a relevância em realizar um estudo voltado para a violência contra mulher no que tange ao ato obstétrico?

Dessa forma o objetivo do trabalho é analisar a violência obstétrica a partir do referencial teórico publicado nas bases de dados e conscientizar os profissionais a atuarem nos cuidados a gestante de forma humanizada durante o trabalho de parto.

2 | VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O tema da violência na atenção obstétrica surge em decorrência da mudança do modelo de atenção ao parto, em que no século XIX é explicitado com o medo das mulheres do Quênia de serem violentadas no momento do parto. Esse era um dos principais motivos de não irem aos hospitais para terem seus bebês, por medo de serem, de alguma maneira, agredidas (espancadas, ameaçadas de surra etc.) ¹⁴.

Contudo, foi na década de 1990, com um estudo sobre o parto em um hospital rural ao observarem que muitas mulheres foram deixadas sozinhas e não foram autorizadas a trazer o companheiro para o momento do parto o tema da violência na atenção obstétrica começa a surgir e ganhar forças no Brasil, ¹⁵.

Vargas ¹¹, afirma que o saber-poder hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente e, em outros momentos sobre os profissionais de enfermagem leva a uma preocupação apenas tecnicista preocupando-se mais com a gravidez do que com a mulher grávida, valorizado assim, a técnica do parto deixando de ver a mulher como um ser humano. Assim, o médico apropria-se do corpo da gestante como se fosse um objeto desvalorizado a relação profissional da saúde e paciente que deve ser estabelecida durante o pré-natal, parto e lactação.

Souza¹⁵, relatam que desta forma, os partos, e não as mulheres parindo, deixam de ser um assunto de âmbito privado e assumem face pública, e devem ser dirigidos e controlados com toda a sorte de intervenções possíveis. E cabe a elas suportarem resignadamente a dor imposta pelos procedimentos, naturalizados como parte do processo

a fim de assegurar o sucesso do nascimento.

Respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que ocorra o parto humanizado¹⁶.

Para Caniato¹⁴, os aspectos de violência mostram que do ponto de vista da naturalização da violência há uma proibição “natural” às vítimas para reagir aos agravos sofridos.

Para tanto, citamos alguns procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher, em geral no atendimento ao trabalho de parto configurando violência obstétrica institucional: a episiotomia, as intervenções com finalidades “didáticas⁴”, as intervenções de verificação e aceleração do parto, da falta de esclarecimento e consentimento da paciente quanto a procedimentos a serem realizados, a manobra de Kristeller, da restrição de posição para o parto, restrição da escolha do local do parto. Essas características são reconhecidas pelo Dossiê da Violência Obstétrica que demonstram ocorrências no âmbito do sistema de saúde pública e privada, dos serviços e que são executados pelas equipes de saúde responsáveis pela assistência ao parto¹⁷.

Segundo Caniato¹⁴, dado aspecto natural de não reação à violência, muitas mulheres podem vivenciar o processo de retração e, assim não se manifestam quando ocorre a agressão, violência ou violação dada a condição de vulnerabilidade que se encontra.

2.1 O cuidado a gestante no Sistema Único de Saúde

A saúde da mulher exige um contínuo de atenção longitudinal ao longo de sua vida devido às peculiaridades dadas pela vivência das diferentes fases, daí uma assistência dita integral. A partir da puberdade até o climatério e, após o processo saúde-doença da mulher deve ser assistido na concepção de que a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de agravos e a recuperação tem foco no bem-estar, na qualidade de vida, na vida plena e digna¹.

Segundo Martins¹⁸, uma crescente mobilização dos movimentos de mulheres provocou a democratização das decisões governamentais com ampliação das discussões. No entanto, existem ainda grandes distorções e desigualdades de gênero na qualidade do atendimento e a persistência de um modelo de desigualdades históricas internas.

Para que a assistência à saúde da mulher seja eficiente, é necessário proporcionar condições que a conduzam a se descobrir como um ser integral, merecedora de muitos cuidados, inclusive aqueles relacionados à saúde¹⁸.

Dessa forma, os(as) enfermeiros(as) devem empenhar-se em executar a consulta de enfermagem e as escolas de enfermagem devem capacitá-los para realizar consultas de enfermagem à mulher, cabendo à(ao) enfermeira(o) realizá-la com competência e responsabilidade, primando pela excelência da qualidade da assistência¹⁸.

A experiência prática tem revelado a busca de clientes por informações básicas e, ao mesmo tempo, essenciais para a manutenção da qualidade de vida, na medida em que

suas expectativas são valorizadas com relação à assistência que lhe será prestada, sendo permitido expressar suas necessidades, dúvidas e angústias¹¹.

Gonçalves et al.,¹⁶ ressaltam que a responsabilidade social, enquanto direito e dever do cidadão, abriga o respeito dos profissionais às crenças, aos valores, às práticas e à autodeterminação dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um contexto de coparticipação em todo o processo de cuidado à saúde.

Andrade et al.,¹⁷ complementam que a relação de cuidado em enfermagem é uma relação humana, o que conseqüentemente implica a conjugação de dois seres humanos totalmente diferentes, uma vez que cada pessoa representa um universo inimaginável e irrepetível, que se regem por sentimentos, percepções, pensamentos, emoções e necessidade.

O atendimento de saúde deve pautar-se na Política Nacional de Humanização (PNH), que se intensifica na humanização das práticas de gestão e de atenção nos modos de conduzir e o cuidar do indivíduo de forma diferenciada para igualá-los.

Dessa forma, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, intitulada qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar vislumbrou as iniciativas da Humanização do Parto e da Saúde da Criança.

O Ministério da Saúde adota o conceito de Educação Permanente para dimensionar a tarefa de tornar a rede pública de saúde uma rede de referência no atendimento a saúde preventiva que é promovida pela educação em saúde. A Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo Governo Federal, com o objetivo de fomentar atenção humanizada ao pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil (para crianças com até dois anos de idade) em todos os serviços do SUS.¹⁹

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) é lançado e trouxe oficialmente a denominação Humanização (Portaria nº 569/2000 e outras)²⁰.

Diniz, Silveira e Mirim²¹, ressaltam que, em 2000 acontece a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto no Brasil, apoiado pelo Projeto Luz. Nessa Conferência foi criada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan), inspirada na ReHuNa.

3 | CONCLUSÃO

Os dados revelaram que a violência obstétrica perpassa desde o campo da negligência do atendimento com a desassistência e ao descuidado, passando pela negativa do direito a ter um acompanhante de sua escolha, caminhado com as violências institucionais, moral física, sexual verbal e psicológica responsável pela maioria das depressões pós-parto.

Sabe-se que a conduta esperada pelas pacientes é o acolhimento, a experimentação

de boas práticas voltada para o parto humanizado. Deste modo entende-se a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para um acolhimento humanizado, respeitando a mulher e sua condição. Isto, certamente poderá contribuir para minimizar situações de violência obstétrica, bem como reduzir agravamentos físico, psicológico e social por retardo da procura da assistência após ocorrência de violência obstétrica de maior ou menor grau.

A pesquisa permitiu constatar que a violência obstétrica não foi erradicada no Brasil. Desta forma, fica evidente que o atendimento dispensado as mulheres não refletem o recomendado pelo Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, é preciso romper o silêncio que ainda impera dando status a esse atendimento doloroso.

REFERÊNCIAS

1. Silva MG et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev. RENE (Fortaleza). 2008;15(4):720-728.
2. Adorno S. Monopólio Estatal da Violência na Sociedade Brasileira Contemporânea. In: MICELI, S. (Org.) O que ler na Ciência Social Brasileira. São Paulo: ANPOCS/Ed. Sumaré; Brasília: CAPES, 2002. Vol. IV. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000193&pid=S15174522201100020001300001&lng=pt>. Acesso em: 15 set. 2017.
3. Santos RC Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. Rev. Estação Científica (Macapá). 2015;5(1), p. 57-68, jan./jun. 2015.
4. Foneite J; Feo, A; Merlo, JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2012;72(1). Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_abstract. Acesso em: 19 de agosto de 2017.
5. Belli, Laura Florencia; La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista red Bioética; 1(7):25-34.
6. Juárez DY. Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. In: Diana Juárez et. al. Edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. 1. ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.
7. Muniz BM; Barbosa, RM. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de dezembro de 2012.
8. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014.
9. Souza TG de; Gaíva, MAM; MODES, PSS. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev. Gaúcha Enferm (Porto Alegre). 2011;32(3):479-486. Rev Med (São Paulo). 2012;91(4):267-71
10. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas: sob a ótica das usuárias. Interface comum. Saúde Educ. 2011;15(36):79-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>. Acesso em: 21 de maio 2017.
11. Vargas PB. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (Rio de Janeiro). 2014;6(3):1021- 1035.

12. Diniz SG; et al.. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum* (São Paulo). 2015;25(3):377-384. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 13 de março de 2017.
13. Venturini G; AGUIAR J; HOTIMSKY S. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. *Rev. Coletiva*, 2010. Disponível em: <http://www.coletiva.org/index.php/artigo/a-violencia-institucional-no-parto-em-maternidades-brasileiras/>. Acesso em: 15 set. 2017.
14. Caniato, AMP. Violências e subjetividades: o indivíduo contemporâneo. *Psicol. Soc.* (Belo Horizonte). 2008;20(1):16-32. ISSN 0102-7182. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 out. 2017
15. Souza, AB. et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. ciênc. méd.* (Campinas). 2015;25(3):115-128. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859888>. Acesso em: 02 out. 2017.
16. Gonçalves R.. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias. *Revista Escola de Enfermagem USP* (São Paulo). 2011;45(1):62-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf>. Acesso: 30 de março de 2017.
17. Andrade PON et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Recife). 2016;16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029.
18. Martins AC;Barros GM. Você dará à luz com dor? Revisão integrativa da violência obstétrica nas unidades públicas brasileiras. *Rev. Dor* (São Paulo). 2016;17(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300215&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 05 maio de 2017.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007. v.1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/sus.html. Acesso em: 07 maio 2017.
20. Moraes J F; Godoi, CVC; Fonseca MRCC. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. *Saúde em Revista*. (Piracicaba). 2006;8(19):13-19. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>, acessado em 15 fev. 2017.
21. Diniz CSG; Silveira LP; Mirim, LA. A violência contra a mulher como questão de saúde pública no Brasil. In: DINIZ, Simone G. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/981>. Acesso em: 08 out. 2017.

CAPÍTULO 13

PERFIL DO USUÁRIO MASCULINO ATENDIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA – AM

Data de aceite: 01/02/2022

Data da Submissão: 24/07/2021

Jean da Silva e Silva

Universidade Paulista – UNIP
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/0491910046766458>

Antonio Marcos Cruz e Silva

Universidade Paulista – UNIP
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/8322129622389272>

Amanda Monteiro de Oliveira

Universidade Paulista – UNIP
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/8909714791604818>

Maria Karoline Nogueira Simões

Universidade Paulista – UNIP
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/0213891541496658>

Silvana Nunes Figueiredo

Mestre de Enfermagem pela UFAM
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/1230323697077787>

Maria Leila Fabar dos Santos

Universidade Paulista – UNIP
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/2580482732621565>

Loren Rebeca Anselmo

Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/6333984153134331>

Leslie Bezerra Monteiro

Mestre em Enfermagem
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/5811196877265406>

Andreia Silvana Silva Costa

Mestre em Saúde Pública
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/3333177219671843>

Iraneide Ferreira Mafra

Mestre em Enfermagem
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/7298148208848337>

RESUMO: Introdução: Ainda é um desafio convencer a população masculina a cuidar de sua própria saúde. A cultura familiar, preconceitos e tabus, ainda presentes na sociedade atual, exercem peso e influência muito grande sobre os homens e isso influenciou na implementação de políticas públicas que estimulassem a promoção de saúde a esse grupo social, visando entre outras coisas, mostrar a importância do autocuidado com a saúde. **Objetivos:** Investigar o perfil dos usuários do sexo masculino atendidos em uma Unidade Básica localizada no distrito de Cacau Pirêra, Iranduba - AM. **Metodologia:** pesquisa de campo não experimental e exploratória, descritiva e de abordagem quantitativa realizada na Unidade Básica de Saúde Vitória Paz. O estudo teve como participantes 29 homens cadastrados na UBS; a coleta de dados foi feita por meio de um formulário, para a caracterização não somente do perfil sociodemográfico e econômico dos participantes, mas também do seu perfil

de saúde, com foco no estilo de vida. **Resultados:** quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes, predominaram indivíduos com idade entre 19 e 38 anos (48,27%), solteiros (44,82%), pardos, 62% (n=18), com ensino médio completo (31,03%), sem filhos (55,17%) e que recebem apenas um salário-mínimo (48,27%). Em relação às doenças crônicas a maioria disse não ser diabética e nem hipertensa. E quanto ao estilo de vida, a maioria referiu não ser sedentário, etilista e nem fumante. **Conclusão:** o estudo permitiu conhecer um pouco do perfil de uma parcela de homens do distrito de Cacau Pirêra no Iranduba-AM e despertou o interesse dos acadêmicos em ampliar a pesquisa para outras unidades de saúde localizadas no distrito de Cacau Pirêra, a fim de confrontar ou reforçar os dados dessa pesquisa e verificar se os homens estão realmente se cuidando mais, e que a política de saúde voltada para esse segmento social está atingindo seus objetivos.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do homem, autocuidado, promoção da saúde, atenção primária.

MALE USER PROFILE SERVICED AT A BASIC HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY OF IRANDUBA - AM

ABSTRACT: Introduction: It's still a challenge to convince the male population to take care of their own health. Family culture, prejudices and taboos, still present in today's society, exert a great weight and influence on men and this influenced the implementation of public policies that stimulated health promotion for this social group, aiming, among other things, to show the importance of self-care with health. **Objectives:** To investigate the profile of male users assisted in a Basic Unit located in the district of Cacau Pirêra

ra, Iranduba - AM. **Methodology:** non-experimental and exploratory field research, descriptive and with a quantitative approach carried out at the Basic Health Unit Vitória Paz. The study had 29 men registered at the UBS as participants; data collection was performed using a form, to characterize not only the sociodemographic and economic profile of the participants, but also their health profile, with a focus on lifestyle. **Results:** regarding the sociodemographic profile of the participants, individuals aged between 19 and 38 years (48.27%), single (44.82%), brown, 62% (n=18), with complete high school (31, 03%), without children (55.17%) and receiving only the minimum wage (48.27%). In relation to chronic diseases, most said they were neither diabetic nor hypertensive. As for the lifestyle, most reported not being sedentary, drinking or smoking. **Conclusion:** the study allowed us to know a little about the profile of a portion of men in the district of Cacau Pirêra in Iranduba-AM and aroused the interest of academics in expanding the research to other health units located in the district of Cacau Pirêra, in order to confront or reinforce the data from this research and verify that men are really taking care of themselves more, and that the health policy aimed at this social segment is reaching its goals.

KEYWORDS: men's health, self-care, health promotion, primary care.

1 | INTRODUÇÃO

O gênero é definido com base no que determinada sociedade entende sobre seus valores, atitudes e comportamentos. Esse entendimento é construído e repassado pela cultura familiar e convívio sociocultural, salientando que sexo e gênero não são sinônimos. O sexo afirma características biológicas predeterminadas do homem e da mulher; no

gênero, as características socialmente construídas podem sofrer variações segundo a cultura, o contexto socioeconômico, sociocultural e histórico em que o indivíduo está inserido. A construção social atribuída ao gênero masculino contribui para o afastamento dos homens dos serviços de saúde, pois eles julgam-se frágeis diante da perspectiva de expor seu adoecimento. Para uma melhor compreensão acerca da saúde do homem, é preciso olhar numa perspectiva de gênero, para entender os motivos que os levam a esconder suas condições de saúde e a não realizar o autocuidado (MORAES, UEHARA, MARQUES, 2020).

Em detrimento dessas situações, o homem acaba procurando um atendimento médico quando a situação de sua saúde já está em um nível mais elevado, fazendo com que o sistema tenha mais gastos no decorrer de seu tratamento que é feito em um hospital de média e alta complexidade. Pela alta incidência de morte nesse público, pode-se notar como é frágil a promoção de saúde para essa parcela da sociedade (MOREIRA e CARVALHO, 2016). Além disso, há relatos de autores falando que muitas vezes os homens não buscam ajuda, pois os horários das consultas são conflitantes ao horário do seu trabalho, assim deixando a saúde para segundo plano (SANTOS et al., 2017).

A partir disso a população masculina ganha notoriedade e se torna um público com mais meios e informações sobre sua saúde, a implementação de promoção de saúde específica para os homens passa a ser uma das prioridades, ajudando-os para compreender seu papel na sua própria saúde e qualidade de vida. Portanto, em decorrência dessas situações houve a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), uma política pública direcionada à saúde do homem, pela portaria número 1.944, em 27 de agosto de 2009 com o propósito de atingir uma parcela maior de homens para promover uma maior qualidade de vida e prevenção à saúde desse público (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde – particularmente com suas estratégias de humanização, na busca do fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população. No fundo, essa Política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos à saúde do indivíduo do sexo masculino são verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2009).

Atualmente tem sido de grande interesse para a saúde pública discutir a respeito das políticas direcionadas ao homem uma vez que se nota a necessidade de atrair esse público aos serviços de saúde. É sabido que, por se tratar de um tema pouco explorado cientificamente e possuir dados restritos, torna-se pertinente a construção de novas investigações como forma de se obter informações para possibilitar planejamento e

implantação de estratégias que possam facilitar o acesso dessa clientela às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (PEREIRA, 2015).

Enfermeiros(as) que atuam diretamente nos serviços de saúde indicam que tais serviços estão estruturados para atender o público feminino, sendo este um fator de impedimento para que os homens possam participar de maneira mais efetiva e buscar atendimento nas unidades de saúde. Além disso, a mulher vem ganhando mais espaço na sociedade, conquistando a ampliação do seu cuidado e, com isso, políticas de saúde foram estabelecidas objetivando reduzir índices de mortalidade de crianças e mulheres, entre outras ações, algo que não aconteceu para o público masculino (MOREIRA & CARVALHO, 2016).

Através da PNAISH, é possível que ocorram mudanças significativas nessa população, aproximando-os das unidades de Atenção Primária à Saúde (GARCIA, LUIS, 2019). Para isso é fundamental que os profissionais que trabalham na saúde atuem no cuidado à população masculina embasados nos princípios da universalidade, humanidade e equidade (MOREIRA & CARVALHO, 2016).

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar o perfil do usuário masculino atendido em uma Unidade Básica de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes da pesquisa.
- Identificar o perfil de saúde do usuário masculino atendido na unidade de saúde, focando no estilo de vida.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, não experimental, de natureza quantitativa, exploratória e descritiva, realizada na Unidade Básica de Saúde Vitória Paz, localizada no distrito de Cacau Pirêra, Iranduba - AM.

Participaram da pesquisa 29 usuários do SUS, do sexo masculino, com idade acima de 18 anos e moradores do distrito Cacau Pirêra, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vitória Paz, cadastrados nos programas de saúde executados pela referida Unidade.

A coleta de dados somente ocorreu após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) na data de 24 de junho de 2021, por meio do CAEE sob o parecer nº 48808821.3.0000.5512 e assinatura por parte dos participantes da pesquisa do Termo de Compromisso Livre Esclarecido - TCLE, conforme determina a Resolução CNS 466/12, II.4 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa-CONEP. O sigilo sobre as informações obtidas

dos participantes do estudo na coleta de dados foi respeitado.

A pesquisa se deu nos meses de agosto e setembro de 2021. Para a coleta de dados foi usado um formulário dividido em duas partes. A primeira, para a caracterização perfil sociodemográfico e econômico dos participantes, em que foram consideradas as variáveis faixa etária; estado civil; raça e cor; se tinham filhos ou não; escolaridade e renda. A segunda, constituída por questões que permitiram a caracterização do perfil de saúde dos participantes, com foco na presença de DCNTs ou não e o estilo de vida que incluíam ser etilista ou não, ser tabagista ou não e consumo ou não de alimentos como carne e frutas com frequência.

4 | RESULTADOS

A **Tabela 1** traz informes referentes às variáveis sociodemográficas dos 29 participantes do estudo. Os resultados apontaram o predomínio de indivíduos com idade entre 19 e 38 anos (48,27%), solteiros (44,82%), pardos, 62% (n=18), com ensino médio completo (31,03%), sem filhos (55,17%) e que recebem apenas um salário-mínimo (48,27%).

VARIAVEIS	N	%
Faixa Etária		
18 anos	3	10,34%
19 a 38 anos	14	48,27%
39 a 57 anos	6	20,68%
58 a 77 anos	6	20,68%
Estado Civil		
Casado	10	34,48%
Solteiro	13	44,82%
Separado	1	3,44%
Viúvo	2	6,89%
União estável	3	10,34%
Raça/Cor		
Branços	7	24%
Pardos	18	62%
Negros	4	13%
Renda		
Um salário-mínimo	14	48,27%
Dois salários-mínimos	7	24,13%
Três salários-mínimos ou mais	8	27,58%
Escolaridade		
Ens. Fund. Incompleto	7	24,13%
Ens. Med. Incompleto	3	10,34%
Ens. Sup. Incompleto	4	13,79%
Ens. Fund. Completo	4	13,79%
Ens. Méd. Completo	9	31,03%
Ens. Sup. Completo	2	6,89%
Filhos		
Homens com filhos	13	44,82%
Homens sem filhos	16	55,17%
TOTAL	29	100%

Fonte: autoria própria

Tabela 1- Perfil sociodemográfico e econômico dos participantes. Iranduba-AM (2021).

A Tabela 2 demonstra que a maioria dos participantes referiu não ser hipertenso e nem diabético, porém, dentre aqueles que manifestaram possuir alguma dessas doenças crônicas – diabete e hipertensão arterial – prevaleceu a hipertensão arterial (10,34%). O estudo ainda apontou em relação ao estilo de vida, que a maioria dos entrevistados afirmou não ser sedentário (58,62%), não ingerir bebidas alcoólicas (65,51%) e não ser tabagista (93,10%). Quanto a alimentação, a maioria referiram fazer ingestão de carne vermelha (79,31%) e de frutas (93,1%).

VARIÁVEIS	N	%
Doenças Crônicas		
Hipertenso	3	10,34%
Não Hipertenso	26	89,65%
Diabético	1	3,44%
Não Diabético	28	96,55%
Estilo de vida		
Sedentário	12	41,37%
Não sedentário	17	58,62%
Elitista	10	34,48%
Não elitista	19	65,51%
Tabagista	2	6,89%
Não tabagista	27	93,10%
Alimentação		
Consome carne vermelha	23	79,31%
Consome frutas	27	93,1%
TOTAL	29	100%

Fonte: autoria própria.

Tabela 2- Doenças crônicas e hábitos de vida dos participantes. Iranduba-AM (2021).

Fonte: Autoria própria.

5 | DISCUSSÃO

A pesquisa apontou que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária de 19 a 38 anos (48,27%), diferente do estudo realizado por Czorny et al, (2017) na cidade de Recife em que prevaleceu a faixa etária de 41 a 60 anos (34,68%). Segundo os autores, a idade é um fator que motiva uma população a adotar formas de cuidados e prevenir doenças como as crônicas, diabete e hipertensão.

Em relação ao estado civil, a prevalência maior foi de homens solteiros (44,82%), diferente do estudo feito por Aguiar et al, (2017) no interior de São Paulo em que prevaleceu o estado civil de homens casados (59,8%) e que segundo os autores, a quantidade de homens casados em busca do autocuidado ocorre devido o incentivo de sua parceira.

Quanto a cor e raça, o resultado indicou que a maioria dos entrevistados (62%), se autodeclarou parda. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que quase 80% da população masculina do Amazonas é parda reforçando assim o resultado da pesquisa para esta variável.

A pesquisa aponta que a maioria dos homens (31,03%) terminou o ensino médio e entende-se então que são homens que entendem um pouco os benefícios de bons hábitos. No estudo realizado por Czorny et al, (2017) no nordeste brasileiro, na cidade de Recife aponta que a maioria dos homens terminou apenas o ensino fundamental e que a renda não passa de um salário-mínimo, sendo um dos fatores determinantes para o aumento de doenças crônicas.

Na pesquisa feita em Vitória-ES por Coelho (2020), se destacaram alguns fatores de risco à saúde como o tabagismo e o etilismo. O estudo revelou que 36% dos homens eram tabagistas e 85% consumiam bebidas alcoólicas. Assim como em outra pesquisa sobre comportamentos de risco para a obesidade, feita por universitários da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 66,4% são sedentários brasileiros (STREB AR et al., 2018). Nos dois estudos, a prevalência observada foi que a maioria dos homens são sedentários, e quanto aos hábitos de vida, o etilismo e o tabagismo se apresentaram com percentual elevados entre os participantes, o que vai de encontro com os dados da pesquisa realizada no Cacau Pirêra.

O estudo apontou baixo percentual de homens com diabetes (10,34%) e hipertensão, assim como a pesquisa realizada no município de Rondonópolis, Sul do estado de Mato Grosso, por Resende GP et al, (2018), que demonstrou haver menor prevalência de homens com doenças crônicas.

Nessa pesquisa, 79,31% dos participantes referiu ingerir carne vermelha e frutas (93,1%) com frequência, assim como no estudo realizado na zona urbana de Pelotas-RS, por Padilha et al, (2020) demonstra que a maioria (98,1%) dos homens ingeriam carne e que 90% dos homens ingeriam frutas. Segundo o autor, houve uma relação entre o consumo de carne diariamente com probabilidade de ocorrência de multimorbidade. Ter uma alimentação rica em proteínas influencia na saúde, não apenas do homem, mas de todo o ser humano. Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS informam que 90% dos casos de diabetes Tipo 2, 80% das doenças coronarianas e 30% dos casos de câncer deixariam de acometer a população em geral, se medidas gerais de prevenção como a prática de atividades físicas, alimentação saudável e redução do uso de tabaco e seus derivados fossem adotadas.

6 | CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitiram conhecer um pouco do perfil de uma pequena parcela de homens residentes no distrito de Cacau Pirêra, no município de Iranduba-AM. Esse perfil mostrou que a maioria desses homens frequentadores da Unidade Básica de Saúde Vitória Paz são de adultos jovens – com faixa etária entre 19 e 38 anos – de cor parda, solteiros, sem filhos, com ensino médio completo, com renda de até um salário-mínimo; não hipertensos e nem diabéticos em sua maioria, bem como, não sedentários,

nem etilistas e tabagistas, e que consomem carne e frutas regularmente.

Embora os resultados da pesquisa não reflitam um perfil típico da maioria da população masculina residente na área de abrangência da UBS, assim como de outras localidades, o resultado despertou o interesse dos acadêmicos envolvidos no processo em ampliar esse estudo para outras unidades de saúde localizadas no distrito de Cacaú Pirêra.

É preciso confrontar ou reforçar os dados obtidos e verificar se a comunidade masculina está realmente se cuidando mais, se a política de saúde voltada para esse segmento social, realmente está alcançando seus objetivos e os impactos que isso trará no futuro para os homens, não somente em seu ambiente familiar, mas também no laboral, sobretudo em uma região de pouco alcance das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR JC. et al. **Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios**. REME – Rev Min Enferm. 2017. Acesso em: 07 de novembro de 2021.
2. BERBEL, Catiane Maria Nogueira., CHIRELLI, Mara Quaglio. **Saúde do Homem: desafios da implementação do cuidado**. CIAIQ2018, 2018, 2. Acesso em: 05 maio 21.
3. CZORNY, Rildo. et al. **Perfil do usuário homem atendido em uma unidade básica de saúde da família**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(4):1624-31, abr., 2017. Acesso em: 05 maio de 21.
4. GARCIA, Luis. et al. **Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 19-33, dez. 2019. Acesso em: 20 maio 21.
5. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 978-85-224-5142-51. Ciências sociais - Metodologia 2. Ciências sociais - Pesquisas 3. Pesquisa - Metodologia I. Título.93-3004 CDD-300.72. Acesso em: 12 abr. 21.
6. _____. Ministério da Saúde (2009). **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 05 maio 21.
7. MORAES, Adriani., UEHARA, Sílvia., MARQUES, Angélica. **Fragilidades e fortalezas da assistência à saúde do homem na atenção primária à saúde**. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):53-61. Disponível em file:///C:/Users/T-Gamer/Downloads/413-1900-1-PB.pdf. Acesso em: 05 maio 21.
8. MOREIRA, M. A., & CARVALHO, C. N. (2016). **Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia**. Saúde & Transformação Social, 7(3), 121-132. Acesso em: 05 maio 21.
9. PADILHA et al, **Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal***. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(3):e2019050, 2020. Acesso em: 07 de novembro de 2021.
10. PEREIRA, M. M. M., et al. **Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde**. Rev. enferm. UFPE on line, 440-447. Acesso em: 05 maio 21.

11. PINHO MC. et al. **Use of alcohol and tobacco among university students of Occupational Therapy at a public university.** SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2020;16(1):1-12. Acesso em: 05 de novembro de 2021.
12. SANTOS, E. M., et al. **Saúde dos homens na percepção de enfermeiros da estratégia saúde da família.** Revista de APS, 20(2), 231-238. Acesso em: 05 maio 21.
13. SCORSOLINI, Fabio, ALVES, Júnia & SANTOS, Manoel. **Permanências e Descontinuidades nas Concepções Contemporâneas de Casamento na Perspectiva de Casais Longevos.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 2018, v. 34, e34423. Acesso em 04 novembro 21.
14. SOARES DS. et al. **Perfil de homens atendidos em estratégias de saúde da família.** Journal Health NPEPS. 2018 jul-dez; 3(2):552-565. Acesso em: 04 novembro 21.
15. STREB AR. et al. **Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil.** Rev Ciência & Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018, 25(8):2999-3007. Acesso em: 06 de novembro de 2021.

ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ PELA PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA

Data de aceite: 01/02/2022

Data da submissão: 01/11/2021

Felício de Freitas Netto

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
UEPG
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1671468480841732>

Fabiana Postiglione Mansani

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
UEPG
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0240004789714970>

Bruna Heloysa Alves

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
UEPG
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7601383721288387>

Jéssica Mainardes

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
UEPG
Ponta Grossa – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2876520882275383>

RESUMO: A comunidade LGBTQIA+ (lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, transgênero, quer, intersexo, assexual e demais identidades) é vítima de diversas formas de preconceito perante a sociedade. O atendimento em saúde inclui-se nessa estatística. Os objetivos desta pesquisa são analisar a percepção de acadêmicos de Medicina à população LGBTQIA+,

principalmente, no que se refere aos princípios de equidade, integralidade e universalidade, além de avaliar o perfil dos acadêmicos com relação ao comportamento perante informações específicas da população LGBTQIA+. Trata-se de um estudo transversal, quali-quantitativo, com a participação de 117 estudantes do curso de Medicina de uma Universidade do Sul do Brasil. A maioria dos pesquisados, apesar de demonstrarem segurança ao atenderem a comunidade LGBTQIA+, também evidenciam desconhecimento significativo sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas LGBTQIA+, atendimento, percepção de equidade, demandas.

SERVICE TO THE LGBTQIA+ POPULATION THROUGH THE PERCEPTION OF ACADEMICS OF THE MEDICINE COURSE

ABSTRACT: The LGBTQIA+ community (lesbian, gay, bisexual, transvestite, transsexual, transgender, whether intersex, asexual and other identities) is victim of different forms of prejudice towards society. Health care is included in this statistics. The objectives of this research are to analyze the perception of medical students about an LGBTQIA + population, especially with regard to the principles of equity, integrity and universality, in addition to evaluating the profile of academics regarding their behavior towards specific information from the LGBTQIA+ population. This is a cross-sectional, quali-quantitative study, with the participation of 117 medical students at a University in south of Brazil. Most of those surveyed, despite demonstrating security when serving the LGBTQIA + community,

also show significant lack of knowledge about the theme.

KEYWORDS: LGBTQIA+ people, service, perception of equity, demands.

1 | INTRODUÇÃO

Considerando-se a escassez de pesquisas locais a respeito do atendimento específico à população LGBTQIA+, enfatiza-se a necessidade de aprofundar estudos sobre o tema. Estudos dessa natureza podem ser importantes fontes de aprimoramento do atendimento em toda a rede de assistência à saúde e melhoria na relação médico-paciente, respeitando-se assim os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, universalidade, integralidade e equidade. Além disso, visa-se a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos objetivando a melhoria da condição de saúde da população LGBTQIA+.

Isto posto, percebe-se que a realidade de preconceito e discriminação para com a população LGBTQIA+, amplamente presente nas mais diversas esferas da sociedade, infelizmente se estende para o âmbito dos serviços de saúde, constituindo um enorme obstáculo para o estabelecimento da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde em seus princípios constitucionais.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quali-quantitativa, não controlado, no qual participaram 117 alunos regularmente matriculados no curso de Medicina de uma Universidade do Sul do Brasil, do primeiro ao sexto anos.

Antes de iniciar a coleta dos dados, todos os estudantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados. Eles foram informados que a participação no estudo será voluntária, que os resultados serão tratados com confidencialidade, dando-se a garantia do anonimato das informações. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os sujeitos da pesquisa, nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias.

Foram aplicados dois questionários de forma padronizada, autoadministrada e individualizada a partir do GoogleForms, no período de outubro a novembro de 2020, sendo que o primeiro se refere aos dados socioeconômicos e o segundo a respeito da análise da saúde integral à população LGBTQIA+. O questionário sociodemográfico é composto de questões sobre idade, identidade de gênero, orientação sexual, ano do curso, estado civil e religião.

Já o questionário sobre Saúde Integral à população LGBTQIA+ foi criado pelos autores deste projeto com o intuito de simular situações práticas dessa modalidade de atendimento, bem como suas demandas específicas. Dessa maneira, o mesmo abrange

questões de preconceito, de conhecimento técnico sobre o tema e de conscientização cidadã acerca de políticas municipais, estaduais e nacionais acerca da comunidade LGBTQIA+.

Além disso, por último, foi apresentada a foto de uma pessoa, de tal modo que fora pedido aos participantes da pesquisa para enquadrarem-na em alguma das seguintes categorias: “lésbica”, “gay”, “trans” ou “queer”; possibilitando o livre arbítrio de não responder à questão por algum motivo que deverá ser escrito pelos mesmos. Os dados foram processados em uma planilha do Microsoft Excel e analisados sob a modalidade de freqüências absoluta e relativa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 242 discentes do universo amostral do curso de medicina de uma universidade do Sul do Brasil, 117 (48,3%) responderam aos questionários, sendo que 11 (9,4%) eram do 1º ano do curso, 18 (15,4%) pertenciam ao 2º ano, 19 (16,2%) cursavam o 3º anos, 9 (7,7%) estavam no 4º ano, 35 (29,9%) eram do 5º ano e 25 (21,4%) do 6º ano.

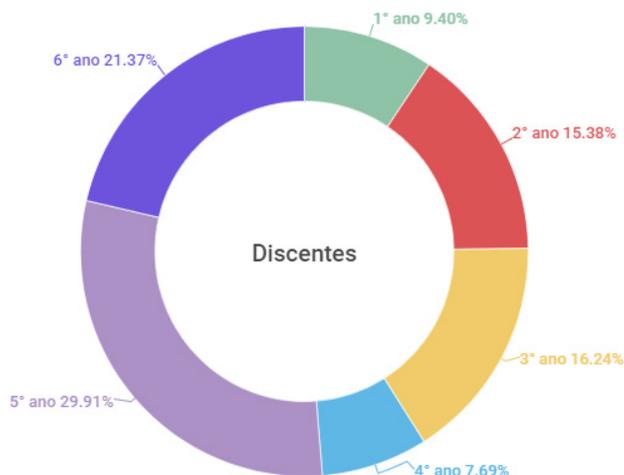


Gráfico 1 – Distribuição dos discentes que responderam à pesquisa por ano de curso.

Fonte: o autor.

Dos 117 acadêmicos, 66 (56,4%) representavam o gênero feminino, 49 (41,8%) o gênero masculino e 2 (1,8%) identificaram-se como não-binários. No que tange à orientação sexual, 89 (76,1%) mencionaram ser heterossexuais, 13 (11,1%), homossexuais, 14 (12%), bissexuais e 1 (0,8%), pansexual.

	SIM	NÃO
Já realizou algum atendimento à população LGBTQIA+	86 (73,5%)	31 (26,5%)
Sentiria-se à vontade ao atender essa demanda	59%	41%
Tem conhecimento sobre campanhas municipais, estaduais e/ou federais sobre essa comunidade	30 (25,6%)	87 (74,4%)
Acredita que essa população é atendida de forma preconceituosa pelos profissionais de saúde	92 (78,6%)	25 (21,4%)

Quadro 1 – Relação de algumas perguntas respondidas pelos entrevistados.

Ao serem questionados acerca de já terem feito um atendimento à população LGBTQIA+, 86 (73,5%) responderam que já o realizaram, enquanto que 31 (26,5%) nunca o fizeram. A maioria dos estudantes (59%) referiram que se sentiriam à vontade ao atenderem tal demanda, em contrapartida, 87 (74,4%) relataram não ter conhecimento sobre as campanhas municipais, estaduais e/ou federais sobre esta comunidade. Além disso, 92 (78,6%) supuseram que tal população é atendida de forma preconceituosa pelos profissionais de saúde, corroborando com os achados de Souza, em 2015.

Por fim, quando requeridos a “classificarem” uma pessoa, evidenciada em uma imagem, quanto a sua identidade de gênero e orientação sexual, 98 (83,8%) não questionaram essa solicitação, quando, de acordo com a ONU (Organização das Nações Unidas), não é adequado, tampouco correto, julgar um ser humano baseando-se apenas em seu estereótipo. (POPADIUK, OLIVEIRA, 2016).

4 | CONCLUSÃO/CONCLUSÕES

A maioria dos estudantes de Medicina demonstrou confiança ao atenderem demandas específicas da comunidade LGBTQIA+, no entanto, mais de 70% relataram não dominarem assuntos referentes à referida população. Tendo-se em vista os resultados evidenciados, sugere-se que haja a implementação de uma matéria destinada a assuntos em saúde acerca da comunidade LGBTQIA+, a fim de que suas demandas sejam supridas com equidade, respeitando-se assim um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

MIRANDA, T. S. et al. Disparidades em saúde da população LGBTQIA+: a atuação médica frente a este cenário. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 13, p. e4872, 8 out. 2020.

POLÍTICA nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Ministério da Saúde**, 2013. Primeira edição. Brasília – DF.

POPADIUK, G. B; OLIVEIRA, D. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros: avanços e desafios. 2016.

SOARES, Nathália Rayanne et al. A atenção à saúde da população LGBTQIA+: dos movimentos à realidade. **Brazilian Journal of Development**, 2021. VOL 7, nº5.

SOUZA, C. C. Políticas públicas para população LGBT no Brasil: do estado de coisas ao problema político. 2015.

CAPÍTULO 15

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICA E PRIVADA

Data de aceite: 01/02/2022

Data da submissão: 08/11/2021

Cecília Faria de Oliveira

Faculdade Morgana Potrich
Mineiros – Goiás

<https://orcid.org/0000-0003-1313-9637>

Alana Dias de Oliveira

Faculdade Morgana Potrich
Mineiros – Goiás

<https://orcid.org/0000-0001-7772-9244>

Alisson Matheus Batista Pereira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba – Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0001-8499-6199>

Severino Correa do Prado Neto

Faculdade Morgana Potrich
Mineiros – Goiás

<https://orcid.org/0000-0002-3998-1251>

Leana Ferreira Crispim

Faculdade Morgana Potrich
Mineiros – Goiás

<https://orcid.org/0000-0002-0613-0004>

RESUMO: Apesar da faculdade de Medicina ser um dos cursos mais concorridos do Brasil e o sonho da grande maioria dos estudantes do ensino médio, a formação desse profissional é considerada como fator primordial para a qualidade em saúde e, portanto, motivo de grande preocupação. Ainda que existam alguns estudos descrevendo o perfil desses acadêmicos, não

foi encontrada nenhuma pesquisa comparando as suas características entre instituições públicas e privadas, objetivo deste estudo. Os resultados foram obtidos através da aplicação de um questionário dividido em três partes: caracterização socioeconômica, acadêmica e as expectativas profissionais dos estudantes de diferentes instituições de ensino superior (IES), privada, mista e pública. Foram obtidas 265 respostas e perceberam-se mais semelhanças do que discrepâncias entre os acadêmicos das diferentes IES. Entre as diferenças, observa-se que a maioria dos alunos da instituição pública cursaram o ensino médio em escolas particulares e que os alunos das instituições privada e mista vislumbram maiores salários. Em todas as IES predominaram similaridade quanto à idade, à renda salarial média, à hegemonia feminina e a pessoas da etnia branca. Ademais, suas preferências profissionais foram em relação à cirurgia e à clínica médica. É invariável que os principais fatores que levaram esses acadêmicos à escolha pela faculdade de Medicina sejam primordialmente o compromisso social e o retorno financeiro. Destaca-se, ainda, que é unânime o desejo por vínculo ao sistema único de saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: Faculdades de Medicina. Estudantes de Medicina. Médicos. Escolha profissional.

SOCIO ECONOMIC CHARACTERIZATION AND PROFESSIONAL EXPECTATIONS OF MEDICAL STUDENTS IN PUBLIC AND PRIVATE HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

ABSTRACT: Despite the fact that the medical

college is one of the most popular courses in Brazil and the dream of the vast majority of high school students, the training of this professional is considered a key factor for quality in health and, therefore, a matter of great concern. Although there are some studies describing the profile of these academics, no research was found comparing their characteristics between public and private institutions, the aim of this study. The results were obtained through the application of a questionnaire divided into three parts: socioeconomic, academic and professional expectations of students from different higher education institutions (HEI), private, mixed and public. 265 responses were obtained and more similarities than discrepancies were noticed between academics from different HEIs. Among the differences, it is observed that most students from public institutions attended high school in private schools, and students from private and mixed institutions expect higher salaries. In all HEIs, there was a predominance of similarity in terms of age, average wage income, female and white ethnic hegemony. In addition, his professional preferences were in relation to surgery and clinical medicine. It is invariable that the main factors that led these students to choose the medical school are primarily social commitment and financial return. It is also noteworthy that the desire for a link to the Unified Health System (SUS) is unanimous.

KEYWORDS: Medical Colleges. Medical students. Doctors. Professional choice.

1 | INTRODUÇÃO

No país, a graduação em Medicina tem duração de seis anos e é dividida em três ciclos: básico, clínico e, nos dois últimos anos, o internato (MEIRELES, FERNANDES, SILVA, 2019). A carga horária mínima para integralização do curso é de 7.200 horas, podendo chegar a nove mil horas em algumas instituições (GONZAGA, KORMANN, 2014). No intuito de guiar as escolas médicas quanto à composição curricular, foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) no ano de 2001 e atualizadas no ano de 2014 (MEIRELES, FERNANDES, SILVA, 2019; VERAS et al, 2020).

Nesse documento, se estabeleceram os princípios, fundamentos e finalidades do curso, bem como carga horária mínima, perfil de formação do graduado, capacidade de atuação e determinação social, sendo requerido um conhecimento acerca da Atenção à Saúde, Gestão e Educação em Saúde (DCN MEDICINA, 2014). Então, a partir do ano de 2014, os currículos das universidades passaram por mudanças devido à necessidade de adequar a formação médica às reais necessidades da população (VERAS et al, 2020).

Apesar da faculdade de Medicina ser um dos cursos mais concorridos do Brasil (PAES et al, 2018) e o sonho da grande maioria dos estudantes do ensino médio (NEVES et al, 2006), a formação desse profissional é considerada um fator primordial para a qualidade em saúde para muitas instituições importantes como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sendo, portanto, motivo de grande preocupação. Além do mais, essas pessoas serão os médicos do futuro, uma profissão idealizada pela população, tanto em relação ao êxito econômico, como pelas características pessoais que se espera encontrar em um médico, como atitudes humanitárias,

princípios éticos, dedicação e responsabilidade com os pacientes e familiares, humildade, sensibilidade, paciência e amor ao próximo (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010).

Entretanto, são vários os fatores motivacionais que influenciam a escolha dos estudantes pela Medicina (KIM, HWANG, KWON, 2016; RIBEIRO et al, 2011) que acabam impactando no seu desempenho e aprendizado na graduação, como também na escolha da carreira profissional (KIM, HWANG, KWON, 2016). Estudos mostram que a expectativa de alta renda mensal está entre os principais determinantes nessa decisão (ASSUNÇÃO et al, 2020; RIBEIRO et al, 2011), por isso as pretensões profissionais com relação à necessidade populacional passam a ser questionáveis (ASSUNÇÃO et al, 2020).

Nesse contexto, cada vez mais se faz necessário conhecer o perfil dos estudantes de Medicina, além de analisar se suas expectativas profissionais estão alinhadas com a necessidade da população. Apesar de existirem alguns estudos descrevendo o perfil desses acadêmicos, não foi encontrada nenhuma pesquisa comparando as suas características entre instituições públicas e privadas, objetivo deste estudo.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal e quantitativo entre acadêmicos do curso de Medicina de diferentes instituições de ensino superior (IES), sendo uma delas privada, outra de iniciativa pública municipal (considerada, portanto, mista, pois a mensalidade tem um valor bem inferior do que a particular) e, por fim, uma instituição pública federal. Por questões éticas, para preservar a identidade de cada IES, as mesmas foram denominadas de instituições A, B e C, respectivamente.

Essa pesquisa aconteceu através da aplicação de um questionário semiestruturado composto por 35 questões distribuídas em três partes, com a finalidade de realizar a caracterização socioeconômica; acadêmica e conhecer as expectativas profissionais desses estudantes. A abordagem dos sujeitos foi feita de forma aleatória e não probabilística, por meio de busca ativa e os questionários foram aplicados de forma remota, através do *Google Forms* entre os meses de agosto a outubro de 2021. Os sujeitos receberam todas as informações referentes à pesquisa via e-mail e foram convidados a participar de forma voluntária e anônima através da concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A partir dos critérios de inclusão para composição da amostra, foram selecionados os alunos do curso de Medicina, regularmente matriculados em uma das IES selecionadas. Desses, foram excluídos aqueles que eram menores de 18 anos e que não concordaram em participar de forma voluntária e anônima através da concordância com o TCLE.

Após aplicação dos questionários, os resultados foram armazenados em planilha do Excel 2010 e submetidos à análise estatística descritiva, apresentados por meio de médias, frequência simples e percentuais.

O presente estudo atendeu às determinações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Para as instituições A e B obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conveniado (Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FISA/ FUNEC), sob parecer número 4.769.655. E para a instituição C obteve-se aprovação do CEP próprio (não será revelado para preservar a identidade da instituição pesquisada) sobre parecer número 4.890.062.

3 | RESULTADOS

Obtivemos um total de 267 respostas, sendo 165 respostas da instituição A, 44 da B e 58 da C. De acordo com os critérios de seleção da amostra, dois voluntários foram excluídos da pesquisa por não possuírem idade mínima de 18 anos, ambos pertencentes à universidade A (privada). Então, a amostra total foi de 265 participantes.

3.1 Caracterização socioeconômica

De acordo com a Tabela 1, observou-se que a idade média dos acadêmicos na instituição A foi de 23,42; 23,81 na B e 22,17 na C, variando entre a mínima de 18 e a máxima de 46 anos. A faixa etária mais prevalente em todas as IES foi de 18 a 22 anos. Em relação à etnia, não foi possível observar discrepância entre as IES, a porcentagem majoritária foi de brancos (59% a 66,2%), seguido de pardos (26,9% a 31,8%), pretos (3,6% a 6,8%), amarelos (1,8% a 3%), e apenas 0,6% de indígenas. Houve 0,6% de abstenção dessa resposta na instituição A.

A renda familiar média foi de 4 a 9 salários mínimos, entretanto, nota-se que a minoria (5%) dos acadêmicos da universidade C (pública) possui renda acima de 20 salários mínimos, enquanto a minoria (aproximadamente 9%) nas universidades A e B (privada e mista), possuem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Com relação à ocupação profissional, a grande maioria (> 70%) relatou que não possui trabalho, tanto formal quanto informal. Seguindo a mesma porcentagem, encontram-se os acadêmicos solteiros e que estão na primeira graduação (Tabela 1).

Os alunos das instituições A e B que cursaram o ensino médio em escola privada foram 31,2% e 29,5% respectivamente, enquanto na universidade C (pública), 58% cursaram em escolas privadas. Nas IES privadas e mista (A e B), a maioria dos estudantes são de outras localidades, 90,7% e 79,5%, enquanto 87,8% dos alunos da pública residem na cidade sede da instituição (Tabela 1).

Nota-se que mais da metade da amostra foi composta de mulheres, sendo 67,4%, 77,2% e 51,7% nas instituições A, B e C, respectivamente (Gráfico 1).

IES	Idade			Etnia			
	Média	Minima	Máxima	Branco	Pardo	Preto	Amarelo
A	23,42	18	35	108 (66,2%)	44 (26,9%)	06 (3,6%)	03 (1,8%)
B	23,81	18	37	26 (59,0%)	14 (31,8%)	03 (6,8%)	01 (2,2%)
C	22,17	19	46	36 (62,0%)	17 (29,0%)	03 (5,0%)	02 (3,0%)
IES	Ocupação profissional			Renda familiar (salários mínimos)			
	Não Trabalho trabalha	Trabalho Formal	Trabalho Informal	1 a 3 salários	4 a 9 salários	10 a 20 salários	Acima de 20
A	149 (91,4%)	02 (1,2%)	12 (7,3%)	15 (9,2%)	68 (41,7%)	44 (26,9%)	35 (21,4%)
B	37 (84,0%)	02 (4,5%)	05 (11,3%)	04 (9,0%)	27 (61,3%)	06 (13,6%)	07 (15,9%)
C	46 (79,3%)	01 (1,7%)	11 (19,0%)	15 (25%)	32 (55,0%)	08 (13,0%)	03 (5,0%)
IES	Estado Civil			Escolaridade			
	Casado	Solteiro	Outros	Primeira graduação	Segunda graduação		
A	06 (3,6%)	152 (93,2%)	05 (3,0%)	150 (92,0%)		13 (7,9%)	
B	05 (11,3%)	37 (84,0%)	02 (4,5%)	34 (77,2%)		10 (22,7%)	
C	02 (3,0%)	53 (91,0%)	03 (5,0%)	55 (94,8%)		03 (5,2%)	
IES	Ensino Médio			Natural da cidade onde estuda			
	Escola Pública	Escola Privada	-	Sim		Não	
A	112 (68,7%)	51 (31,2%)	-	15 (9,2%)		148 (90,7%)	
B	31 (70,4%)	13 (29,5%)	-	09 (20,4%)		35 (79,5%)	
C	24 (41,0%)	34 (58,0%)	-	51 (87,9%)		07 (12,1%)	

Legenda: IES - Instituição de ensino superior. Fonte: autoria própria.

Tabela 1- Caracterização socioeconômica dos estudantes de medicina nas IES - A, B e C.

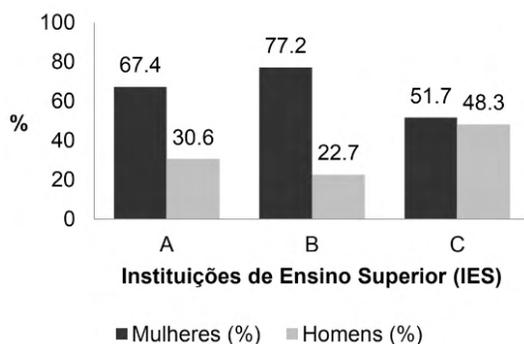


Gráfico 1- Quantidade percentual (%) de homens e mulheres nas IES - A, B e C.

3.2 Caracterização acadêmica

A maioria significativa dos alunos não participaram de projetos de iniciação científica ou publicaram artigos completos e capítulos de livros. Em relação a projetos de extensão, os alunos da faculdade B, em sua maioria, já realizaram trabalhos sem bolsa, enquanto nas faculdades A e C mais de 70% dos alunos não fizeram parte desse tipo de atividade. E, ao serem questionados quanto a apresentações de trabalhos em eventos científicos, nas universidades A e B houve uma quantidade próxima de alunos que nunca apresentaram, com aqueles que já exibiram projetos em sua própria instituição. Já na IES C, a prevalência foi de acadêmicos que nunca realizaram apresentações científicas.

Os principais fatores que influenciaram os estudantes a escolherem o curso de Medicina foi o compromisso social e retorno financeiro, sendo mencionados em mais de 50% das respostas em todas as instituições. Outros fatores mais relevantes na pesquisa foram

influência de terceiros, prestígio social e médicos na família, enquanto uma porcentagem mínima apontou que atender a expectativas familiares foi determinante para a escolha do curso. Dessa forma, observou-se uma semelhança de dados entre as instituições pública, mista e privada (Gráfico 2).

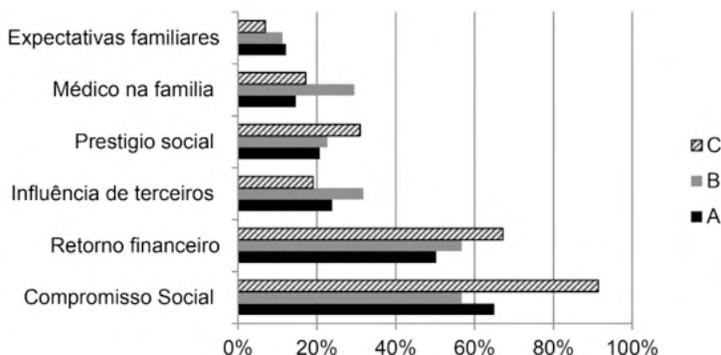


Gráfico 2- Principais fatores que influenciaram a escolha pelo curso de Medicinas nas IES - A, B e C.

Curiosamente, observou-se uma alta taxa de frustração entre os acadêmicos após o ingresso no curso de Medicina. As principais queixas foram na instituição A (59,0%), principalmente em relação ao incentivo estudantil (47,9%), seguido de pouca prática clínica (45,9%) e insatisfações com a coordenação do curso (44,8%). E, representando uma porcentagem de 30% a 40%, foram elencados direção, corpo docente e falta de apoio psicológico. Na faculdade B, o principal motivo de desapontamento foi a coordenação do curso (77,7%), na sequência decrescente está direção, corpo docente, infraestrutura, excesso de carga teórica, falta de apoio psicológico, pouca prática clínica e falta de incentivo estudantil, variando de 33% a 55% das respostas. Já na faculdade C, o excesso de carga teórica e pouca prática clínica foram os mais apontados, com uma média de 56,2%.

3.3 Expectativas profissionais

Com relação às expectativas profissionais, na Faculdade A, a especialidade elegida pelos acadêmicos foi Cirurgia (27%). A maioria das mulheres escolheram Ginecologia e Obstetrícia (23,3%), e, os homens, Cirurgia (9,8%). Essa especialidade foi bem quista pelas instituições A, B e C, representando, respectivamente, um percentual de 27%, 38,6% e 32,7%. Porém, na Universidade C, a especialidade mais almejada pelos estudantes foi a Clínica Médica (34,4%).

Notou-se, também, a partir dos resultados obtidos, um número expressivo de alunos que não se decidiram sobre uma carreira especializada. Na instituição pública, principalmente, em que a porcentagem de acadêmicos que ainda não sabem qual especialidade escolher chegou a 32,7%. Já nas instituições A e B o percentil foi menor,

porém também significativo, 9,8% e 15,9%, respectivamente.

De acordo com a análise dos fatores que influenciaram na escolha da especialidade médica (Gráfico 3), os resultados foram equivalentes nas três instituições. Os alunos elencaram que o fator mais influente nessa decisão é a busca por uma melhor qualidade de vida, com uma média de 44,5%, seguida de experiência acadêmica com a especialidade (37%) e retorno financeiro (30,6%). Os dados mostram que a quantidade de vagas para residência não é decisiva nessa escolha. Houve abstenção de resposta nas instituições A e C de 3% e 8,6%, respectivamente.

Mais de 50% dos alunos das três universidades evidenciaram o desejo de ingressar em uma residência médica imediatamente após a graduação, mesmo que não saibam ainda qual seguimento irão seguir, público ou privado, visto que as porcentagens de respostas indefinidas foram maiores. Porém, foi inquestionável o desejo dos futuros médicos em trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), chegando a uma porcentagem de 100% das respostas da faculdade pública, 89,5% na privada e 81,8% na mista (Tabela 2).

IES	Deseja trabalhar em qual seguimento?			Deseja trabalhar no SUS?	
	Público	Privado	Não sei	Não	Sim
A	48 (29,4%)	38 (23,3%)	77 (47,2%)	17 (10,4%)	146 (89,5%)
B	09 (20,5%)	14 (31,8%)	20 (45,5%)	08 (18,2%)	36 (81,8%)
C	24 (41,4%)	08 (13,8%)	26 (44,9%)	0	58 (100%)
Expectativa de cursar residência médica após a formatura					
IES	Não	Sim	Não sei	Não Resp.	-
A	28 (17,1%)	107 (65,6%)	27 (16,5%)	01 (1,6%)	-
B	08 (18,2%)	26 (59,1%)	10 (22,7%)	0	-
C	08 (13,8%)	42 (72,4%)	08 (13,8%)	0	-
Expectativa de salário					
IES	Até 5	5,1 a 10	10,1 a 20	> 20	Não responderam
A	02 (1,2%)	19 (11,6%)	61 (37,4%)	80 (49,0%)	01 (0,6%)
B	0	07 (15,9%)	12 (27,3%)	25 (56,8%)	0
C	01 (1,7%)	10 (17,2%)	29 (50,0%)	18 (31,0%)	0
Quantidade de empregos para atingir a renda desejada					
IES	1	2	3	4 ou mais	Não responderam
A	12 (7,3%)	86 (52,7%)	49 (30,0%)	15 (9,2%)	01 (0,6%)
B	03 (6,8%)	26 (59,1%)	13 (29,5%)	20 (45,5%)	0
C	08 (13,8%)	32 (55,2%)	13 (22,4%)	05 (8,6%)	0

Legenda: IES - Instituição de ensino superior. Fonte: autoria própria.

Tabela 2- Expectativas profissionais dos acadêmicos de medicina nas IES- A, B e C.

A maior parte dos alunos da faculdade A e B demonstraram um interesse de mais de 20 salários mínimos mensais, enquanto na faculdade federal a expectativa de remuneração foi menor, de 10,1 a 20 salários. Houve um consenso quando questionados a respeito da quantidade de empregos necessários para atingirem a meta salarial esperada, sendo que mais de 50% dos acadêmicos acreditam que apenas 2 sejam suficientes, apesar de que uma porcentagem significativa de 22% a 30% apontou que é preciso pelo menos 3 ocupações (Tabela 2).

4 | DISCUSSÃO

Alguns estudos têm evidenciado o rejuvenescimento da Medicina no Brasil, com a média de idade dos profissionais caindo ao longo dos anos (REGO, et al, 2018; ASSUNÇÃO et al, 2020). Essa tendência é atribuída à abertura de novos cursos (REGO, et al, 2018) e, conseqüentemente, uma tendência à formação de profissionais cada vez mais jovens (ASSUNÇÃO et al, 2020). A média de idade nesta pesquisa foi de 21,5 anos, semelhante à de 21,1 dos graduandos da cidade de Recife e aos 83,3% dos estudantes entre 18 e 24 anos de faculdade do Nordeste (REGO et al, 2018).

Por muitos anos, observou-se que a maioria da população médica, no país, era composta por homens. Entretanto, nota-se haver algumas mudanças previsíveis de que, atualmente, há um número maior de mulheres egressas no curso de Medicina de algumas universidades (ASSUNÇÃO et al, 2020). Então, assim como nessa pesquisa, estudos apontam para um predomínio de acadêmicos do sexo feminino em escolas médicas no Brasil (REGO et al, 2018; FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010) e no exterior (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010). É notável a tendência mundial de crescimento das mulheres não só na Medicina como também no ensino superior (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010), pois, entre acadêmicos de nível superior, de uma forma geral, também há uma tendência semelhante, 53,5% dos estudantes das universidades federais são mulheres (FILHO, et al, 2015). A feminilização da força de trabalho médica poderá induzir alterações na prática clínica moderna em um futuro próximo (LEFEVRE et al, 2010).

Apesar de mais de 50% dos brasileiros se consideram pretos ou pardos, nos cursos de maior prestígio social, como Medicina, as pessoas são majoritariamente de classe média alta e brancos (SOUZA, et al, 2020), como é o caso desse trabalho, em que os brancos representam mais de 62,4% dos acadêmicos. Em São Paulo, apenas 0,9% da população médica que se forma é composta de pretos ou pardos. Por conseguinte, é possível inferir que esses profissionais não compartilham características culturais com a maior parcela da população assistida (SOUZA, et al, 2020). Ao considerar as IES federais, no contexto de todos os seus cursos de graduação, 53,9% dos estudantes definiram-se como brancos. (FILHO, et al, 2015).

Então, por serem considerados um grupo diferenciado dentro das universidades, representam, predominantemente, a classe de maior nível socioeconômico e cultural nas IES (REGO et al, 2018; FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010), inclusive nas públicas (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010). A partir desse trabalho, observou-se que, em sua maioria, os estudantes que cursaram o ensino médio em escolas privadas ingressaram na faculdade pública, enquanto aqueles que realizaram o colegial em escolas públicas entraram nas faculdades privadas. Ou seja, a grande concorrência no vestibular permite que apenas os mais bem preparados, geralmente em escolas privadas, conquistem as vagas disponíveis nas instituições públicas. Além disso, aqueles que não alcançam uma

vaga nestas instituições procuram as escolas privadas, que possuem mensalidades elevadas. Esses achados reforçam a justificativa daqueles que defendem o sistema de reserva de vagas (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010).

Como a faculdade de Medicina é um curso extenso, com carga horária elevada e de alto custo, a maioria dos alunos passa toda a faculdade sendo sustentada pelos pais, o que também é um fator de seleção a favor dos estudantes com melhor condição socioeconômica. (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010). Em concordância com a literatura, essa pesquisa demonstra que menos de 5% dos acadêmicos das IES investigadas possuem um trabalho formal, sendo que cerca de 85% não possuem nenhum emprego.

O motivo dos acadêmicos ingressarem no curso de Medicina pode ser muito variável, pois se trata de uma decisão pessoal do próprio estudante. Apesar de aptidão pessoal e vocação serem as opções mais verbalizadas pelos alunos, acredita-se que prestígio e ascensão social talvez seja o principal motivo dessa escolha profissional (FILHO, et al, 2015). Os dados obtidos na pesquisa mostram que o compromisso social foi o principal motivo da escolha pela Medicina entre os acadêmicos da instituição C. Nas IES A e B, também foi o mais votado, porém em um valor menor (65 e 56,8%). Entretanto, os resultados mostram, claramente, que o retorno financeiro também foi um dos principais fatores determinantes na escolha da profissão.

Ainda, outro fator a ser considerado é que a faculdade de Medicina é considerada o sonho de muitos alunos do ensino médio; porém, pode acontecer de a realidade não corresponder a essas expectativas, gerando decepções ao decorrer do processo de graduação (NEVES et al, 2006). A fase inicial do curso é regada por entusiasmo dos calouros que esperam por práticas clínicas e contato direto com pacientes, porém com o decorrer da faculdade, chegam as frustrações por diversos motivos. (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010). Em concordância com a literatura, os resultados obtidos mostraram que mais da metade dos alunos das três instituições de ensino se frustraram de alguma forma com a faculdade. O mais apontado pela faculdade A foi a falta de incentivo estudantil (47,9%), pela B foi a coordenação do curso (77,7%) e pela C foi a pouca prática clínica (57,5%).

Assim como os resultados da Tabela 2, pesquisas apontam que a grande maioria dos estudantes de Medicina declara o desejo de fazer residência ou especialização, mesmo que não saiba ainda qual especialidade seguir (VERAS et al, 2020), e que as opiniões vão mudando de acordo com o decorrer da faculdade e do contato com as especialidades (ASSUNÇÃO et al, 2020; MENDES, 2010). Devido ao curso de Medicina dispor de uma fase final de dois anos de prática clínica, os estudantes têm uma decisão mais exata apenas após esse período, em que há uma experiência maior com a prática profissional (GUTIÉRREZ-CIRLOS et al, 2019).

Há cinco principais especialidades almeçadas pela maioria dos estudantes de medicina no final do curso, são elas Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia e Anestesiologia. Entretanto, o maior número de especialização é direcionado

à Clínica Médica devido à necessidade de fazê-la como pré-requisito para outras especialidades, que oferecem melhor qualidade de vida ou um maior ganho financeiro (ASSUNÇÃO et al, 2020). A faculdade pública está de acordo com a literatura, tendo uma preferência por Clínica Médica (34,4%), enquanto as faculdades B e A optaram primordialmente por Cirurgia (38,6% e 27%).

Por muito tempo foi observado que o gênero masculino tem preferência pela área cirúrgica, enquanto que o gênero feminino, embora tenha aumentado seu interesse por essa modalidade, ainda tende às áreas de ginecologia/ obstetrícia (MENDES, 2010) e pediatria (ASSUNÇÃO et al, 2020; MENDES, 2010). Entretanto, nossos resultados mostram que a preferência feminina pela Ginecologia e Obstetrícia só ocorreu na IES A, já nas IES B e C as mulheres escolheram principalmente Cirurgia.

A Pediatria, sendo uma das principais especializações escolhidas pelos formandos, tem como influência o sexo feminino, que possui um interesse maior voltado a essa área e, a depender do local de formação, os professores responsáveis pela matéria também exercem um papel básico na escolha. (ASSUNÇÃO et al, 2020). Os dados obtidos nessa pesquisa entram em conflito com essa informação, visto que Pediatria não está entre as especialidades mais quistas pelos alunos das faculdades analisadas.

A opção dos futuros médicos, em relação às especialidades, acaba sendo o resultado de uma conexão entre vários fatores, incluindo estilo de vida, inteligência, desafio real, interesse nas doenças gerenciadas, contato com os pacientes e a possibilidade de iniciar uma prática privada (LEFEVRE et al, 2010, MENDES, 2010). Os fatores que mais influenciaram na escolha da especialização foram semelhantes nas universidades, sendo que a busca por uma melhor qualidade de vida foi a mais votada pelos alunos, variando de 40% a 50%. Outros fatores que também foram apontados foram a experiência acadêmica com a especialidade e a expectativa de retorno financeiro, dados também equivalentes nas diferentes IES.

À medida que esses estudantes progredem no curso e ganham experiência, se tornam mais pragmáticos. Possíveis barreiras como a seleção da residência, equilíbrio trabalho-vida e oportunidades de emprego assumem um papel importante para chegar a uma escolha de carreira (QUERIDO et al, 2015). Infelizmente, as pretensões da escolha profissional ainda são questionáveis com relação à necessidade populacional, pois a renda mensal é um dos principais fatores que interfere na decisão profissional (ASSUNÇÃO et al, 2020). A renda mensal aparece em terceiro lugar como um fator de escolha de uma especialidade médica, comum nas três instituições. Porém, a expectativa salarial da maioria dos estudantes das faculdades A e B foi de mais de 20 salários mínimos, enquanto na C, foi menor, com pretensão de 10,1 a 20 salários.

O desinteresse em buscar uma especialização voltada à atenção primária compõe um importante fator na distribuição de profissionais de saúde direcionados ao sistema público do Brasil, que é escasso (ASSUNÇÃO et al, 2020; VERAS et al, 2020; RIBEIRO

et al, 2011), visto que os alunos têm percepções de que áreas como Medicina de Família e Comunidade não têm prestígio e não oferecem oportunidades acadêmicas importantes (NAIMER et al, 2018). Nesse sentido, os estudos revelam uma crise global de escassez e má distribuição desses profissionais da saúde (ASSUNÇÃO, 2020).

Alguns autores mostraram que a maioria dos estudantes de Medicina manifesta o desinteresse em trabalhar no SUS, em partes devido aos futuros médicos temerem um prejuízo profissional, devido às deficiências do sistema (PEREIRA, STADLER, UCHIMURA, 2018) e considerarem a atenção primária em saúde como um protocolo de passagem e lugar de aprendizado (PEREIRA, STADLER, UCHIMURA, 2018). Curiosamente, os resultados dessa pesquisa demonstram que os alunos, tanto das universidades públicas, quanto das privadas, têm interesse pelo SUS. Inclusive, na faculdade C, 100% dos alunos entrevistados afirmaram querer trabalhar no SUS.

Acredita-se que, com as novas diretrizes curriculares do curso de Medicina, estão acontecendo alterações no ensino médico e, conseqüentemente, dos profissionais formados. Até porque têm-se como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, além de inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional vinculando a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (FIOROTTI, ROSSONI, MIRANDA, 2010).

5 | CONCLUSÃO

Apesar de haver algumas discrepâncias relevantes entre os acadêmicos das diferentes IES, como o fato de que a maioria dos alunos da instituição pública cursaram o ensino médio em escolas particulares, e que os alunos das instituições privada e mista vislumbram maiores salários, conclui-se que há um predomínio de similaridade entre o perfil desses estudantes como, por exemplo, idade, renda salarial, e serem compostos majoritariamente por mulheres e pessoas de etnia branca. Assim como suas preferências profissionais seguem em relação à Cirurgia e à Clínica Médica e é invariável que os principais fatores que levaram esses acadêmicos na escolha pela faculdade de Medicina sejam o compromisso social e o retorno financeiro. Destaca-se, ainda, que é unânime o desejo por vínculo ao SUS.

O estudo apresentou algumas limitações, principalmente de ter sido realizado em cenário de pandemia mundial (COVID-19), em que as aulas estão sendo realizadas de forma remota e, por esse motivo, acredita-se que a adesão dos estudantes ao questionário tenha sido baixa. Ademais, os dados bibliográficos existentes são escassos, não havendo comparações entre acadêmicos de universidades públicas e privadas especialmente em âmbito nacional, como também a artigos que estabelecem o perfil do acadêmico de Medicina em instituições privadas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram para a produção dessa pesquisa.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores declaram que não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO L.M.; PEREIRA A.B.C.; ALBUQUERQUE L.C.F.; FERREIRA L.B.M.; CALDAS C.A.M. A expectativa profissional do futuro médico: análise do quadriênio 2014-2017. **Rev. Bras. Educ. Med.** Belém-PA, v. 43, n. 3, 2019.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014.

FILHO F.A.B.C.; MAGALHÃES J.F.; SILVA K.M.L.; PEREIRA I.S.S.D. Perfil do estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio Grande do Norte, v. 39, n. 1, out. 2015.

FIOROTTI K.P.; ROSSONI R.R.; MIRANDA A.E. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Rev. Bras. Educ. Med.** Espírito Santo, v. 34, n. 3, nov. 2010.

GONZAGA H.N.; KORMANN S.O. A carga horária excessiva do curso de graduação em medicina e sua repercussão na saúde mental do estudante. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis, v.6, n.13, 2014.

GUTIÉRREZ-CIRLOS C.; NAVEJA J.J.; GARCÍA-MINJARES M.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ A.; SÁNCHEZ-MENDIOLA M. Specialty choice determinants among mexican medical students: a cross-sectional study. **BMC Med Educ.** Cidade do México, v.19, n.1, nov. 2019.

KIM K.J.; HWANG J.Y.; KWON B.S. Differences in medical students' academic interest and performance across career choice motivations. **Int. J. Med. Educ.** Coreia, v. 15, n.7, mar. 2016.

LEFEVRE J.H.; ROUPRET M.; KERNEIS S.; KARILA L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. **Medical Education.** Paris, v.44, n.6, jun. 2010.

MEIRELES M.A.C.; FERNANDES C.C.P.; SILVA L.S.; Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. Bras. Educ. Med.** Pote Nova-MG, v.43, n.2, abr-jun. 2019.

MENDES A.S. Os estudantes de medicina: expectativas na escolha da especialidade [Dissertação]. **Lisboa (PT): Instituto Universitário de Lisboa.** Lisboa, set. 2010.

NAIMER S.; PRESS Y.; WEISSMAN C.; ZISK-RONY R.Y.; WEISS Y.G.; TANDETER H. Medical students perceptions of a career in family medicine. **Isr J Health Policy Res.** Israel, v.7, n. 1, fev.2018.

NEVES N.; LEMOS K.; BITENCOURT A.; NEVES F.S.; NUNES C.; NEVILLE I.; et al. Expectativa versus realidade na formação médica: o (des)encanto do estudante de medicina. **Gaz. méd. Bahia.** Bahia, v.76, n.2, jul-dez. 2006

PAES Â.T.; DIAS B.F.; ELEUTÉRIO G.N.; PAULA VP. Profile of medical students in the first group of the Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. **Einstein (São Paulo).** Sao Paulo, v.16, n.3, set. 2018.

PEREIRA G.A.; STADLER A.M.U.; UCHIMURA K.Y. O olhar do estudante de medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a influência de sua formação. **Rev. Bras. Educ Med.** Curitiba, v.42, n.3 jul-set. 2018.

QUERIDO S.J.; VERGOUW D.; WIGERSMA L.; BATENBURG R.S.; DE ROND M.E.; TEN CATE O.T. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. **Med Teach.** Utrecht, Holanda, v.38, n.1, set. 2016.

REGO R.M.; MARQUES N.A.; MONTEIRO P.C.; OLIVEIRA C.L.B.; LINS N.A.A.; CALDAS C.A.M. O perfil atual do estudante de Medicina e sua repercussão na vivência do curso. **Pará Res Med J.** Belém-PA, v.2, n.5, mar. 2018.

RIBEIRO M.M.F.; LEAL S.S.; DIAMANTINO F.C.; BIANCHI H.A. A opção pela Medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública brasileira. **Rev Bras Educ Med.** Belo Horizonte, v. 35, n. 3, set.2011.

SOUZA P.G.A.; PORTO A.C.C.A.; SOUZA A.; JUNIOR A.G.S.; BORGES F.T. Socio-Economic and Racial profile of Medical Students from a Public University in Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Bras. Educ. Med.** Niterói - RJ, v.44, n.3, 2020.

VERAS R.M.; FERNANDEZ C.C.; FEITOSA C.C.M.; FERNANDES S. Perfil socioeconômico e expectativa de carreira dos estudantes de medicina da universidade federal da Bahia. **Rev. bras. educ. med.** Bahia, v.44, n.2, 2020.

CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS POR ESTUDANTES DE MEDICINA EM RIO VERDE - GO

Data de aceite: 01/02/2022

Caio Vieira Pereira

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras
Campus Rio Verde-GO

Luciana Arantes Dantas

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras
Campus Rio Verde-GO

Jacqueline da Silva Guimarães

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras
Campus Rio Verde-GO

Manoel Aguiar Neto Filho

Faculdade de Farmácia – Faculdade Unibras
Campus Rio Verde-GO.

RESUMO: O uso de bebidas energéticas desde muito tempo tem sido usado para a melhoria de hábitos como: foco, aumento da performance em exercícios físicos e mentais. Diante desse cenário este estudo teve o objetivo de coletar informações do consumo de bebidas energéticas por universitários de Medicina em Rio Verde – GO a fim de se observar o tipo, frequência de consumo das bebidas energéticas e as percepções dos pesquisados sobre os efeitos esperados e obtidos com o consumo das mesmas. A pesquisa realizada foi de âmbito bibliográfico e de campo realizada com 56 estudantes voluntários. Os resultados mostraram que o café e os energéticos enlatados são as bebidas mais consumidas pelos entrevistados. Grande parte dos entrevistados tem consciência de que a cafeína e taurina são os principais componentes das bebidas

energéticas com ação estimulante no sistema nervoso central. Além disso, observa-se que os mesmos buscam nestas bebidas efeitos como aumento da disposição e do estado de alerta, a fim de aumentar seu rendimento acadêmico em estudos. De encontro com o esperado, os entrevistados notaram aumento do estado de alerta, concentração e disposição, porém, alguns relatam efeitos adversos observados ao consumirem bebidas energéticas, como irritabilidade, palpitações, aumento da ansiedade e dores de cabeça. Tais efeitos indesejados mostram que a ingestão deste tipo de bebidas deve ser realizada de maneira responsável.

PALAVRAS-CHAVE: Bebidas energéticas, cafeína, estimulantes.

ABSTRACT: The use of energy drinks for a long time has been used to improve habits such as: focus, increased performance in physical and mental exercises. Against this background, this study aimed to collect information on the consumption of energy drinks by medical students in Rio Verde - GO in order to observe the type, frequency of consumption of energy drinks and the perceptions of the respondents about the effects expected and collected with their consumption. A bibliographic and field research was carried out with 56 volunteer students. The results induced that coffee and canned energy drinks are the most consumed beverages by respondents. Much of the interview-of-are-aware that caffeine and taurine are the main components of energy drinks with a stimulating action on the central nervous system. In addition, it is observed that they seek these drinks effects such as increased

position and alertness, in order to increase their academic performance in studies. Thereby, with expectations, respondents noted increased alertness, concentration and disposition. However, some reported adverse effects observed when consuming energy drinks, such as irritability, palpitations, increased anxiety and headaches. Such unwanted effects show that the ingestion of this type of beverage must be carried out responsibly.

KEYWORDS: energy drinks, caffeine, stimulants.

1 | INTRODUÇÃO

Bebidas energéticas ou apenas energéticos são substâncias com elevado teor de cafeína, que faz com que seja utilizada em inúmeras áreas, principalmente entre os jovens e estudantes universitários, pois tendem a melhorar o desempenho físico e mental. Porém, o consumo exagerado de cafeína pode gerar dependências e até mesmo efeitos tóxicos letais. (LÓPEZ; GONZÁLEZ; IZQUIERDO, 2017).

A cafeína está presente em mais de 60 espécies atualmente no mundo todo, além dos próprios energéticos, a cafeína também se encontra no guaraná, folhas de chá, cacau e café, sendo o café o mais consumido em dias atuais. (DE ALMEIDA; PEREIRA; MOREIRA, 2013).

A cafeína auxilia também na manutenção corporal ligada ao peso e está presente em suplementação atuando também como termogênico. (GRAHAM, 2001) Após ter feito a ingestão da mesma, a cafeína consegue ser absorvida rapidamente pelo organismo atingindo o pico do seu efeito em até 45 minutos. (DURLACH et al., 2002) Todavia, assim como todo indivíduo depende de sua administração para ter um efeito benéfico ou maléfico, a cafeína tem seus efeitos diversificados para cada indivíduo. (MUMFORD et al., 1996).

No Sistema nervoso Autônomo, a cafeína, como antagonista à adenosina, desenvolve suas ações como uma droga estimulante. Ligando-se a adenosina, a cafeína faz com que ela não exerça seus efeitos de redução da atividade neuronal, diminuição da pressão arterial, temperatura corporal e cronotopismo negativo. Existem também medicamentos indicados para cefaleia que contem cafeína (Dorflex®) por conta desse efeito que atua sobre os vasos da região cefálica, assim, aliviando a dor. (DE ALMEIDA; PEREIRA; MOREIRA, 2013).

O presente trabalho buscou realizar levantamento bibliográfico sobre bebidas energéticas, além de um levantamento de campo com estudantes de Medicina de Rio Verde – GO para elaboração do perfil de consumo de tais bebidas assim como a percepção dos entrevistados sobre os efeitos que as mesmas geram em seu organismo.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Bebidas energéticas

Bebidas energéticas são substâncias com alto teor de cafeína e tem propriedades estimulantes que intensificam a atividade cerebral e física. Estas bebidas podem conter além da cafeína, outros componentes, tais como: guaraná, taurina, acidulantes, conservantes, aromatizantes e corantes (LÓPEZ; GONZÁLEZ; IZQUIERDO, 2017).

As bebidas energéticas surgiram pela primeira vez na Europa e na Ásia em por volta de 1960. Apareceram pela primeira vez na Áustria em 1987 com uma marca bem conhecida que estourou em todo o mundo nos anos seguintes. Seu consumo aumentou exponencialmente, pois ganhou popularidade na época, nos mundos de hoje se tornou uma indústria multibilionária.

Esse tipo de bebida vem ganhando destaque especial, evidenciado pelo seu consumo por diversos grupos demográficos, tais como: jovens, trabalhadores, estudantes, atletas profissionais, atletas amadores e jovens da vida noturna.

Em relação ao exercício físico, as bebidas energéticas fazem parte da priorização do treinamento em termos ligados ao condicionamento físico, práticas nutricionais, abordagens farmacológicas e / ou técnicas psicológicas que podem melhorar as adaptações de treinamento e / ou o resultado do exercício. (GUTIÉRREZ-HELLÍN; VARILLAS-DELGADO, 2021).

2.1.1 Composição das bebidas energéticas

Segundo o Safefood, bebidas energéticas são determinadas como produtos que contêm cafeína, taurina e vitaminas, e alguns podem conter uma fonte de energia (carboidratos), comercializadas para fornecer real ou perceptiva melhoria psicológica ou efeitos físicos.

De acordo com a RDC publicada no Diário Oficial da União nº 184, de 23 de setembro de 2005, regulamentando as bebidas energéticas, diz-se que a maioria das bebidas energéticas possui uma grande concentração de carboidratos, identificando em composto líquido pronto para o consumo: Inositol: máximo 20 mg/100 ml, Glucoronolactona: máximo 250 mg/100 ml, Taurina: máximo 400 mg/100 ml, Cafeína: máximo 35 mg/100 ml, Álcool etílico: máximo 0,5 ml/100 ml.

2.1.1.1 Carboidratos

Carboidratos também definidos como “hidratos de carbono” possuem fórmula geral $(CH_2O)_n$. São definidos como açúcares ou sacarídeos e possuem sufixo em sua nomenclatura -ose, por exemplo, sacarose, glicose, frutose e maltose.

Os carboidratos podem ser classificados em:

- Monossacarídeos: são carboidratos mais simples e não podem ser hidrolisados em outros carboidratos ainda mais simples.
- Dissacarídeos: são carboidratos que sofrem hidrólise e fornecem apenas duas moléculas de monossacarídeos.
- Oligossacarídeos: são carboidratos que hidrolisam para fornecer de 2 a 10 moléculas de monossacarídeos.
- Polissacarídeos: são carboidratos que produzem um enorme número de moléculas (>10).

A metabolização dos carboidratos ocorre através de uma série de reações catalisadas por enzimas, nas quais cada etapa que produz energia é denominada oxidação (ou a consequência de uma oxidação).

Apesar de a energia ser inevitavelmente convertida em calor, são conservadas em outra forma, como na síntese do trifosfato de adenosina (ATP) do difosfato de adenosina (ADP) e o fosfato inorgânico(P) (SOLOMONS, T. W. G, 2002).

Os carboidratos são as biomoléculas mais abundantes na Terra. Por ano, a fotossíntese converte em mais de 100 bilhões de toneladas métricas de CO₂ e H₂O em celulose e produtos vegetais. Determinados carboidratos (açúcar e amido) são os fundamentais elementos das dietas em muitas famílias ao redor do mundo, e sua oxidação é a dominante via de produção de energia na maioria das células não fotossintéticas. São elas poliidroxialdeídos ou poliidroxicetonas, ou substâncias que geram esses compostos quando hidrolisada. (NELSON; COX, 2011).

2.1.1.2 Inositol

Os inositóis são polióis com estrutura em anel de seis carbonos, em que cada carbono é hidroxilado. Vários desses isômeros de açúcar-álcool são biologicamente ativos, dos quais o mio-inositol (MI) é o mais comum. Constitui um componente dos fosfolípidios da membrana e medeia a osmorregulação. Seus derivados fosforizados atuam como segundos mensageiros nas vias de transdução dos sinais, medeiam a fosforilação de proteínas, participam da remodelação cromática e da expressão dos genes para facilitar a exportação de mRNA do núcleo (CHHETRI, 2019). A figura 1 apresenta os estereoisômeros possíveis para o inositol:

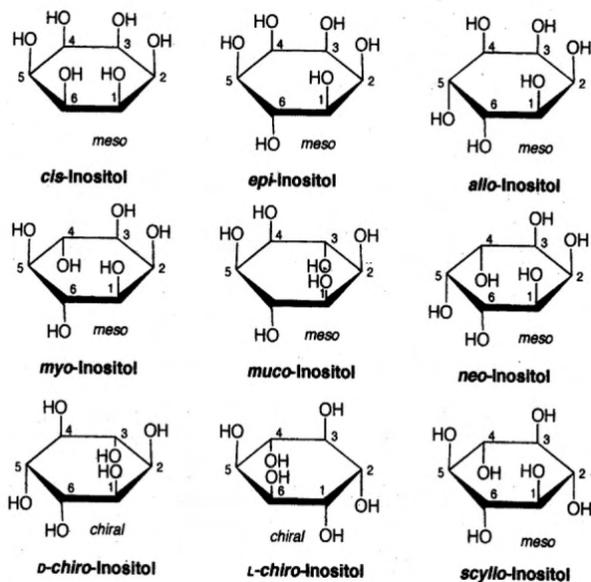


Figura 1: estrutura dos nove estereoisômeros possíveis para o inositol (CHHETRI, 2019).

2.1.1.3 Glucoronolactona

A glucoronolactona ocorre como uma metabolização da glicose no fígado. A goma xantana é formada por unidades de manose e ácido glucorônico, sendo assim uma forma de obter a glucoronolactona (CARVALHO, MAIA, SOUSA, 2006). De acordo com a RDC publicada no Diário Oficial da União nº 184, de 23 de setembro de 2005 a glucoronolactona tem seu limite no Brasil de 250 mg/100 mL.

A glucoronolactona, no organismo entra em equilíbrio com o ácido glucorônico, seu precursor instantâneo. O ácido glucorônico é um prestigiado componente das fibras e tecidos conjuntivos de animais. A absorção da glucoronolactona é rapidamente realizada pela via oral em humanos, metabolizada e excretada como ácido glucárico, xilitol e L – xilulose.

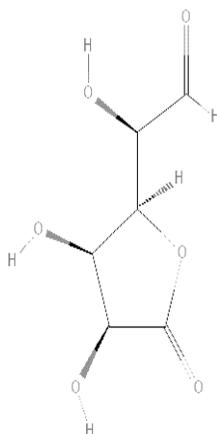


Figura 2: Fórmula da glucoronolactona. Fonte: PubChem (2004).

2.1.1.4 Cafeína

A cafeína é uma droga de maior aceitação social e mais utilizada em todo o mundo. A cafeína tem sido consumida pelo homem em todo mundo durante muitos anos e é consumida regularmente por bilhões de pessoas, e é utilizada em práticas culturais, sendo vital para algumas economias ao redor do mundo (GRASSER et al., 2016). A tabela 1 apresenta a comparação entre os efeitos da cafeína e adenosina no organismo humano e a figura 3 ilustra a estrutura química da cafeína:

Local de ação	Cafeína	Adenosina
Sistema Nervoso Central	Estimulação	Sedação
Sistema Cardiovascular sanguíneo	Aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea	Diminuição da frequência cardíaca e da pressão
Metabolismo	Aumento da lipólise no tecido adiposo	Diminuição da lipólise
Sináptico	Aumento da liberação de catecolaminas	Diminuição da liberação de catecolaminas

Tabela 1: Efeitos da cafeína e adenosina sobre o organismo humano (CARVALHO, MAIA, SOUSA, 2006).

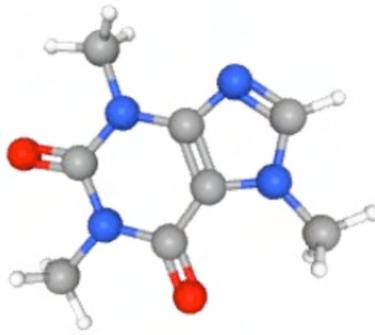


Figura 3: Estrutura química da Cafeína, fonte: PubChem.

A cafeína é uma substância natural encontrada no café, em chás, chocolates, refrigerantes e energéticos (como o Monster®).

A cafeína auxilia na manutenção do peso e possui ação termogênica (GRAHAM, 2001). A absorção da cafeína se tem completa em até 45 minutos, atingindo o seu pico nesse tempo (DURLACH et al., 2002). Sendo assim, assim como cada pessoa possui sua própria individualidade, as durabilidades dos efeitos difere de pessoa para pessoa (MUMFORD et al., 1996).

No sistema nervoso central, especificamente o sistema nervoso autônomo, a adenosina age reduzindo a frequência cardíaca, da pressão sanguínea e da temperatura corporal, já a cafeína exerce uma ação inibidora sobre os receptores do neurotransmissor adenosina, situados nas células nervosas, fazendo com que deixem de exercer suas funções.

A cafeína exerce um efeito nas células nervosas e a libera outros neurotransmissores e hormônios, tais como a adrenalina, com isso, faz com que fiquemos “ligados”. (CARVALHO, MAIA, SOUSA, 2006).

2.1.1.5 Taurina

A taurina (ácido 2-amino-etano-sulfônico) é um beta aminoácido sulfurado não proteínogênico. Ela é um dos aminoácidos mais abundantes no nosso corpo. A taurina (Figura 4) é considerada como um dos aminoácidos essenciais no desenvolvimento dos mamíferos, pois a insuficiência de taurina resulta em absorção de gordura prejudicada, secreção de ácido biliar, função retinal, desenvolvimento cerebral e função hepática (GANONG, 1993).

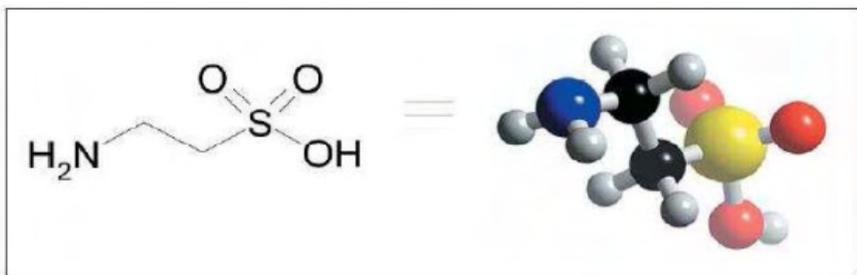


Figura 4: Estrutura da taurina. Fonte:(F.CARVALHO, 2015).

O corpo humano sintetiza por várias rotas de oxidação da cisteína. A taurina, sendo primariamente sintetizada no fígado e no cérebro, pesquisas informam que foram encontrados altos níveis de taurina em tecidos do coração, retina, no músculo esquelético e no sistema nervoso central(CARVALHO, MAIA, SOUSA, 2006). A tabela 2 apresenta a ação da taurina no organismo humano:

Sistema	Ação
Cardiovascular	Modulação da ação do canal de cálcio, retarda a cardiomiopatia, apresenta propriedades antiarritmica e ação hipotensiva
Sistema Nervoso Central	Regulação da resposta cardiorrespiratória, alteração na duração do sono, propriedades anticonvulsivas, modulador da excitabilidade neural, manutenção da função cerebral, termorregulação e ação antitremores
Retina	Manutenção da estrutura e das funções
Fígado	Síntese dos sais biliares
Sistema reprodutivo	Motilidade do esperma
Músculos	Estabilidade das membranas
Outros	Modulador dos neurotransmissores e hormônios, osmorregulação, estimulação da glicólise e glicogênese, efeitos antioxidantes, atenuação da hipercolesterolemia e proliferação e viabilidade das células

Tabela 2: Ação da taurina no organismo humano (CARVALHO, MAIA, SOUSA, 2006).

2.1.2 Consumo de Bebidas Energéticas

A popularidade das bebidas energéticas teve seu aumento desde a sua introdução por volta de 1960, e este tipo de bebidas foi consideradas uma das categorias com o crescimento mais rápido nas indústrias. Sua grande maioria das bebidas energéticas são direcionadas a jovens e adultos com idade entre 18 e 34 anos, e tem uma frequência de consumo relatada de 1– 4 latas de bebidas energéticas/mês e estudantes universitários consomem enquanto estudam ou trabalham. (GRASSER et al., 2016).

Durante milhares de ano a cafeína tem seu uso como uma das substancias ativas mais usada em todo o mundo. Podendo ser encontrada em bebidas comuns incluindo o

café, chá, bebidas energéticas e também em suplementações. A cafeína, tendo sua função de aumentar o metabolismo por promover a oxidação de gordura é adicionada à maioria dos suplementos termogênicos com a finalidade também de emagrecimento. Quando utilizada em doses moderadas tem apresentado um acréscimo na performance físico e mental, assim sendo o composto sublime para vencer a fadiga. (LOPES; CAPELA, 2017).

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através do método bibliográfico de campo, com abordagem hipotética dedutiva. Para o levantamento bibliográfico, foram utilizados como referência artigos científicos publicados nas principais bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico e Web of Science; bem como, livros e legislações pertinentes ao âmbito farmacêutico. O período de seleção dos estudos foi entre 1993-2021, e a pesquisa de campo foi realizada no em estudantes do município de Rio Verde – GO, Brasil. Devido a pandemia ocasionada pela Covid-19 optou-se por um formulário online através da plataforma Google Forms^{®1} para evitar o contato entre pesquisador e pesquisados a fim de obedecer aos protocolos de biossegurança firmados pelos órgãos governamentais. Foram incluídos no estudo acadêmicos de medicina da cidade de Rio Verde – GO e excluídos dos estudos os acadêmicos com idade inferior a 18 anos. No anexo A encontra-se o questionário aplicado e no Apêndice A o termo de consentimento livre e esclarecido.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a realização da pesquisa, optou-se por divulgação em meios eletrônicos do questionário, onde 56 acadêmicos de Medicina residentes em Rio Verde – GO aceitaram participar da pesquisa de maneira voluntária. Desse total, contactou-se que mais da metade dos entrevistados possuem idade inferior a 24 anos; sendo que 48,2% dos acadêmicos possuem idades entre 21 e 24 anos como apresentado na Figura 1.

1 Google Forms é um aplicativo de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google. Os usuários podem usar o Google Forms para pesquisar e coletar informações sobre outras pessoas e também podem ser usados para questionários e formulários de registro.

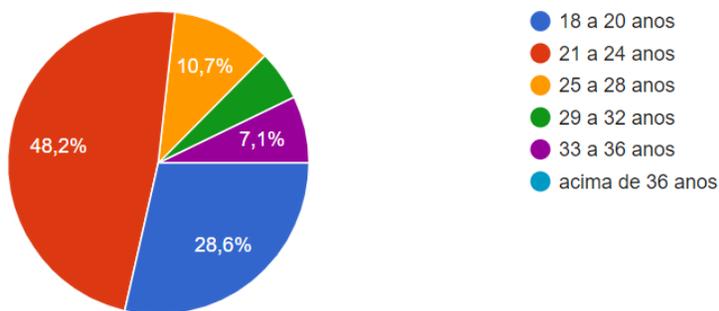


Figura 5: Faixa etária dos acadêmicos de medicina de Rio Verde – GO. Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Em pesquisa realizada por Luis, Jenny e Giovane em estudantes de Enfermagem (2017) observou-se uma prevalência entre os pesquisados de 17 a 47 anos em seus dados. Martha e Clarissa (2008) em pesquisa realizada com estudantes de educação física obtiveram uma média de 22 anos e 6 meses. A média de idade encontrada pelas autoras está dentro do intervalo de idade com maior percentual de entrevistados, como apontado na figura 5.

Dentre os participantes da pesquisa nota-se que a maior parte do público entrevistado (78,6%) pertence ao sexo feminino, como mostra a figura 6:

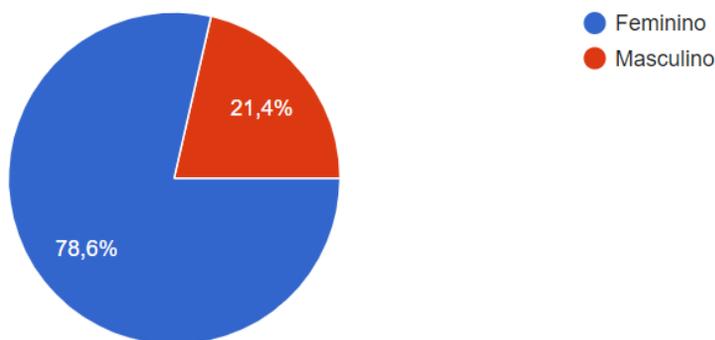


Figura 6: Sexo dos acadêmicos de medicina de Rio Verde – GO. Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Martha e Clarissa (2008) em sua pesquisa contaram com um maior percentual de participantes do sexo masculino (54%); tal divergência de dados pode-se explicar pela diferença de curso pesquisada, uma vez que a pesquisa das autoras foi realizada com acadêmicos de Educação Física. Em pesquisa realizada por Luis, Jenny e Giovane entre estudantes de Enfermagem (2017) os autores apresentam uma taxa de 74,14% de participantes da pesquisa do sexo feminino.

Segundo a Figura 7 a maioria dos entrevistados (51,8%) afirma não fazer o uso regular de bebidas energéticas. Martha e Clarissa (2008) em seu estudo constataram que 39,4% dos entrevistados utilizam regularmente bebidas energéticas.

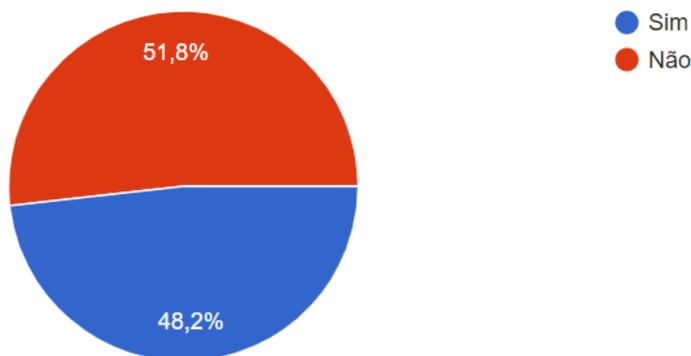


Figura 7: Resposta ao questionamento “Você faz o uso regular de bebidas energéticas?”

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Como relatado anteriormente neste trabalho, observamos que dentre os componentes das bebidas energéticas encontram-se substâncias estimulantes, a fim de promover diversas respostas no organismo. Quando questionados em relação da presença de substâncias psicoativas nas bebidas energéticas 37,5% dos entrevistados afirmaram desconhecer a presença das mesmas nos produtos consumidos; conforme Figura 8.

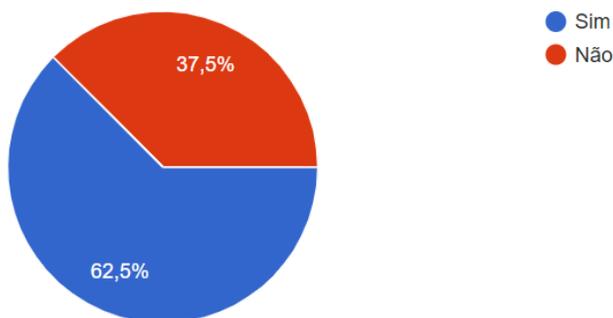


Figura 8: Resposta ao questionamento “Você sabia que as bebidas energéticas possuem substâncias psicoativas?”

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Aos 62,5% que responderam saber da presença de substâncias psicoativas nas bebidas energéticas, questionou-se se sabem quais as substâncias presentes nos produtos

consumidos. Com o auxílio do site EduPulses² montou-se a seguinte nuvem de palavras (Figura 9) com as respostas dos candidatos, sendo que as palavras que aparecem em maior fonte foram as mais citadas pelos pesquisados.



Figura 9: Nuvem de palavras criada a partir das respostas à pergunta “Quais substâncias psicoativas você acredita conter nas bebidas energéticas?”

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Nota-se que a maioria dos pesquisados está ciente da presença de cafeína e taurina nas bebidas energéticas; porém vale destacar que algumas respostas obtidas mostram o desconhecimento de uma pequena parte dos entrevistados a respeito da composição das bebidas energéticas. Obtivemos como resposta ao questionamento realizado que as bebidas energéticas apresentam função depressora no organismo, porém, segundo Graham (2001) a cafeína é uma substância psicoativa (atua no sistema nervoso central) e é utilizada como estimulante cardíaco e diurético, não possuindo ação depressora no organismo. Outro entrevistado respondeu que opioides estão presentes nas bebidas energéticas, porém, segundo Fernandes, Costa e Saraiva (2007) opioides são substâncias utilizadas para analgesia, ou seja, com finalidade anestésica (aliviando dores). Tais substâncias não são encontradas em bebidas energéticas comuns como as pesquisadas neste trabalho.

² EduPulses é uma ferramenta online de interatividade utilizada em metodologias modernas de ensino-aprendizagem.

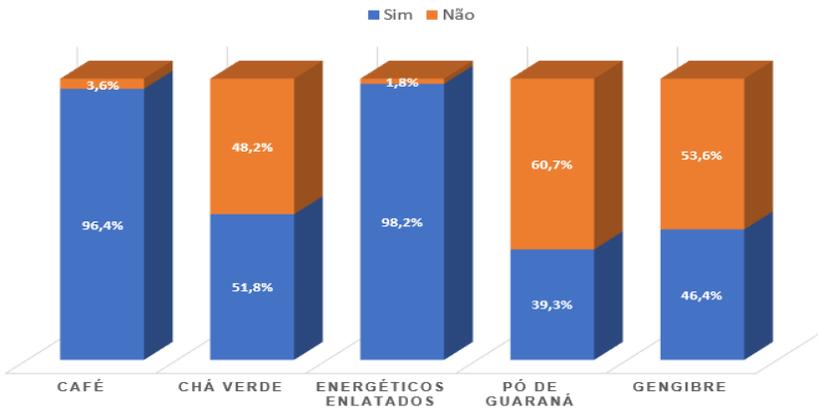


Figura 10: Porcentagem de entrevistados que já realizaram ingestão de uma das cinco substâncias questionadas.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

De acordo com a figura 10 podemos observar que a maioria dos estudantes optam pelo consumo de café e energéticos enlatados por ser uma opção mais prática e acessível. Gengibre, Chá verde e Pó de Guaraná, por possuir um método moroso para sua ingestão, possuem um menor consumo.

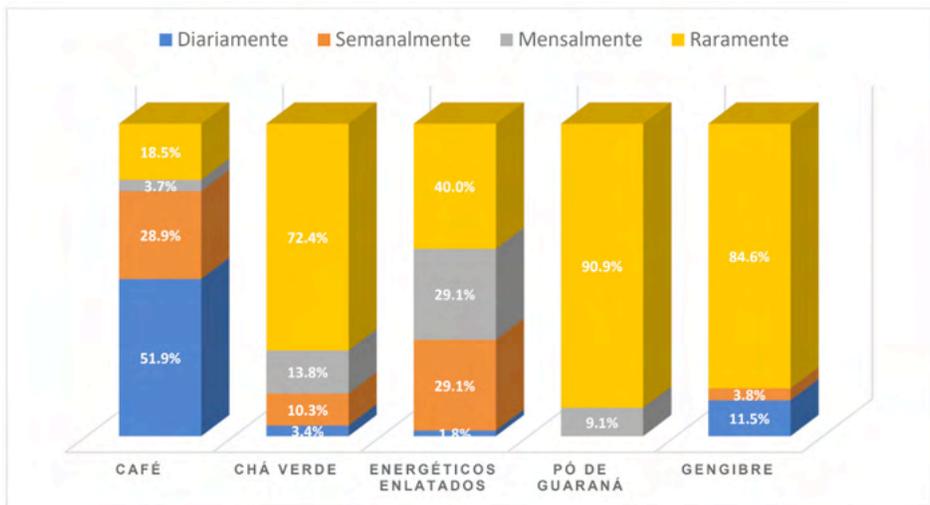


Figura 11: Frequência com que os entrevistados que responderam "sim" ao questionamento anterior ingerem cada tipo de bebida energética.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Dos entrevistados, é visto que a praticidade do café e das bebidas enlatadas prevalecem segundo a figura 11, o consumo de café tem por sua vez seu favoritismo, em contrapartida gengibre e pó de guaraná possui uma baixa adesão entre as bebidas que

possuem efeitos energéticos.

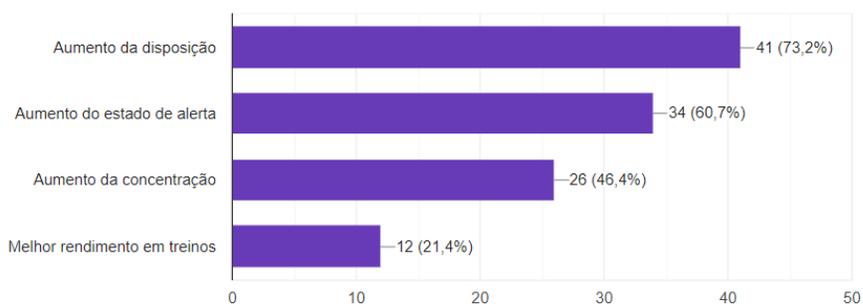


Figura 12: Resposta ao questionamento “Quais efeitos você busca ao ingerir bebidas energéticas?”.
Fonte: Dados da pesquisa (2021).

É visto que o consumo em sua grande maioria possui um foco, o aumento da disposição para “algo”, como diz Martha e Clarissa (2008) em seu estudo com estudantes de educação física, possuem também uma preferência em rendimento de treino, foco e concentração para estudos e a disposição para passar a noite acordado em festas. Segundo Ramón-Salvador et. al. (2013) o consumo de bebidas energéticas está cada vez mais frequente entre os jovens, tal comportamento é observado com frequência em estudantes de medicina que consomem este tipo de bebida de 1 a 2 vezes por semana a fim de diminuir o sono e estudar com mais afinco. Ainda segundo os autores, os acadêmicos buscam um efeito ergogênico a fim de conciliar suas atividades diárias (como trabalho) e seus estudos.

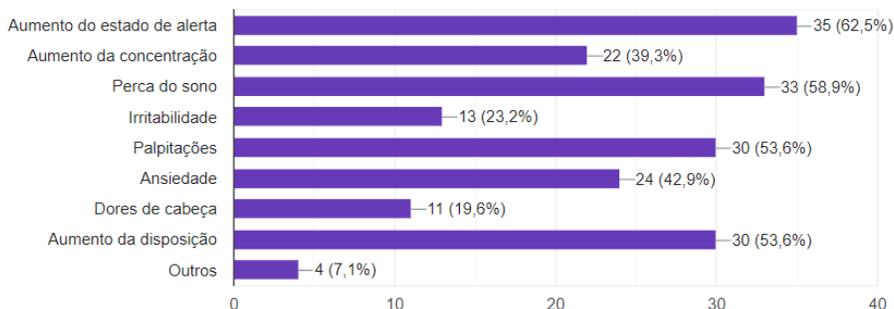


Figura 13: Resposta ao questionamento “Quais respostas você nota no seu organismo ao ingerir bebidas energéticas?”.
Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A partir da figura 12, notamos que os resultados obtidos não são iguais aos resultados esperados, visto que além da melhora em disposição, sua grande maioria também possui reações adversas como palpitação, ansiedade, irritabilidade e perda do

sono. Dos entrevistados que marcaram outros ao questionamento apresentado na figura 13, citaram que observam sonolência, tornam-se improdutivos e até mesmo sentem dor de barriga como outros possíveis efeitos das bebidas energéticas no seu organismo.

Segundo Ramón-Salvador et. al. (2013) estudos recentes apontam que o consumo de bebidas energéticas podem elevar o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e infartos do miocárdio, aumentando a agregação plaquetária e diminuir a função endotelial, especialmente quando combinados com pré-disposição de doenças cardiovasculares, estresse e pressão alta. Os autores ainda reforçam que outros efeitos indesejáveis podem surgir; como por exemplo, diminuição do apetite e sono, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, sendo por isso perigoso ingerir diariamente mais que 250 mg de cafeína, pois, isto pode ocasionar arritmia cardíaca, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, diarreia e tremores. Overdoses de cafeína podem surgir caso o consumo de bebidas energéticas seja indiscriminado, sendo que, o excesso de cafeína pode ser associado ao aumento da impulsividade, atividade sexual e a não adesão inclusive ao cinto de segurança; uma vez que a cafeína age no sistema nervoso central aumentando a sensação de vitalidade e força. A vigilância do indivíduo aumenta, assim como sua resistência a esforços físicos e mentais.

A taurina está presente em vários processos fisiológicos, tais como síntese de ácido biliar, osmorregulação, desintoxicação xenobiótica, estabilização de membranas celulares, modulação do fluxo celular do cálcio e modulação da excitabilidade neural. Pesquisas recentes mostram que a taurina possui um efeito inotrópico positivo, semelhante a cafeína, no entanto, poucos estudos relatam a toxicidade da taurina, sendo assim, não há dados suficientes para inferir qual o nível seguro de ingestão de taurina para um indivíduo. Há ainda relatos que o consumo de bebidas energéticas pode afetar a concentração de creatinina, ácido úrico, albumina e a atividade da enzima aspartato transaminase. Esses dados sugerem que tais bebidas podem afetar a neurotransmissão e a atividade neural mediada pela acetilcolina (RAMÓN-SALVADOR et. al. 2013).

Os dados encontrados na literatura corroboram com os relatos obtidos nesta pesquisa de campo e apresentam um alerta para o consumo desenfreado de bebidas energéticas. Atualmente, a busca por um maior rendimento diário para realizar as tarefas cotidianas levam os jovens a encontrar neste tipo de bebida uma alternativa para prevalecer por um maior período de tempo acordado aumentando sua produtividade, porém, vale ressaltar que tal utilização pode apresentar riscos à saúde do indivíduo e que tais produtos devem ser ingeridos com moderação, principalmente, para portadores de algumas comorbidades.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bebidas energéticas estão sendo consumidas de forma indiscriminada a fim de aumentar a concentração, foco, rendimento em atividades físicas e mentais e reduzir o

sono. As bebidas energéticas apresentam em suas composições estimulantes como cafeína e taurina que agem no organismo do indivíduo em diversos sistemas como o Sistema Nervoso Central.

A maioria dos entrevistados recorre ao café e aos energéticos enlatados quando buscam por bebidas energéticas, sendo estas bebidas as que apresentam a maior frequência de consumo pelos entrevistados. Porém, o consumo indiscriminado deste tipo de bebida pode levar a doses elevadas de substâncias como cafeína e taurina no organismo, acarretando em efeitos indesejados.

Os efeitos adversos relatados neste estudo a partir do consumo de bebidas energéticas são: dores de cabeça, irritabilidade, aumento da ansiedade, palpitações, entre outros. Efeitos estes que não são buscados pelos indivíduos que vem realizando as ingestões destas bebidas e podem acarretar em prejuízos no rendimento buscado pelo indivíduo que consome este tipo de bebida.

Em suma, deve-se observar que o consumo de bebidas energéticas deve ser moderado, a fim de evitar os efeitos adversos indesejados. Ações educativas, como palestras e seminários são interessantes para informar os estudantes no geral dos benefícios e principalmente dos efeitos adversos que o consumo de bebidas energéticas pode gerar no seu organismo. Assim como, este tipo de ação visa informar os indivíduos dos principais componentes que compõe estas bebidas, para que possam realizar escolhas assertivas quanto ao tipo de bebida e quantidade a ser ingerida, de modo, que não resulte em prejuízos em sua saúde.

REFERÊNCIAS

BALLISTRERI, M. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. O uso de bebidas energéticas entre estudantes de educação física. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. SPEC. ISS., p. 558–564, 2008.

CARVALHO, MAIA, SOUSA, R. **perfil dos principais componentes de bebidas energeticas: cafeina, taurina, guaraná e glucoronolactona - Pesquisa Google**. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/rial/v65n2/v65n2a02.pdf>>. Acesso em: 3 maio. 2021.

CHHETRI, D. R. Myo-inositol and its derivatives: Their emerging role in the treatment of human diseases. **Frontiers in Pharmacology**, v. 10, n. October, p. 1–8, 2019.

DE ALMEIDA, D. V. P.; PEREIRA, N. K.; MOREIRA, D. A. R. Efeitos Cardiovasculares da Cafeína: Revisão de literatura/ Cardiovascular Effects of Caffeine: Literature Review. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 3, n. 2, p. 78–92, 1 jan. 2013.

DURLACH, P. J. et al. **A rapid effect of caffeinated beverages on two choice reaction time tasks***Nutritional Neuroscience*Nutr Neurosci, , dez. 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12509073/>>. Acesso em: 31 mar. 2021

FERNANDES, M. DO C. B. DE C.; COSTA, V. V. DA; SARAIVA, R. Â. Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgesia com opióides. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 318–322, 1 abr. 2007.

GRAHAM, T. E. **Caffeine and exercise metabolism, endurance and performance** *Sports Medicine* Adis International Ltd, , 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11583104/>>. Acesso em: 31 mar. 2021

GRASSER, E. K. et al. Energy Drinks and Their Impact on the. **Advances in Nutrition An International Review Journal**, v. 7, n. 5, p. 950–960, 2016.

GUTIÉRREZ-HELLÍN, J.; VARILLAS-DELGADO, D. Energy Drinks and Sports Performance, Cardiovascular Risk, and Genetic Associations; Future Prospects. **Nutrients**, v. 13, n. 3, p. 1–31, 1 mar. 2021.

LOPES, M. D. M.; CAPELA, J. P. Estudo Comparativo da Composição dos Suplementos Alimentares Termogénicos Contendo Cafeína Disponíveis em Portugal. **Acta Portuguesa de Nutrição**, n. 10, p. 24–36, 2017.

MUMFORD, G. K. et al. Absorption rate of methylxanthines following capsules, cola and chocolate. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 51, n. 3–4, p. 319–325, 1996.

Ramón-Salvador, Diana M.; Cámara-Flores, José M.; Cabral-León, Francisco J.; Juárez-Rojop, Isela E.; Díaz-Zagoya, Juan C. Consumo de bebidas energéticas en una población de estudiantes universitarios del estado de Tabasco, México. **Salud em Tabasco**, v19, n.1, p. 10-14, 2013.

CAPÍTULO 17

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/02/2022

Data da submissão: 12/11/2021

Leslie Bezerra Monteiro

Mestre em Enfermagem

Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/5811196877265406>

Daniele do Nascimento Ferreira

Universidade Paulista – UNIP

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/3735277214633656>

Andreia Silvana Silva Costa

Mestre em Saúde Pública

Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/3333177219671843>

Alex Guimarães de Oliveira

Universidade Paulista – UNIP

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/0177002062583515>

Hanna Lorena Moraes Gomes

Mestre em Enfermagem pela UFAM

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/3837803064524881>

Hanna de Oliveira Monteiro

Universidade Paulista – UNIP

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/7663474827882620>

Kayla Manoella Albuquerque Monteiro

Universidade Paulista – UNIP

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/9603802493458368>

Marcia de Souza Rodrigues

Universidade Paulista – UNIP

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/7161141378072547>

Silvana Nunes Figueiredo

Mestre de Enfermagem pela UFAM

Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/1230323697077787>

Loren Rebeca Anselmo

Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas

Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/6333984153134331>

RESUMO: Os aspectos psicológicos negativos podem estar interligados ao aumento do risco de ideação suicida no público universitário, principalmente os da área da saúde, tendo desta forma a ausência de qualidade de vida, saúde mental, e a saúde no geral. **Objetivo:** Investigar em periódicos online como está sendo abordada a pesquisa científica aspectos psicoemocionais em discentes universitários. **Método:** trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa, no qual se utilizaram textos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde e indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, entre os anos de 2020 e 2021. Realizou-se, para a análise dos dados, uma divisão nos anos de publicação aos quais os artigos pertenciam. **Resultados:** Encontrou-se 11 estudos, em três diferentes áreas de conhecimento, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e ao objetivo do estudo. **Conclusão:** Conclui-se que é notório que os estudantes de graduação

em enfermagem apresentam fatores psicoemocionais que causam risco à saúde mental e não é criada intervenções para solucionar esta temática. Podendo comprometer a saúde mental do aluno, ocasionando o aparecimento de possíveis transtornos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Estudantes de Enfermagem.

INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW ON PSYCHO-EMOTIONAL ASPECTS OF NURSING STUDENTS

ABSTRACT: The negative psychological aspects may be linked to the increased risk of suicidal ideation in the university population, especially those in the health area, thus having the absence of quality of life, mental health, and health in general. **Objective:** To investigate, in online journals, how scientific research is being addressed to psycho-emotional aspects in university students. **Method:** this is a bibliographic study, integrative review type, in which texts published in the Virtual Health Library and indexed in LILACS, MEDLINE and BDNF databases, between 2020 and 2021, were used. data analysis, a division into the years of publication to which the articles belonged. **Results:** 11 studies were found, in three different areas of knowledge, meeting the inclusion and exclusion criteria of the research and the objective of the study. **Conclusion:** It is concluded that it is notorious that undergraduate nursing students have psycho-emotional factors that pose a risk to mental health and no interventions are created to solve this issue. May compromise the student's mental health, causing the appearance of possible disorders.

KEYWORDS: Mental Health ; Nursing students.

1 | INTRODUÇÃO

O ingresso no ensino superior pode representar mudanças no convívio social e proporcionar a liberdade de descobrir a sua própria autonomia, no entanto interfere no seu autoconhecimento podendo afetar o seu psicológico gerando assim mudanças comportamentais independente de gênero, idade e meio cultural (NASCIMENTO et al., 2019).

Vários fatores podem comprometer a saúde mental de estudantes universitários, em especial os da área da saúde. Dentre esses fatores, destacam-se adaptações ao ambiente acadêmico, sobrecarga de informação, estresse, falta de tempo para lazer e afins, dificuldades financeiras, desavenças relacionadas à família, expectativas elevadas, medo de não conseguir ingressar e ser aceito no mercado de trabalho, incertezas em relação ao futuro profissional e pessoal, competição por maiores notas, carência de estratégias de enfrentamento, de habilidades de estudo e motivação adequadas (BRESOLIN et al., 2020).

A intensidade dos sintomas depressivos mostrou-se entre moderada e grave em 23,6% dos estudantes, associada a não realização de atividades física e de lazer e aos cursos de fonoaudiologia e enfermagem. A carga horária elevada interfere de modo significativo na vida dos universitários, estes podem apresentar sentimentos de ansiedade, frustração, insegurança, incapacidade, angústia, tristeza, medo, sentimentos negativos,

principalmente no começo da vida acadêmica e no final, quando a correria e a cobrança de término do curso se tornam ainda maior. Em um artigo, o curso de Enfermagem também apresentou alta prevalência de universitários com sintomas de depressão, na qual o que demonstra que além da carga horária, o contato do aluno no ambiente hospitalar e os pensamentos referentes ao futuro profissional podem fazer com que esses alunos desenvolvam distúrbios psíquicos no decorrer da graduação, se agravando com o tempo, caso não for tratado (BRESOLIN et al., 2020).

Somada ao estresse, a depressão tem se apresentado como um problema de alta prevalência entre estudantes de enfermagem, produzindo um impacto negativo na saúde e no desempenho dos estudantes (FONSECA et al., 2019).

Relacionado a depressão pode haver a prevalência de pensamentos suicidas entre os universitários já pesquisados, é considerado alto. Alguns achados significativos, principalmente quanto as variáveis: uso de bebidas alcoólicas, tabaco e de outras drogas, ter histórico de bullying e já ter tentado suicídio, bem como não fazer o curso desejado. Esses fatores aumentam as chances de ter ideação suicida, demonstrando que essas variáveis se associam de modo consistente com o fator. No Brasil, há estudos sobre essa temática que se encontram mais centrados nas seguintes regiões: Sul, sudeste e Centro-Oeste, locais onde as taxas de suicídios são mais elevadas. Um estudo realizado em uma instituição pública de ensino superior do Estado do Piauí contempla quatro cursos, na área da saúde: enfermagem, fisioterapia, medicina e psicologia. Observou-se que existe associação estatisticamente significativa entre ideação suicida e curso desejado, sendo que 80,6% dos universitários que tem ideação suicida não frequentam o curso que desejam. Não frequentar o curso que deseja aumenta em 4,72 vezes as chances de ter ideação suicida (VELOSO et al., 2019).

Há estudos insuficientes para abranger sobre Aspectos Psicoemocionais, mas esta pesquisa é atual. Fortalece o debate sobre o desempenho acadêmico do estudante de enfermagem no ensino superior brasileiro, além de ampliar a discussão para outros cursos de graduação, uma vez que a influência dos aspectos psicoemocionais no desempenho acadêmico não é um problema apenas do contexto da enfermagem (FONSECA et al., 2016). O envolvimento do estudante no curso, sem suficiente clareza emocional, pode suscitar sentimentos pessimistas em relação à enfermagem e despertar pensamentos de abandono dos estudos e baixo otimismo. (FONSECA et al., 2019).

A qualidade de vida pode ser definida como um conjunto de circunstâncias que contribuem para o estado digno, físico, espiritual, moral e financeiro do cidadão. E saúde mental um estado de satisfação no qual o indivíduo desenvolve ao enfrentar etapas na vida contribuindo positivamente para a comunidade. Já a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. A presença dos transtornos psicológicos pode estar interligada ao aumento do risco de ideação suicida no público universitário, principalmente os da área da saúde, tendo desta

forma a ausência de qualidade de vida, saúde mental, e a saúde no geral. Sendo que são o grupo de futuros profissionais que tem como principal objetivo “levar” a saúde e o conhecimento da população, no entanto desde seu ingresso na academia universitária são incapazes de manter sua saúde sozinhos (SEGRE; FERRAZ. 1997).

Diante deste cenário levantou-se a seguinte pergunta norteadora do estudo: Quais os aspectos psicoemocionais em discentes universitários estão sendo abordados em periódicos online?

2 | OBJETIVO

Investigar em periódicos online como está sendo abordada a pesquisa científica aspectos psicoemocionais em discentes universitários.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que tem como intenção investigar artigos científicos que apresenta sobre os aspectos psicoemocionais em universitários do curso de enfermagem entre os anos de 2020 a 2021. O método adotado foi da revisão integrativa da literatura de Laurence Ganong, onde aplica um processo de sistematização e análise dos dados com o intuito de compreensão do tema em estudo. Através deste método, serão agrupados e epilogados os resultados de pesquisas primárias a fim de analisar os dados e enunciar uma explicação mais ampla de um fenômeno específico (GANONG, 1987).

O método é estruturado em seis etapas: 1) determinar a pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) apresentar os resultados dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) resultar, de forma clara, a evidência encontrada (GANONG, 1987).

A busca das publicações foi listada através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em três bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi sucedida no mês de setembro de 2021 para a seleção e identificação de publicações. A escolha por essas bases de dados deve-se ao fato de elas englobarem publicações nacionais e internacionais. Para a realização da busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Saúde Mental” e “Estudantes de Enfermagem”. Empregou-se, para a combinação destes descritores nas bases, o operador booleano “AND”.

Determinou-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais os aspectos psicoemocionais

em discentes universitários estão sendo abordados em periódicos online?”. Foram considerados para a escolha dos estudos, os seguintes filtros: artigos científicos completos na íntegra e disponíveis para análise; publicados entre os anos de 2020 e 2021 nos idiomas Português, Inglês e Espanhol.

4 | RESULTADOS

Alcançaram-se, após a busca dos estudos em cada base de dados, 1843 artigos científicos que atendem aos filtros da pesquisa. Subdividiram-se os artigos nas bases de dados da seguinte forma: 142 na BDNF; 1667 na MEDLINE e 152 na LILACS, conforme ilustrado na figura 1.

Excluíram-se 1832 artigos que estavam repetidos em uma ou mais bases de dados, artigos que pertenciam a outras revisões, artigos que não se tinha acesso livre para leitura e artigos que não atendiam ao objetivo da pesquisa. Selecionou-se, desta forma, um total de 11 artigos para a análise, os quais foram organizados em forma de tabela no software Microsoft Excel 2010, contendo: título; autor; base de dados; local; ano; área de conhecimento; abordagem metodológica; tipo de estudo; objetivo; coleta de dados; análise dos dados; resultados e a conclusão. Analisaram-se os artigos com a ajuda desta ferramenta, comparando-os entre as suas semelhanças e diferenças, possibilitando-se a extração dos dados de cada artigo que atendesse ao objetivo desta revisão integrativa da literatura.



Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos artigos revisados. Manaus (AM), Brasil, 2021.

Entre os 11 artigos, foram divididos em manuscritos de 2021 e manuscritos de 2020. Nos trabalhos de 2021, foram encontrados cinco (5) estudos publicados, onde se apresentam nos estudos pesquisas quantitativas e qualitativas através de questionários, direcionados a diferentes fases da área de enfermagem, um somente para os universitários iniciantes, um para os finalistas e os outros dois para diferentes fases (não específica), para o estudo da saúde mental/sintomas psicológicos dos estudantes de enfermagem, contribuindo para a área de conhecimento tanto de enfermagem como medicina e outros cursos. Entre os artigos publicados em 2020, foram encontrados seis (6) estudos publicados neste mesmo ano, com abordagens metodológicas quantitativas, quanti-qualitativas e um com análise estatística, que contribui para a área de conhecimento de enfermagem, medicina e estudantes de ciências da saúde/estatísticas. Estes periódicos foram organizados considerando suas características, em uma tabela, contendo título, autor, ano de publicação e base de dados, conforme é ilustrado na figura 2.

Título	Autor	Ano de Publicação	Base de Dados
Impacto de intervenção psicoeducacional na autoeficácia percebida de estudantes de enfermagem.	SEVERIAN et al.	2021	LILACS
Fatores associados à saúde mental de estudantes de graduação em enfermagem na China	LI et al.	2021	MEDLINE
Sofrimento psíquico dos universitários de enfermagem no contexto da vida acadêmica.	LIMA et al.	2021	LILACS/ BDENF
Nível de estresse percebido em estudantes de enfermagem em uma universidade pública do Brasil.	RAULINO et al.	2021	LILACS/ BDENF
Índices de depressão, ansiedade e estresse entre estudantes de enfermagem e medicina do Acre.	SANTIAGO et al.	2021	LILACS
Estresse acadêmico em estudantes de enfermagem em Montería, Colômbia (2019).	PÉREZ et al.	2020	LILACS/ BDENF/ COLNAL
Investigação das alterações emocionais e comportamentais de universitários iniciantes em medicina e enfermagem	TSUDA; HAUY; ZOTESSO.	2020	LILACS
A importância do trabalho de conclusão de curso e sua influência no estado de saúde: percepções de acadêmicos de enfermagem.	FERREIRA et al.	2020	LILACS
Depressão entre estudantes de enfermagem e sua associação com a vida acadêmica.	FACIOLI et al.	2020	LILACS/ BDENF
Transtornos mentais comuns em estudantes de enfermagem do ciclo profissionalizante	OLIVEIRA et al.	2020	LILACS/ BDENF
Sintomas depressivos entre estudantes de graduação em saúde.	BRESOLIN et al.	2020	LILACS/ BDENF

Figura 2. Resultados encontrados de acordo com o autor, ano de publicação, título do estudo e área de conhecimento. Manaus (AM), Brasil 2021.

5 I ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Manuscritos de 2021

As pesquisas são direcionadas, de forma geral, ao estudo do psicológico dos estudantes de graduação em enfermagem, com diferentes coletas de dados e análise dos estudos de forma específica. Encontrou-se apenas em um artigo qual seria o impacto de um programa psicoeducacional nos níveis de eficácia da autoestima e sintomas ansiosos e depressivos nos estudantes de enfermagem, com resultados que teve uma intervenção positiva na percepção de auto eficácia geral destes, contudo não afetou a autoestima e os sintomas ansiosos e depressivos que estes apresentavam (SEVERIAN et al., 2021).

Destacam-se nos manuscritos, fatores como estresse, sintomas clínicos de ansiedade e depressão, autoestima, sofrimento psíquico na qual se destacou sobre a angústia e sentimento de frustração e de fracasso que são geradas por fatores como pressão e sobrecargas de trabalhos, falta de tempo, exaustão, falta familiar.

Identificou-se que o estresse é um dos fatores que mais é citado, pois é uma consequência resulta das dificuldades de adaptação dos universitários no início do curso, os conflitos durante a formação e as expectativas quanto ao final da graduação, no entanto a faculdade não é o único causador, mas somatiza para os níveis de estresse que é um fator psicoemocional que interfere na saúde mental dos estudantes. Percebe-se que os graduandos iniciantes apresentam os níveis de estresse mais elevados e que não somente os graduandos de enfermagem sofrem com o estresse (SANTIAGO et al., 2021).

Ressalta também nos estudos sobre sintomas de depressão e ansiedade, onde o curso de enfermagem obteve a maior média de sintomas, mas quando foram comparados por semestres, os estudantes do primeiro semestre de enfermagem apresentaram os maiores níveis (SANTIAGO et al., 2021).

Evidencia que é de extrema importância que seja um tema mais abordado, para que seja criadas estratégias de intervenção e prevenção com a necessidade de implementação de um projeto político-pedagógico pela instituição de ensino, voltado para essa temática, apresentando estratégias para o enfrentamento dessa realidade, visando o bem-estar dos universitários de enfermagem, já que estes são pessoas que cuidam da saúde de outros, precisam estar mentalmente saudáveis (SANTIAGO et al., 2021).

5.2 Manuscritos de 2020

Investigam-se nos estudos presentes de formas específicas, mas relacionados à psique dos estudantes de enfermagem e aos fatores que se associam contribuindo para a evolução de um problema da mente destes, na qual foram resultados através de um levantamento sociodemográfico, questionários, utilizaram os Inventários de Depressão de Beck e a escala de fatores acadêmicos do tipo Likert.A.

Predomina-se nos estudos o aspecto estresse, onde resulta em um dos artigos

que 96,32% dos participantes apresentaram estresse e classificaram como moderado (66,94%), com nível de intensidade média (47,04%) (PÉREZ et al., 2020). Em outro estudo os graduandos receberam algum diagnóstico psicológico ou psiquiátrico que são relacionados ao estresse percebido e os índices foram considerados como estresse médio (TSUDA et al., 2020). Apresentam-se ainda os estressores como o método de avaliação dos professores e o trabalho de conclusão de curso, que geraram sentimentos de depressão, tristeza e com queixas de “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (OLIVEIRA et al., 2020), que são fatores psicoemocionais. Observa-se que os únicos métodos usados contra estes estressores são o controle das emoções e o escape para o uso de drogas ilícitas e álcool. Entende-se que é importante o estudo de novas pesquisas e que é necessário que haja intervenções e ações preventivas e terapêuticas junto aos acadêmicos dentro das universidades.

Sabe-se que a depressão é um diagnóstico psicológico ou psiquiátrico, que geram problemas emocionais como a tristeza profunda, angústia gerada por algum acontecimento, ansiedade, frustração, insegurança, incapacidade, angústia, tristeza, medo, culpa, irritabilidade e sentimentos negativos, por isso a importância de abordar esse fator. Destacam-se nos periódicos a depressão, que resulta através destes problemas, sendo necessário investigar fatores específicos da vida acadêmica entre os alunos, na qual existe uma associação entre a forma como os alunos se sentem sobre suas rotinas e atividades na instituição. É importante identificar as variáveis associadas à depressão em universitários, pois permite o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção de sua saúde psíquica. Ocasionalmente ao processo de ensino / aprendizagem que haja uma melhora.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o adoecimento psicológico e mental dos estudantes é uma realidade atual, onde é possível notar a escassez e a falta de abrangência de estudos/pesquisas sobre a saúde mental, psicoemocional e quais aspectos há necessidade de maior apoio a esses graduandos de enfermagem. Diante desses estudos é notório que os estudantes de graduação em enfermagem apresentam fatores psicoemocionais que causam risco à saúde mental e não é criada intervenções para solucionar esta temática. Podendo comprometer a saúde mental do aluno, ocasionando o aparecimento de possíveis transtornos.

REFERÊNCIAS

1. BRESOLIN, Julia Zancan et al. **Depressive symptoms among healthcare undergraduate students**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 28, e3239, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100313&lng=pt&nrm=iso Acesso em 01 nov. 2021

2. BRESOLIN JZ. et al. **Sintomas depressivos em estudantes universitários da área da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3239. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100313&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 07 mar. 2021
3. FACIOLI, Adriano Machado et al **Depression among nursing students and its association with academic life.** v. 73, n. 1, e20180173, 2020 . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100169&lng=pt&nrm=iso Acesso em 01 nov. 2021
4. FERREIRA, Werik Matos et al. **A importância do trabalho de conclusão de curso e sua influência no estado de saúde: percepções de acadêmicos de enfermagem.** REVISA.2020;9(2): 271-81. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p271a281> Acesso em 01 nov. 2021
5. FONSECA, Jose Ricardo Ferreira da et al. **Associação dos fatores de estresse e sintomas depressivos com o desempenho acadêmico de estudantes de enfermagem.** Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2019, v. 53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018030403530> Acesso em 26 jun. 2021
6. FONSECA, Jose Ricardo Ferreira da et al. **Fatores de estresse, sintomas depressivos, suporte social e resiliência associados ao desempenho acadêmico em estudantes de enfermagem.** Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Biblioteca Digital de Tese e Dissertações da USP [online]. 2016. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/77139/tde-27042018-121153/publico/Tese_Corrigida.pdf . Acesso em 28 jun.2021
7. GANONG LH. **Integrative reviews of nursing research.** Res Nurs Health. 1987 Feb;10(11):1-11. Disponível em: 10.1002/nur.4770100103 Acesso em 03 set. 2021
- LI, Xing RN et al. **Factors associated with mental health of graduate nursing students in China.** Medicina: 22 de janeiro de 2021 - Volume 100 - Edição 3 - p e24247. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/01220/Factors_associated_with_mental_health_of_graduate.126.aspx Acesso em 01 nov. 2021
8. LIMA, Devyson Wendell da Costa et al. **Sofrimento psíquico dos universitários de enfermagem no contexto da vida acadêmica.** Rev. Enferm. UFSM. 2021; vol.11 e23: 1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769244220> Acesso em 01 nov. 2021
9. NASCIMENTO, VS. et al. **Associação entre transtornos alimentares, suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos de saúde.** Einstein (São Paulo).2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100222 . Acesso em 07 mar. 2021
10. OLIVEIRA, Elias Barbosa de et al. **Common mental disorders in nursing students of the professionalizing cycle.** Rev. Bras. Enferm. v. 73, n. 1, e20180154, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100166&lng=pt&nrm=iso Acesso em 01 nov. 2021
11. PÉREZ, Yolima Judith Llorente et al. **Estrés académico en estudiantes de un programa de Enfermería - Montería 2019.** Revista Cuidarte. 2020; 11 (3): e1108. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1108/1713> Acesso em 01 nov. 2021

12. RAULINO, Maria Eduarda Ferreira Goulart et al. **Nível De Estresse Percebido Em Estudantes De Enfermagem Em Uma Universidade Pública Do Brasil**. Reme : Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte , v. 25, e1366, 2021 . Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100218&lng=pt&nrm=iso Acesso em 01 nov. 2021
13. SANTIAGO, Mathews Barbosa et al. **Índices de depressão, ansiedade e estresse entre estudantes de enfermagem e medicina do Acre**. Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2021 Março;10(1):73-84. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282054> Acesso em 01 nov. 2021
14. SEGRE, M; FERRAZ, FC. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública. 1997, vol.31, n.5 [cited 2021-04-30], pp.538-542. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf> Acesso em 29 mar. 2021
15. SEVERIAN, Patrícia Fernandes Garcia et al. **Impacto de intervenção psicoeducacional na autoeficácia percebida de estudantes de enfermagem**. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 29, p. e53845, maio 2021. ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/53845> Acesso em 01 nov. 2021.
16. TSUDA, M.; HAUY, F. N.; ZOTESSO, M. C. **Investigação das alterações emocionais e comportamentais de universitários iniciantes em Medicina e Enfermagem**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 35–45, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2734> Acesso em 01 nov. 2021.
17. VELOSO LUP. et al. **Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados**. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180144. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/JttXRNsGZJGqtG3b4NnBZHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 mar. 2021.

DIABETES E SAÚDE MENTAL: INTERFACES EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 07/11/2021

Matheus Vicente Gambarra Nitão Milane

UniCEUB - Faculdade de Ciências da
Educação e Saúde (FACES)
Brasília - DF

<http://lattes.cnpq.br/9295007285328446>

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo compreender interfaces entre campos aparentemente distintos da Psicologia da saúde, sendo estes a saúde mental como campo de investigação e atuação na realidade brasileira e a convivência com uma doença crônica não transmissível, no caso a Diabetes Mellitus, por meio de ferramentas teórico-epistemológicas como a Teoria da Subjetividade e a Epistemologia Qualitativa. Para tanto, foram escolhidos participantes que são acometidos de Diabetes Mellitus e frequentam serviços substitutivos de saúde mental no Brasil, com diagnósticos e etiologias distintas de transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, diabetes, subjetividade.

DIABETES AND MENTAL HEALTH: INTERFACES ON HEALTH PSYCHOLOGY

ABSTRACT: This research had as a main objective to understand interfaces between apparently distinct fields of health Psychology, these being mental health as a field of investigation and work on the brazilian reality and the living experience

of being a person with a non-communicable chronic disease, in this case Diabetes Mellitus, from theoretical-epistemological bases such as the Subjectivity Theory and the Qualitative Epistemology. For such, the chosen participants were people diagnosed with Diabetes Mellitus and that also attend substitutive mental health services in Brazil, with different diagnoses and etiologies of mental disorders.

KEYWORDS: Mental health, diabetes, subjectivity.

1 | INTRODUÇÃO

Ao que se abordam questões diversas e complexas relacionadas à saúde, deve-se levar em consideração fatores, saberes e definições a respeito deste campo, como formulações teóricas que são adotadas atualmente. A compreensão de distintas realidades relacionadas à saúde é necessária para a produção de conhecimento em um campo que faz com que realidades distintas coexistam. Nesta pesquisa se busca compreender as relações entre Diabetes, uma doença crônica presente em uma grande amostra da população com etiologias e aspectos diversos do campo da saúde mental, faz-se necessário que se definam melhor os temas em questão, buscando:

1. A compreensão da saúde como processo qualitativo, considerando seus fatores fisiológicos, subjetivos, históricos e culturais;
2. Diabetes como fenômeno de

relevância nos dias atuais requerendo assim estudos que a contemplem de maneira não apenas por meio do paradigma médico-fisiológico;

3. Saúde mental como processo qualitativo de saúde, não apenas no paradigma diagnóstico, assim qual a definição da saúde mental como campo de atuação na realidade brasileira;

Como, ressaltado o pressuposto de saúde como algo processual, se mostram as interrelações e desdobramentos subjetivos relacionados a pessoas que surgem como presentes nos campos e etiologias mencionados.

2 | SAÚDE – MODELOS E NOVAS DEMANDAS

Uma presente concepção de "saúde" ainda hegemônica é a do modelo biomédico de saúde, caracterizado por uma visão reducionista e não sistêmica dos indivíduos, tratando-os apenas como conjunto de sintomas de subseqüentes ou eventuais patologias. Matta e Morosini o definem como:

O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. (MATTÁ; MOROSINI, 2006, p. 2).

Ao caracterizar de maneira reducionista o processo saúde-doença, também se perde o caráter subjetivo do indivíduo que apresenta determinada(s) doença(s), reduzindo-o a uma mera patologia, categorização ou diagnóstico. O modelo biomédico-curativista, tendo em vista transtornos e doenças não passíveis de cura imediata, mostra-se ineficiente e incapaz de lidar com demandas atuais, em especial as advindas das doenças crônicas. Surge então a necessidade de modelos que consigam compreender as diversas relações, impactos e complexidade inerentes aos sujeitos adoecidos. Para atender a este sujeito complexo incipiente, Severo e Seminotti apontam “[...] a integralidade, a visão sistêmica/complexa e o modelo de atenção psicossocial propiciam a dialógica entre as contradições e a emergência de um sujeito complexo.” (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p.2). Rompendo com o modelo biomédico-curativista que já não consegue responder a demandas atuais como a cronicidade pela impossibilidade de cura imediata por meio da simples administração de fármacos é preciso que se contemplem indivíduos como sujeitos históricos, relacionais, presentes em determinadas realidades, produtores de sentidos e que desenvolvem configurações subjetivas, podendo ser sujeitos de fato em seus processos, inclusive com a maneira de lidar com a cronicidade. Por subjetividade, se entende: “[...] a organização dos processos de sentido e significação que aparecem e se organizam de diferentes formas e em diferentes níveis do sujeito e na personalidade, assim como nos diferentes espaços sociais em que o sujeito atua (GONZÁLEZ-REY, 2003, p. 108).” Sendo a teoria da Subjetividade primordial para o desenvolvimento desta pesquisa, pois surge como interessante alternativa

teórica na compreensão dos fenômenos aqui estudados tendo em vista seu caráter dinâmico e processual, por romper com preceitos absolutos e metanarrativos encontrados em outras produções teóricas e assim podendo atender a demandas e construções mais complexas frente a, nesta pesquisa em específico, processos saúde-doença em uma perspectiva fortemente entrelaçada ao que diz respeito à própria concepção dos sujeitos como tais, faz-se necessário compreendê-la melhor, aqui por meio das categorias configurações e sentidos subjetivos. Sentido subjetivo, por González-Rey, se define como:

Unidade inseparável dos processos simbólicos e emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro. O sentido subjetivo representa uma definição ontológica diferente pra a compreensão da psique como produção cultural. (GONZÁLEZ-REY, 2003, p. 127).

A partir destes pressupostos, faz-se necessário contemplar os fenômenos humanos, sendo os processos saúde-doença o enfoque desta pesquisa, como dotados de indissociabilidade entre emoções e processos simbólicos, sendo a produção de sentido subjetivo em relação aos diversos aspectos da vida humana algo inerente a cada sujeito. Um sujeito ativo e presente em seu meio se portará de maneira dinâmica e processual, com suas configurações subjetivas em permanente distensão. González Rey, ao conceituar a saúde individualmente, propõe, dentre outros, os seguintes aspectos:

b) A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que se desenvolve constantemente, do qual o indivíduo participa de forma ativa e consciente na qualidade de *sujeito do processo*.

c) Na saúde, combinam-se estreitamente fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral. (GONZÁLEZ-REY, 2004, p. 2-3).

Sendo assim, a compreensão dos processos saúde-doença nesta pesquisa se dará ressaltando o caráter ativo e participante do sujeito, visando uma compreensão destes a partir do que é trazido pelo sujeito em seus sentidos e configurações subjetivas referentes à sua experiência pessoal e conseqüentemente seus processos de saúde-doença.

3 | SAÚDE: DEFINIÇÕES E PANORAMAS GERAIS SOBRE OS CAMPOS DE ESTUDO

De acordo com Alves, Brandão, Andion, Menezes & Carvalho, a doença se define como: "Diabetes Melito representa um grupo de doenças caracterizadas por hiperglicemia, como resultado da deficiência na produção de insulina, resistência periférica a sua ação ou ambas." (2010, p.1). Situando historicamente o que se entende como Diabetes, esta historicamente se conceituava como "incapacidade de reter água nos rins", tendo em vista a alta quantidade de urina que se produz ao que os indivíduos se encontram

com as taxas de glicose elevadas. A urina adocicada se mostrou como característica relevante dos diagnósticos por séculos, ao mesmo tempo em que tratamentos eficazes inexistiam. Com o advento do iluminismo, o corpo humano, adoecido ou não, passou a ser compreendido como entidade distinta do psíquico, em um dualismo "corpo-mente" que persistiu significativamente ao longo da história. Sendo corpo e mente indissociáveis e a perspectiva de cura de um corpo enfermo quando experienciando a cronicidade não passível de remoção total do *pathos*; Lira, Nations e Catrib escrevem:

A questão da cura como experiência atrelada à possibilidade de solução da enfermidade (healing of illness) é um processo dinâmico de significação e ressignificação da experiência advinda do impacto da cronicidade nas biografias de vida individuais. A cura é um processo dinâmico de representação e significação da experiência de vida, e não apenas uma realidade biomédica centrada no êxito terapêutico. (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004, p. 152).

Portanto, nota-se que um corpo dissociado da mente e enfermo já não é mais apenas passível de intervenções curativistas e essencialmente pontuais, onde a separação "corpo-mente" iluminista dista da complexidade e da indissociabilidade presentes na experiência humana. Grandes reviravoltas ocorrem na segunda metade do século XIX, quando descobrem que há relação direta entre mau funcionamento do pâncreas e a existência da doença. Em 1920 a insulina é sintetizada e produzida em massa, tendo assim o insumo que reduz a glicose no sangue e é utilizado para tratamento, ainda que hoje em diferentes composições, até os dias atuais. Posteriormente, das décadas de 1920 a 1950, foram desenvolvidos insumos mais eficazes no tratamento, com melhores resultados na redução das taxas glicêmicas, algo consolidado com o advento da biologia molecular a partir da década de 1970, em um processo contínuo de evolução de terapêuticas. (CHACRA, PIRES; 2008). Entretanto, ainda que seja parte importantíssima do tratamento o advento de insumos administrados de maneira exógena, tal aspecto não contempla a vivência da Diabetes como doença crônica que requer uma ampla gama de recursos; ao que o histórico da doença é geralmente associado à questão fisiológica do adocimento pancreático e se reduzindo a isto, problema este que se estende principalmente às pessoas em sofrimento psíquico que requerem muitas vezes terapêuticas que superem a simples ingestão de psicofármacos. No Brasil, indivíduos diabéticos (assim como outras doenças crônicas), são amparados pelo Sistema Único de saúde, que determina:

O paciente com diabetes tem direito a receber diagnóstico e tratamento do diabetes nas unidades de saúde do SUS, incluindo o recebimento da medicação adequada, o acompanhamento de seu uso e a avaliação dos resultados. (Portarias n. 2583, 2007; 371, 2002; 2012, 2008; 3237, 2007; Lei n. 11347, 2006).

Nota-se que o tratamento por meio de insumos, controle e educação sobre a doença são diretrizes que contemplam um modelo de cuidado que, ao menos formalmente supera

o curativismo; isto é, requerendo cuidados constantes e precisos em relação a uma doença crônica e incurável, ao menos pela legislação. Sendo a Diabetes uma doença relevante nos dias atuais que, segundo pesquisa do Imperial College London publicada no periódico *The Lancet* (2011), acomete 350 milhões de adultos em todo o mundo e causa três milhões de mortes anuais, a produção de conhecimento a respeito de como portadores da doença lidam com o tratamento, dificuldades decorrentes e configurações subjetivas ligadas ao fato de serem diabéticos fazem-se relevantes no contexto atual, no qual pode acometer indivíduos diagnosticados com outras condições. Considerando a influência que o que se entende como "atual" possui na subjetividade dos indivíduos, aqui sendo abordado na temática de doenças crônicas, processos saúde-doença e subjetividade. Entretanto, a subjetividade individual e as constituições microgenéticas de cada indivíduo não são uma mera reprodução do que ocorre em âmbito social, se pensando na relação dialética entre o que advém do âmbito social e que tipo de sentidos e configurações subjetivas o indivíduo produzirá a partir de sua experiência pessoal e história de vida como constituintes de sua subjetividade. Ainda que advindos de etiologias distintas, Diabetes e alguns transtornos mentais que acarretam em sofrimento psíquico, não são entidades totalmente distintas; estudos recentes apontam índices relevantes de presenças de diagnósticos de ambas as etiologias em determinados grupos (TEIXEIRA; ROCHA, 2007). Mas ao que se limita ao estudo meramente diagnóstico e sintomatológico, as representações sobre estes fenômenos ainda são passíveis de lugares comuns e compreensões equivocadas a respeito disto. É de suma importância no trabalho dos psicólogos a compreensão de como os processos que ocorrem em determinado tempo histórico e aspectos culturais se fazem presentes no âmbito individual e seus subsequentes desdobramentos, superando o mero diagnóstico médico. A proposta desta pesquisa é compreender como usuários de serviços substitutivos de Saúde Mental, acometidos de significativo sofrimento psíquico em partes de suas histórias de vida e por vezes diagnosticados com transtornos mentais, acometidos também por Diabetes experienciam, convivem e subjetivam seus processos saúde-doença, ressaltando a definição de *unidade*; esta como alternativa aos conceitos fragmentados e que não permitem uma visão devidamente complexa e integrada do ser. Assim podemos retomar a ideia de sujeitos complexos, ativos e dinâmicos, que vivenciam seus processos saúde-doença e produzem sentidos inerentes a estes. Por mais que não exista definição universal ou unívoca do que se caracteriza como "saúde mental", e tendo como foco de pesquisa neste trabalho usuários de serviços substitutivos de saúde mental do Brasil, por estes serem encaminhados e frequentarem os diversos serviços após serem acometidos por sofrimento psíquico grave, serviços estes que surgem como alternativas terapêuticas e substituição à lógica manicomial. Em suma, corpo e mente são partes interligadas e indissociáveis de um "todo" que requer cuidados que superem a simples incisão medicamentosa, proporcionando assim saúde e bem-estar. Sobre os serviços de saúde mental no Brasil, Mendonça escreve:

A reforma psiquiátrica, que completa vinte anos, propôs a desconstrução e a desinstitucionalização das práticas hospitalares, paralelamente à formulação de novos modelos de assistência ao portador de transtorno mental. O modelo asilar dos hospitais psiquiátricos veio sendo gradualmente substituído pelo tratamento em sistema aberto ou extra hospitalar. Os NAPS-CAPS, CERSAMs, centros de convivência e hospitais dia testemunham esse processo. (MENDONÇA, p. 2).

No que diz respeito ao campo da saúde mental no Brasil, este é caracterizado como uma área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, sendo interdisciplinar, intersetorial e caracterizada pela construção constante de conhecimento e novas terapêuticas, superando a mera clínica da doença mental (AMARANTE, 2007). Nota-se que o público dos serviços substitutivos de saúde mental não se resume apenas aos cidadãos que possuam algum transtorno do tipo, sendo a rede de serviços estendida a todos que apresentem **intenso sofrimento psíquico**, saindo assim de um paradigma de clínica das patologias mentais, reconhecendo o sofrimento psíquico como possível de ocorrência a todos, oferecendo acolhimento e cuidados respeitando a individualidade e as demandas de cada usuário. Dentre os usuários, há significativa parcela que é portadora de doenças crônicas, como a Diabetes, fazendo simultaneamente tratamentos farmacológicos estruturando um modo de vida que contempla ambos, buscando qualidade de vida a partir dos próprios recursos e configurações subjetivas. Utilizamos neste primeiro momento o conceito de *modo de vida*, conforme González Rey: "um sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento que ganham certas dimensões dominantes do espectro de comportamentos aparentemente diversos das pessoas" (2013, p. 39). Esta categoria nos remete à compreensão de que saúde, qualidade de vida e bem-estar são processos e qualidades a serem vivenciadas e desenvolvidas pelos sujeitos em questão, por meio de como agem, subjetivam e se posicionam perante o mundo. Longe da perspectiva determinista e, em nossa visão, estritamente limitada de "respostas sobre o ambiente", em cada uma destas ações há significativa produção subjetiva, em todos os momentos que um sujeito "se comporta" de acordo com seu modo de vida. Entretanto, por mais que nossa perspectiva proponha compreender a saúde como processo integrado, faz-se necessária uma breve definição:

Entendem-se como **Transtornos Mentais e Comportamentais** as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. (BALLONE, 2008, p. 7).

Portanto, como compreender processos saúde-doença, nesta pesquisa que trata de Diabetes e Saúde Mental, em especial o sofrimento psíquico vivido pelos participantes, apenas atribuindo eventuais crivos sintomatológicos e apenas designando rótulos aos indivíduos? Esta perspectiva, de um caráter ainda estritamente biomédico, foge à concepção

de seres humanos como **sujeitos** de fato, produtores de sentido e de configurações subjetivas que se consolidam em sua própria existência.

4 | OBJETIVO GERAL

Compreender como usuários de serviços substitutivos do campo da Saúde Mental, presentes em uma amostra de sujeitos que frequentam estes serviços, tratam, reconhecem e convivem com uma doença crônica endócrina (Diabetes).

5 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explicar como as diferentes terapêuticas e espaços de vivência apropriados e ocupados pelos sujeitos se desdobram em novos processos subjetivos que permitem transcender o sofrimento; explicar as relações estabelecidas pelos sujeitos com seus modos de vida e cuidados referentes à doença; contemplar os diferentes processos saúde-doença dos sujeitos e seus desdobramentos no que diz respeito à eventual qualidade de vida destes.

6 | METODOLOGIA

A Epistemologia Qualitativa como ferramenta de produção e construção de conhecimento. A Epistemologia Qualitativa preza por um caráter ativo, dinâmico e flexível dos participantes, superando uma simples troca direta de informações a fim de coletar dados; os que participam da pesquisa estão comprometidos com o processo de produção e construção de conhecimento, integrando momentos distintos e trabalhando em relação ao que surge no âmbito da pesquisa. Escreve González Rey (2005): As etapas de coleta e análise de informação aparecem na pesquisa qualitativa como um continuum em que se interpenetram, o que por sua vez gera a necessidade de buscar mais informação e de usar novos instrumentos. A linha condutora que une ambos é a produção teórica do pesquisador. O significado da informação não surge como produto de uma sequência de dados, mas de sua integração no processo de pensamento que acompanha a pesquisa. (p.77). Outro postulado teórico que surge ressaltando características flexíveis e dinâmicas quando da produção de conhecimento é o de zonas de sentido, geradas a partir deste processo, que dado o caráter ativo e dinâmico da pesquisa, permitem construir e aprofundar pontos surgidos quando da prática da pesquisa (MORI; GONZÁLEZ REY, 2011), não finalizando a abordagem relacionada a algum conteúdo surgido a partir de uma simples resposta ou coleta de dados. Por zonas de sentido, se compreende: “Zona de sentido representa uma forma de inteligibilidade sobre a realidade que se produz na pesquisa e não esgota a questão, mas abre possibilidades para diferentes aprofundamentos na construção teórica.” (González Rey, 2007). Passamos agora a compreensões que clarifiquem como

se dá a produção de conhecimento. Esta, que preza por um caráter ativo e dinâmico do pesquisador, onde este está em constante interação não apenas com os participantes, mas com todo o processo de produção de conhecimento, superando a rígida coleta de dados e subsequente interpretação destes em momentos de pesquisa que surgem aparentemente descontextualizados, como visto em métodos quantitativos tradicionais. O método construtivo-interpretativo se constitui por três princípios: O conhecimento como produção humana, a singularidade dos processos e a comunicação. Num processo contínuo, em processo de transformação e mudança, González Rey (2005) aponta que se tenta desenvolver uma reflexão aberta, ampla e dinâmica ao produzir conhecimento sem limitações e aberta a perguntas e respostas em um processo qualitativo que produza conhecimento de maneira livre e flexível tendo em vista os cenários de pesquisa em questão. Na singularidade, se recupera um caráter multifacetado, complexo e dialético, sem determinações externas apriorísticas e universalizantes de processos humanos, em uma relação recursiva e, também, dialético-ontológica a partir das relações com o mundo. Por fim, na comunicação, temos nela um meio dialógico e interessante de conhecer os processos subjetivos únicos e singulares do outro, em suas condições objetivas, sem dados 'duros' e absolutos; a elucidação de determinado fenômeno virá, em suma, do participante e da construção de informação do pesquisador.

7 | CENÁRIO DE PESQUISA E PARTICIPANTES

A pesquisa se deu com 02 participantes, sendo o único critério para escolha o fato de serem usuários de serviços substitutivos de saúde mental e portadores de Diabetes, Em nossa definição, o cenário de pesquisa surge como mais que o simples espaço físico e quantidade de participantes presentes no momento de construção da informação, como define González Rey (2005): Entendemos por cenário de pesquisa a fundação daquele espaço social que caracterizará o desenvolvimento da pesquisa e que está orientado a promover o envolvimento dos participantes da pesquisa. (p. 83). Portanto, este cenário supera o simples rigor técnico utilizado em protocolos de pesquisa que não prezam por subjetividades que se fazem presentes quando do desenvolvimento da pesquisa; ao buscar um espaço onde se estabelece um contato legítimo entre os presentes Indicadores. Escreve Silva (2008) sobre a Epistemologia Qualitativa: “Esse modelo de pesquisa qualitativa propõe um sistema dinâmico de construção da informação que implica a produção de indicadores: conjunto de expressões com o mesmo sentido proveniente de diferentes fontes de informação”. (p.59). Logo, temos que os sentidos subjetivos e configurações subjetivas não são algo a ser construído de imediato, em curtos relatos ou frases; utilizando-se dos indicadores, podemos construir hipóteses e formular maiores desdobramentos sobre o que surge no decorrer da pesquisa, facilitando assim a inteligibilidade acerca dos elementos da pesquisa, de maneira recursiva e, novamente, não linear.

8 | FERRAMENTAS DE PESQUISA

Dinâmica Conversacional A conversação, de acordo com Silva (2008), se constitui em:

[...] um processo vivo e dinâmico cujo objetivo é propiciar à pessoa estudada falar sobre campos significativos de sua experiência pessoal e, conseqüentemente, possibilitar ao pesquisador a visibilidade de indicadores, elementos hipotéticos que surgem durante a processualidade da fala do sujeito. (p.67).

Assim, temos na dinâmica conversacional uma ferramenta rica e ampla que propicia ao pesquisador na construção da informação a interpretação e visualização de diversas expressões subjetivas advindas do participante, ao que se abordam temáticas distintas de sua experiência pessoal.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

O caso T

T. é uma mulher de 60 anos de idade, diabética (Diabetes Mellitus tipo 2) há 30, e com um diagnóstico atribuído de depressão com o qual convive há 08 anos, iniciado em um processo definido pela própria por "perdas significativas". Construção do cenário de pesquisa. T. e eu nos conhecemos quando da realização de um trabalho que fiz na condição de estudante extensionista de projeto interdisciplinar em saúde mental durante o ano de 2013 na ONG Inverso, localizada na região central de Brasília. T., na condição de diretora e frequentadora, era presença constante nas diversas atividades da ONG, que funciona como espaço de convivência em saúde mental.

Análise e construção da informação

Na primeira dinâmica conversacional, T. já apresenta uma definição de seus processos saúde-doença que nos remete dentre outros conceitos e postulados ao conceito de **unidade** que explicitamos inicialmente nesta pesquisa:

Diabetes e depressão é um casamento. Me atrapalha, me faz sentir mal, mas vou viver com isso pro resto da vida, né. Eu aprendi a me conhecer; sei quando uma crise (depressiva) tá chegando, sei como eu me sinto e me cuido pra não atrapalhar tudo. Quando tem uma crise, é batata pra desandar tudo na glicose, pra oscilar demais.

Quando afirmamos que a "ideia de sujeitos complexos, ativos e dinâmicos, que vivenciam seus processos saúde-doença, neste caso processos estes remetidos a diferentes diagnósticos e etiologias, mas que são partes integrantes dos mesmos sujeitos, não mais fragmentados a órgãos, sistemas fisiológicos ou especialidades diferentes". Ao relatar que é "batata para desandar a glicose" quando de uma crise depressiva, se tem aqui um critério de T. acerca de um mal estar súbito sobre sua condição de saúde, ainda que com

sintomatologias de etiologias diferentes, aliando elementos psicopatológicos a seu bem estar psíquico e corporal, revelando um posicionamento crítico quando de seu exercício profissional em uma de suas expressões subjetivas, assim como sentidos subjetivos produzidos relacionados a espaços de "saúde". T nos revela, assim, que vivencia seus processos saúde-doença com qualidade.

Quando uma crise (depressiva) tá chegando, eu me previno... Tento me distrair, trabalhar no meu jardim, fazer artesanato e corro pro pessoal, pros meus amigos, povo lá da Inverso. Dou muito valor ao pessoal que conheci aqui, que se relaciona comigo e que me ajuda quando eu to precisando.

Os recursos próprios de T. para evitar que uma crise depressiva se instaure conferem forte valor a atividades laborais e motoras, no que busca se ocupar e realizar atividades que a distanciem de ideações e demais aspectos de crises e oscilações de humor, característica última esta típica a transtornos depressivos, em especial no que diz respeito à "distração", por meio da qual T. afasta as condições e sentimentos adversos do, em uma perspectiva psicopatológica, rebaixamento de seu humor.(Quintella, 2010). E como característica forte no relato de T., surge o valor especial conferido ao outro; isto é, a pessoas que estejam presentes e próximas a ela. A ajuda e o apoio advindos dos outros buscados por T. são um ponto especial em relação ao espaço que ocupa em seu mundo, como sujeito ativo e presente nos espaços de sua vida. Ao que aborda sua história de vida em relação a seus processos saúde-doença, T. descreve o início de seu processo depressivo:

A minha depressão começou pelas perdas, pelas várias perdas que eu tive. Perdi um bebê que não vingou, perdi meu pai, minha irmã, meu casamento terminou... depois que aposentei proporcional, como eles chamam, porque não dava mais conta de trabalhar.

Aqui T. nos relata sua história de vida no que diz respeito a algo que a fez sofrer significativamente, com expressiva racionalização e boa capacidade de recordar-se de um processo de sofrimento psíquico grave vivenciado por ela. A questão das perdas aparece como gerador de grande sofrimento, e T. define o processo de perdas como o grande catalisador de seu "adocimento" psíquico. No caso de T., as consequências, como alterações proporcionadas e emoções das perdas experienciadas em sua representação são claramente evidenciadas como aversivas e geradoras de grande sofrimento psíquico, em especial por ocorrerem em um breve espaço de tempo. T. reconhece o impacto destas em sua vida, ao que as aponta como a(s) causa(s) direta(s) de seu sofrimento psíquico. A solidão e o isolamento também são marcas pungentes deste período de sofrimento. T., ao que prossegue seu relato, descreve como superou este cenário:

Hoje eu to melhor dessa solidão toda, fui procurar ajuda na saúde mental, conheci a Inverso e conheci gente, fiz amigos, pude ser ajudada... Virei diretora da Inverso com o tempo, fiquei bem próxima do pessoal. Sempre fui uma pessoa muito ativa, que gostava de fazer as coisas, e melhorei por ver e estar perto de gente e fazer umas coisas, artesanato, as oficinas, essas

coisas. Adoro ler, adoro o artesanato, fazer as coisas que o pessoal vende aqui pelo box, adoro cuidar das minhas plantas em casa.

Ao que relata ter saído de casa e buscado ajuda, T. remete novamente ao lugar do outro e ao valor que isto tem em sua vida atualmente; também revela características microgenéticas e de sua personalidade quando traz definições sobre si mesma e seu modo de vida. A criação de um espaço social no qual pode estabelecer vínculos e relações também surge como importante nas questões de saúde e qualidade de vida de T., tendo em vista o lugar e valor do outro, assim como questões relacionais, emocionais e afetivas. É interessante notar que T. sai de casa e busca ajuda por um cenário inicialmente aversivo, como o barulho dos bares na região. Esta saída de casa culmina em cenários onde pode desenvolver recursos e conhecer pessoas, algo crucial hoje para sua saúde e bem-estar. T. Posteriormente descreve uma atividade das tantas que hoje em dia realiza que a deixa especialmente bem, que consiste em passeios em contato com a natureza. Este é um ótimo indicador de que recuperou sua capacidade de sentir novas emoções nesse contato em relação a sua saúde, mostrando assim interessante desenvolvimento de recursos para seu bem-estar. Ao que define não apenas o que gosta de fazer e de ver, mas também seus sentimentos ao fazê-lo, podemos notar que T. é comprometida com seu bem-estar; Esta postura ativa é condizente com o que chamamos de qualidade de sujeito do processo (González Rey, 2004); o corpo acometido por condições da cronicidade não é mais um simples objeto visto de maneira passiva e a ser submetido a incisões, prescrições e demais terapêuticas que excluem o sujeito de seus próprios processos de saúde-doença; ao que se reconhece a subjetividade como categoria e como maneira de organização dos diversos processos pelos quais se dá a experiência humana, isto nos revela ótimos indicadores de saúde, em nossa visão ampla e não determinista. Concluímos que o caso de T. revela o quão fundamental é uma postura ativa frente aos processos vividos; os aspectos de sua personalidade que menciona surgem como excelente fonte de desenvolvimento de posturas e recursos frente a seus processos, tais como a busca aos serviços de saúde e espaços de convivência, tendo em vista os novos processos de socialização que se implicaram como elemento central no início de seu processo de recuperação. Estes movimentos (busca por ajuda, redes de apoio, novos espaços etc.) realizados por T. quando de seu adoecimento reforçam esta perspectiva e se mostram como uma interessante fonte da gênese de seu desenvolvimento de recursos.

O caso J

J., 39 anos. Diagnóstico atribuído de Transtorno Bipolar aos 13 anos; Esquizofrenia aos 35. Diabetes: Suspeita que tenha se desenvolvido desde a infância, mas foi diagnosticado com DM Tipo 2 aos 32 anos. Quando em crise hiperglicêmica, foi internado duas vezes. Cenário de pesquisa: J. e eu nos conhecemos quando da realização de um

trabalho que fiz na condição de estudante extensionista de projeto interdisciplinar em saúde mental (PRISME - UniCEUB) durante o ano de 2013 na ONG Inverso, localizada na região central de Brasília. Dinâmica conversacional: J. decidiu iniciar seu relato falando a respeito de seu histórico em serviços de saúde mental, tendo em vista que os diagnósticos de transtornos mentais e o sofrimento psíquico o acometeram desde a adolescência:

Tive traumas de separação dos pais quando eu era adolescente, depois fui brigar feio com a minha madrasta... ficava violento, nervoso... Fui pro HPAP com 17 anos de idade, fiquei 4 anos em tratamento lá. [...].

Desde o início de seu relato, já podemos identificar pontos estritamente relevantes na história de J. e na história dos cuidados em saúde mental no Distrito Federal, unidade da federação esta que ainda padece de falta de infraestrutura (MPSM - DF, 2013) e demorou a superar arcaicas e violentas práticas manicomialis, que coexistiram com os novos modelos em assistência surgidos após o movimento antimanicomial brasileiro. J. identifica algumas causas de seu sofrimento psíquico e dos diferentes momentos históricos destes; O relato segue com o percurso histórico:

Depois, com 21 anos, parei de ir lá. Fiquei 1 mês na clínica Planalto, me trancaram numa casinha azul, aí meu pai me tirou de lá. Aí passei pelo sanatório espírita, mas desde então fiquei só no ISM mesmo, que eu vou desde os 19 anos.

Esta parte do relato é extremamente tocante no que diz respeito à violência manicomial sofrida por J.; ter sido trancado em uma espécie de "solitária" expressa uma prática violenta, asilar e assujeitante que por décadas foi o *modus operandi* em saúde mental (BASAGLIA, 1985), sendo superada em tempos historicamente próximos, mas ainda assim não totalmente, como aqui vemos. Entretanto, pode se ver também a evolução nestas práticas de cuidado e as diferenças marcantes entre elas, quando J. fala sobre as oficinas em saúde mental das quais hoje participa ao revelar prazer e alegria em participar destas, se pode ver que o sentimento de J. em relação aos cuidados em saúde mental dos quais participa atualmente revela bem-estar relacionado a sua inserção neste *lócus*. J. segue seu relato abordando a questão da Diabetes em sua vida:

A diabetes... Tenho muita ansiedade que atrapalha. Fico nervoso e como demais, chocolate, essas coisas. Hoje mesmo to aqui e é perto da padaria... é complicado. Mas posso comer demais o que eu posso, que não é as comidas pesadas, tipo pão, chocolate... Fruta, maçã, pera, essas coisas mais leves. E quando eu voltar a estudar, nada de cantina... vou trazer as minhas coisas, o meu lanche que eu posso comer.

Em um ponto que sugere a interface proposta nesta pesquisa, ressaltando a unidade dos processos saúde-doença, J. associa um elemento da psicopatologia, consistindo em uma alteração de humor (ansiedade) a comportamentos que levam a descontrole das taxas glicêmicas (comer muito e comer alimentos com alto teor glicêmico), seguido por um sentimento (ser complicado estar próximo a estabelecimentos onde pode adquirir

estes alimentos) aversivo quando do controle das taxas glicêmicas. A dinâmica prossegue quando pergunto a J. a respeito de sua qualidade de vida:

To meio vegetativo. Tonteira, fico muito vegetativo por causa dos remédios. Faço tudo, mas fico pensando em crise, em doença..., tique nervoso... Fico pensando nisso, tenho que ter mais paciência. Médicos falam pra não pensar nisso, pra não ficar assim porque dá crise, e ainda tenho de vez em nunca, mas quando eu saio ainda tem vestígio de crise.

Tendo em vista o altíssimo número de medicamentos consumidos por J., se pode identificar desde o início uma comorbidade relacionada a isto, quando J. relata estar "tonto e vegetativo" em decorrência destes. Aqui se pode, devidamente, questionar práticas médicas iatrogênicas que causam o "estado vegetativo" de J; ao se tratar apenas dos sintomas aparentes, o sujeito em sua integralidade é descartado, e se tem um cenário no qual se tenta solucionar diversos sintomas aparentes por meio de quantidades absurdas de medicamentos, culminando em algo distinto ao bem-estar que deveria ser o foco de toda e qualquer prática das ciências da saúde. J. Relata uma atividade na qual sente prazer e bem-estar:

E tem a oficina de inglês, que me motivou, gostei e gosto muito, aprendi bastante... o professor antigo me motivou muito, me deu um ritmo legal pra aprender e estudar, coisa que eu tava precisando... ele me cativou. A Vitória (extensionista) me motivou depois e o Antônio (professor atual) é legal também.

A busca por conhecimento, que surge como elemento de saúde e bem-estar no relato de J. é mais uma vez evidenciada nesta parte do relato. Quando relata que o antigo professor da oficina de inglês o motivou e lhe proporcionou um ritmo de estudos condizente com suas demandas de ensino e aprendizagem, J. confere significativo valor a esta atividade, tendo em vista que o conhecimento é uma de suas demandas mais significativas, assim como o valor conferido ao outro que convive, troca experiências e cuida, como os profissionais da saúde que surgem durante este trecho. Após esta descrição de suas atividades, J. decidiu apresentar uma conclusão relacionada ao que já havia dito durante a dinâmica conversacional:

É bom quando a gente tá ocupado, fazendo uma ocupação. No HPAP e no HBDF eu só ficava deitado e internado, às vezes amarrado, parado... Sobre a minha história toda, acho que é experiência e evolução... Eu era um problema, brigava demais, ainda brigo um pouco, mas é bem menos. Fui evoluindo, tenho quase 40, com 40 tenho que estar evoluído, dando trabalho. Não pode andar pra trás. É muita evolução. Sou vendedor, cara! Sou estudante de inglês! Não sou só um paciente, um doído.

A última parte do relato é extremamente tocante no que diz respeito ao lugar de sujeito de J. no mundo; rompendo com o assujeitamento e exclusão antes comuns aos ditos "loucos", J. traz elementos que refletem sua identidade e conseqüentemente sua subjetividade. J. se posiciona ativamente frente ao mundo e a suas relações, se

reconhecendo como, de fato, sujeito. A postura ativa frente a seus processos saúde-doença, em especial o sofrimento psíquico, realidade esta comum também a T., nos revela que J. busca, incessantemente, saúde e qualidade de vida, ainda que sua existência seja marcada por realidades assujeitantes e até mesmo brutais, conforme visto em sua história de vida que o faz ser uma testemunha viva de diferentes práticas e modelos de cuidado, em especial na saúde mental do Distrito Federal. Concluimos que o caso de J. nos revela o quão falhas podem ser as práticas e cuidados ditos "especializados" e "científicos" em saúde, e sua retumbante ineficácia quando negadoras de valor pleno dos sujeitos em questão. Ainda assim, J. pôde superar este histórico violento e assujeitante, encontrando espaços e práticas que lhe fossem mais propícias a saúde e bem-estar, produzindo durante sua história de vida, recursos e capacidades para tanto.

9 | CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa, visou-se englobar dois aspectos da pesquisa atual em Psicologia da Saúde, sendo estes as doenças crônicas e a Saúde Mental. Após décadas de confinamento, assujeitamento e exclusão, sujeitos que passam por sofrimento psíquico significativo tornam-se atores sociais, com demandas, representações e possibilidades até então negadas pela lógica da exclusão e da institucionalização. Compreendendo como os processos saúde-doença se dão com sujeitos desta amostra, pode-se conceituar novas maneiras e estratégias de percepção e cuidados relacionados à saúde de todos. É notável em ambos os relatos que sintomas diversos surgem em momentos cronologicamente semelhantes, acarretando em combinações etiológicas que requerem diferentes cuidados naqueles precisos momentos, assim como os indicadores relacionados às emoções e sentimentos relacionados a ambos, em especial ressaltando o caráter de unidade entre mente e corpo, contemplando o ser humano como um ser total. (VYGOTSKY, 1925b, apud. VEER & VALSINER, 1991). Sobre a saúde mental, o relato de J. em especial nos mostra, por meio da experiência de alguém que vivenciou diferentes terapêuticas, longe dos preceitos e ditames verticais dos ditos especialistas, que tipo de "cuidados" e cuidados se materializaram na realidade brasileira, assim como seus fracassos e eficácias. Ao sentir e vivenciar diretamente terapêuticas tão distintas, o relato de J. ganha uma característica histórica a ser vista por qualquer pessoa que esteja presente no campo da saúde, a fim de que a violência, o assujeitamento e a negação de valor de sujeito pleno não se repitam em nossa realidade, e que práticas mais eficazes e humanizadas sejam pensadas, discutidas, problematizadas e produzidas, ao que se busca cuidar, emancipar e proporcionar qualidade de vida. Esta pesquisa nos revela que a experiência humana é vasta, complexa e fascinante, dispendo de inúmeros espaços, relações e sentidos para seu desenvolvimento. E, finalmente, que saúde não é um atributo concreto a ser atingido e lá repousar, mas sim, algo em permanente desenvolvimento e passível de inúmeros desdobramentos; cabe a nós

reconhecer isto e assim agir como profissionais da saúde, e não apenas da cura imediata ou da estabilização de sintomas.

REFERÊNCIAS

ALVES, C., BRANDÃO, M., ANDION, J., MENEZES, R., CARVALHO, F. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, América do Norte, 5, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4116/3002>>. Acesso em: 30 mar 2014.

AMARANTE, P. **SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp. (Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-135-3

BALLONE, G. J. **O que são Transtornos Mentais**. **PsiquWeb**. 2008a. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em 11/01/2014. BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal. 1985.

GOODARZ, D. et al **National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants** *The Lancet* - 2 July 2011 (Vol. 378, Issue 9785, Pages 31-40)

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Thomson Learning, 2002.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Sujeito e Subjetividade**: uma aproximação histórico cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Cengage Learning Editores, 2004.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p. 2.

MENDONÇA, T.C.P. **As oficinas na saúde mental**: Relato de uma experiência na internação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2005, 25, (4) 626-635.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação Federal da Saúde**: Diabetes e Hipertensão. Lei N. 11.347-2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de atenção psicossocial. 2004

Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal - MPSMDF (2013). **Como anda a Saúde Mental na capital do país? Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal.**

PIRES, Antonio Carlos; CHACRA, Antonio Roberto. A evolução da insulino terapia no diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 2, Mar. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Sept. 2014

QUINTELLA, R.R. **Questões acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico e científico.** *Psicol. Argum.* 2010 jan./mar., 28(60), 83-95.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N.. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June 2010.

SILVA, G.F. (2008) **Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer.** Campinas: PUC, 2008.

TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. / *Rev. Psiq. Clín.* **34** (1); 28-38, 2007

VASCONCELOS, G.L.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A.F. **Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar?** *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 13. Nº 1, janeiro-março, 2004, p. 147-155, Universidade Federal de Santa Catarina.

VEER, R. & VALSINER, J. (1996). **Vygotsky: Uma Síntese.** Edições Loyola.

EXPANSÃO RÁPIDA DA MAXILA: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 17/12/2021

Selma Maria de Souza

Centro Universitário Mário Pontes Jucá
Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/3837938378329355>

Bárbara Soares Machado

Faculdade de São Leopoldo Mandic
Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/8698811728327288>

Alexandre Rodrigues da Ponte

Neo Odontologia Prime/ Instituto Alexandre
Ponte
Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/0224556297009786>

Ricardo Romulo Batista Marinho

Centro Universitário Mário Pontes Jucá
Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/0311078644093040>

RESUMO: A atresia maxilar é uma deformidade da arcada superior cada vez mais presente, é caracterizada pelo estreitamento da arcada superior no sentido transversal, causando uma divergência em relação à mandíbula. A disjunção rápida da maxila é um dos meios terapêuticos utilizados no tratamento das deficiências transversais maxilares. Ela pode ser realizada com o auxílio de disjuntores palatais, que aplicam uma força produzida por tornos expansores associados a aparelhos fixos que promovem

a abertura da sutura palatina mediana. Os aparelhos mais utilizados são disjuntor de Haas (dentomucosuportado), o disjuntor de Hyrax (dentossuportado) e o disjuntor McNamara (dentossuportado com cobertura de acrílico). Entre as indicações estão: deficiência real maxilar, deficiência relativa maxilar, atresia de bases ósseas nas dentições decídua e mista e ganho esquelético nas dimensões laterais da maxila. O objetivo do trabalho é apresentar os achados da literatura com relação à expansão rápida da maxila, abordando os aspectos clínicos, indicações, contra indicações, funções e formas de tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Atresia maxilar. Expansão rápida Maxilar. Aparelhos disjuntores.

RAPID JAW EXPANSION: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Maxillary atresia is an increasingly present dentofacial deformity, characterized by narrowing of the upper arch in the transverse direction, causing a divergence from the mandible. Rapid disjunction of the maxilla is one of the therapeutic means used in the treatment of maxillary transverse deficiencies. It can be performed with the aid of palatal breakers, which apply a force produced by expansion lathes associated with fixed appliances that promote the opening of the medial palatine suture. The device most commonly used are the breaker Haas (dental-mucous-bone-supported), breaker hyrax (tooth-supported) and the breaker McNamara (tooth-supported with coverage acrylic). Among the indications are: deficiency real jaw, disability

relative jaw, atresia base bone in teething deciduous and mixed, gain skeletal in dimensionsside of the jaw. The objective of the work is to present the findings of the literature in relation to the rapid expansion of the maxilla, addressing the clinical aspects, indications, contraindications, functions and forms of treatments.

KEYWORDS: Maxillary atresia. Rapid maxillary expansion. Circuit breakers.

1 | INTRODUÇÃO

Cada vez mais presente na população as más-oclusões podem trazer desordens das mais variadas no sistema estomatognático, problemas mastigatórios, fonética deglutição e respiração deficientes. Também na parte estética, a morfologia dos arcos dentários assume grande importância para uma adequada harmonia facial (Brunetto et al., 2017).

De etiologia multifatorial podendo estar associada a defeitos congênicos, de desenvolvimento, traumático e fatores iatrogênicos. Mordida cruzada posterior pode ter origem dentária ou esquelética, classifica-se como deficiência maxilar real ou relativa. A deficiência real é caracterizada pela compressão dos segmentos dentários posteriores, enquanto que a relativa se dá quando a maxila tem tamanho adequado e a mandíbula apresenta tamanho acentuado (Ferreira et al., 2007).

As más-oclusões geralmente são causadas por atresia maxilar que é ocasionada pelo crescimento deficiente transversal da maxila, na qual se observa uma discrepância da maxila em relação à mandíbula, no sentido transversal (Carlson et al., 2016). A atresia de maxila é o tipo de deformidade dentofacial mais comumente encontrado. Seu diagnóstico pode ser feito a partir da avaliação clínica, análise de modelos e medidas radiográficas (Suri, Taneja, 2008).

A análise clínica inclui avaliação da simetria e forma do arco maxilar, concavidade da abóbada palatina, largura dos corredores bucais durante a expressão do sorriso, oclusão e modo predominante de respiração do paciente se nasal ou bucal. Um amplo corredor bucal e base alar estreita são sugestivos de deficiência transversa da maxila (DTM) (Braga et al., 2017).

Importante determinar se a DTM é relativa ou absoluta, principalmente nos casos associados com discrepâncias ântero-posteriores. Essa avaliação é feita por meio da análise de modelos, articulando-os e alinhando-os em Classe I de molar. A DTM é considerada relativa quando após à manipulação, há o descruzamento da mordida (a atresia é resultado da discrepância entre ambos os arcos no plano sagital) e absoluta, quando, mesmo após à manipulação dos modelos, é observada atresia maxilar (Suri; Taneja, 2008).

Existem quatro modalidades de tratamento de expansão maxilar, que são: expansão rápida maxilar, expansão maxilar lenta, expansão maxilar semirrápida e expansão maxilar cirurgicamente assistida. As três primeiras abordagens estão indicadas principalmente em pacientes em fase de crescimento pré-puberal, enquanto que a última é um procedimento alternativo utilizado em adolescentes que terminaram o seu crescimento ou em adultos

que já estão com a sutura palatina mediana (SPM) consolidada (Capelozza Filho, Silva Filho, 1997).

A disjunção rápida da maxila ou expansão rápida da maxila (ERM) consiste em um procedimento ortopédico que visa corrigir a atresia do arco dentário superior por meio da separação transversal das hemimaxilas. Foi descrita pela primeira vez por Emerson Angell em 1860 na revista *Dental Cosmos* e depois republicado por Haas. A correção da deficiência maxilar transversal geralmente requer expansão maxilar por uma combinação de movimentos dentários ortopédicos e ortodônticos. Pode ser usada efetivamente para corrigir casos de mordida cruzada transversal ou sagital (Fabrini et al., 2006).

A ERM é cada vez mais utilizada como auxiliar para a correção das atresias maxilares. Para isso, podem ser utilizados aparelhos do tipo Haas, os quais são dentomucossuportados e possuem acrílico no palato, aparelhos do tipo Hyrax, que são dentossuportados e não possuem acrílico no palato, obtendo dessa forma a melhor higienização como vantagem (Sato et al, 1986), disjuntores McNamara, que são disjuntores bondeados que incorporam uma férula de acrílico como plano de mordida (Mcnamara, 1987).

Para realizar a disjunção ortodôntica, o aparelho expensor é cimentado nos dentes pré-molares e molares superiores, sendo ativado consecutivamente para obter a expansão desejada (Ramires, et al., 2008).

2 | REVISÃO DE LITERATURA

MORDIDA CRUZADA

A deficiência transversal maxilar é patologia frequentemente encontrada e pode existir como entidade isolada ou associada a outras máis-formações dentofaciais, por exemplo: fenda palatina, prognatismo mandibular, deficiência mandibular e mordida aberta anterior. Caracteriza-se pelo estreitamento do arco dentário superior e, conseqüentemente, pela mordida cruzada unilateral ou bilateral. A mordida cruzada posterior caracteriza-se por uma relação anormal, vestibular ou lingual, de um ou mais dentes superiores, com um ou mais dentes inferiores (Brunetto et al., 2017).

Moyers (1991) classificou as mordidas cruzadas, baseado em sua etiologia, como: dentária (um ou mais dentes posteriores irrompem numa relação de mordida cruzada, mas não afetando a base óssea); muscular (ocorre uma adaptação funcional a uma interferência dentária, provocando deslocamento da mandíbula para um dos lados e o conseqüente desvio da linha média); e esquelética ou óssea (discrepância transversal de base óssea entre a maxila e a mandíbula).

Cohen (1979) considerou as mordidas cruzadas posteriores como sendo de origem ambiental ou funcional, esquelética e dentária. As de origem ambiental ou funcional constituem a maioria das mordidas cruzadas posteriores encontradas na dentadura

decídua, sendo o fator etiológico um contato prematuro nos dentes decíduos.

McDonald & Avery (1986) classificaram a mordida cruzada posterior em óssea, dentária e funcional. É importante observar que na mordida cruzada funcional não ocorriam sinais de discrepância nas linhas médias superior e inferior quando a mandíbula se encontrava em posição de repouso, porém apresentando desvio da mandíbula, no sentido da mordida cruzada, quando os dentes entravam em oclusão.

A etiologia das mordidas cruzadas posteriores, há diferentes fatores como prováveis causadores da referida má oclusão, tais como: a respiração bucal, hábitos bucais deletérios, perda precoce ou retenção prolongada de dentes decíduos, migração do germe do dente permanente, interferências oclusais, anomalias ósseas congênitas, falta de espaço nos arcos, fissuras palatinas e hábitos posturais incorretos (Moyers, 1991).

Deve-se tratar essa condição patológica logo que diagnosticada, se possível na infância, pois a sutura palatina mediana ainda não está consolidada. Dessa forma, o problema poderá ser corrigido facilmente, evitando que uma assimetria facial seja estabelecida (Lee et al., 2010). Seu diagnóstico pode ser feito a partir da avaliação clínica, análise de modelos e medidas radiográficas (Suri, Taneja, 2008).

Quando não tratada, a deficiência pode se expressar como uma mordida cruzada posterior unilateral ou bilateral. Esses problemas podem gerar um posicionamento inadequado do côndilo na fossa mandibular, levando a uma tendência de má-oclusão Classe II do lado cruzado e Classe III do lado oposto. Além disso, o paciente, ao final do crescimento, poderá apresentar uma assimetria mandibular devido à remodelação das estruturas da ATM (Suassuna et al., 2018).

Existem casos de discrepância esquelética transversal, entretanto, em que a oclusão é aparentemente normal, sem a presença de mordida cruzada, mas com compensações pela inclinação dos dentes superiores para vestibulare dos inferiores para lingual (Weissheimer, 2008).

SUTURA PALATINA

O palato duro é a parte óssea que separa as cavidades nasal e oral, essa estrutura é constituída pelos ossos maxilares, subdivididas em pré-maxila e processo palatino da maxila, e pelos ossos palatinos. A sutura palatina mediana (SPM) pode ser dividida, portanto, em três partes: inter-pré-maxilar, intermaxilar e interpalatina (Ennes, 2002).

Na interface osso-sutura encontram-se superfícies ósseas não mineralizadas, formadas por osso do tipo osteoide. Na SPM e nas demais suturas das maxilas com outros ossos da face, o recobrimento das superfícies ósseas é feito por osteoblastos e pré-osteoblastos organizados como uma única camada celular. A região mais central da sutura é constituída por feixes e fascículos de fibroblastos e pela matriz extracelular. Fazem parte da matriz extracelular: fibras colágenas, fibras elásticas, proteoglicanas e

glicoproteínas (Rabelo et al., 2002).

A atividade celular na superfície óssea da contribui para o crescimento do palato duro até o período compreendido entre 13 e 15 anos de idade, ocorrendo estreitamento da região sutural enquanto há crescimento ósseo. Após, o crescimento promovido pela sutura cessa e o crescimento por aposição se prolonga por mais alguns anos. Entretanto, a arquitetura tecidual da SPM e os tipos celulares mostram similaridade ao se comparar indivíduos entre 10 e 30 anos de idade (Weissheimer, 2008).

FUNÇÕES DA SUTURA PALATINA MEDIANA

O tecido ósseo responde a fatores genéticos e não genéticos. Suas células estão constantemente expostas a forças físicas que podem modular a expressão de genes e o fenótipo celular durante o crescimento e desenvolvimento pós-natal (Ennes, 2002).

Suturas são a base do crescimento ósseo, onde permitem ocorrer movimento, gerando proteção contra forças mecânicas como a força mastigatória. Forças compressivas, causadas pela mastigação, foram propostas como motivo de se manter indução e diferenciação das células condroprogenitoras e osteoprogenitoras na SPM de ratos (Rabelo et al., 2002).

As cartilagens agem na ossificação esquelética, desaparecendo, em sua grande maioria, após o término do crescimento. Mas em ratos adultos foi observada na cabeça da mandíbula e na sutura palatina mediana sua continuidade. A SPM apresenta, mesmo em ratos mais velhos, intensa expressão do fator de crescimento TGF- β 1 (fator de crescimento transformador do tipo beta 1) além de imagens com padrão de mitótico, lembrando padrão típico de fases de crescimento. O TGF- β 1 encontrado na matriz óssea extracelular é o fator mitótico mais considerável de células osteoprogênitoras na osteogênese e estimulação da formação óssea (Ennes, 2002).

Ao exercer um cruzamento de forças rápidas sobre o maxilar, a sutura palatina mediana é interrompida e separada, levando ao aumento da atividade celular naquela área que induz a remodelação óssea. Ela tem três segmentos a serem considerados: anterior (antes do forame incisivo), médio (do forame incisivo até a sutura transversa com o osso palatino) e posterior (após a sutura transversa com o osso palatino) (David et al., 2002).

EXPANSÃO RÁPIDA DE MAXILA

A ERM é o tratamento mais recomendado por ortodontistas para a correção de atresia maxilar esquelética em pacientes em crescimento. A característica principal da EMR consiste em uma força aplicada aos dentes e aos processos alveolares através da ativação do parafuso expensor, promovendo a abertura da sutura palatina mediana. É necessário lembrar também que a estabilidade da expansão esquelética é extremamente relevante para o sucesso do tratamento. A fase de contenção é tão importante quanto a fase de

ativação. Essa fase de contenção, segundo Haas (1970), deve ter duração de pelo menos três meses.

Planejar o tratamento de expansão maxilar tem que se considerar a fase de maturação da sutura palatina mediana. O período pré-puberal é a fase mais adequada devido à sutura palatina mediana não estar totalmente consolidada. Desse modo, pode-se observar que a ERM pode separar facilmente a sutura de uma criança até 10 anos com pouco efeito colateral. Já nos pacientes adolescentes, os expansores comuns causam questionamentos quanto aos efeitos no osso basal com insuficiência da expansão ortopédica, inclinação indesejável dos dentes e recessão gengival (David et al., 2002).

Haas (2001) relata que se tem que manter o aparelho expensor como contenção fixa para eliminar a recidiva da sutura pós-expansão. Nesse mesmo estudo foi demonstrado tendência de redução durante o período de três meses de contenção fixa ou mesmo durante o período de contenção removível. Mesmo respeitando a fase de contenção, uma certa recidiva é esperada.

A ERM tem como objetivo principal produzir máxima separação da sutura palatina mediana fazendo os dentes se inclinarem para vestibular. Essa inclinação ocorre quando a força aplicada aos dentes e processos alveolares excede os limites necessários para o movimento dentário ortodôntico e a pressão aplicada age como uma força ortopédica que separa a sutura palatina mediana (Almeida et al., 2012).

A força aplicada no centro do parafuso expensor faz com que o aparelho comprima o ligamento periodontal, inclinando o processo alveolar e os dentes de ancoragem, e, gradualmente, abre-se a sutura mediana palatina. Os efeitos ortopédicos e ortodônticos produzidos pela expansão rápida da maxila é dependente da resistência óssea, a qual aumenta com o decorrer da idade. Como regra geral, o efeito basal tende a ser amplo em crianças e mínimo ou nulo após a fase de crescimento. Quanto maior a faixa etária do paciente, maior será o efeito ortodôntico em detrimento do efeito ortopédico (Ribeiro et al., 2006).

INDICAÇÕES PARA ERM

As indicações para ERM incluem: correção de mordida cruzada posterior uni ou bilateral, pacientes com maxila colapsada; aumento do perímetro de arcada, permitindo a correção de dentes girados, deslocados ou impactados na arcada e diminuindo a necessidade de extrações de dentes definitivos; mobilização das suturas maxilares em protocolos de tratamento Classe III que envolvam ERM e protração da maxila; correção transversal maxilar previamente à correção ortopédica da Classe II; Classe II esquelética divisão 1; Classes III esqueléticas ou PseudoClasse III (Adkins et al., 1990; Brunetto et al., 2017); aplanar a curva de Wilson; lábio leporino e fenda palatina; pacientes com discrepância dento-maxilar; facilita a erupção de caninos superiores definitivos; melhora

a função das vias aéreas superiores e reduz a resistência à respiração nasal, logo reduz a dificuldade em respirar pelo nariz; redução do overjet. A discrepância dento-maxilar pode-se manifestar através de protrusão dentária; redução do apinhamento uma vez que problemas transversais podem-se traduzir em apinhamento; evitar extrações dentárias. Recentemente o interesse em tratamentos ortodônticos que não envolvam a extração de dentes definitivos tem vindo a aumentar, quer entre os ortodontistas, quer entre a população (Almeida et al., 2012; Choi et al., 2016; Ribeiro et al., 2006).

TIPOS DE DISJUNTORES

Disjuntor de haas

Na década de 60 inicia-se uso do disjuntor de Haas, esse aparelho é dentomucossuportado e tenta dividir a força de ativação entre os dentes e o palato. Esse aparelho traz benefícios para tratamento das más-oclusões de Classe III e PseudoClasse III, além de possibilitar que respiradores bucais se tornem respiradores nasais em casos de atresia palatina grave. O aparelho de Haas é suportado pelos dentes e também pela mucosa do palato do paciente, é construído com o uso de fios muito rígidos e soldados ao parafuso disjuntor palatino tendo um bloco de resina acrílica que recobre o palato duro oferecendo ancoragem dentomucossuportada (Weissheimer, 2008).

O protocolo de ativação recomendado dependerá da idade do paciente, podendo ser de 1/4 de volta pela manhã e 1/4 de volta à noite ou 2/4 de volta pela manhã e 2/4 de volta à noite. O sucesso do tratamento vai depender do tempo de contenção, sendo recomendados três meses com o disjuntor, seguido de seis meses com uma placa de acrílico removível (Haas, 1970).

Casos de deficiência maxilar severa associada à recessão gengival avançada, perda óssea alveolar e/ou ausências dentárias posterossuperiores, o aparelho tipo Haas é indicado para adultos que irão se submeter à ERMAC (Hass). O bloco de resina acrílica que recobre o palato duro oferece ancoragem dentomucossuportada, o que diminui as forças sobre os dentes de ancoragem e proporciona maior compressão e dissipação das forças de ativação do parafuso expensor para as bases ósseas apicais, favorecendo a expansão palatal e diminuindo os efeitos deletérios sobre o periodonto e o processo alveolar dos dentes posterossuperiores. A higienização tem que ser reforçada e o protocolo de ativação deve ser lento, para que o bloco de acrílico do aparelho expensor respeite a integridade dos tecidos moles do palato (Rossi et al., 2009).

Disjuntor Hyrax

A difícil higienização do disjuntor de Haas, Biederman (1973) propôs o disjuntor de Hyrax, que não apresenta cobertura acrílica no palato, facilitando a higienização. É

formado por uma barra vestibular de fio de aço inoxidável, um torno expensor localizado no centro da sutura palatina mediana e extensões metálicas soldadas às bandas dos primeiros molares e primeiros pré-molares permanentes superiores. Protocolo de ativação é similar ao disjuntor de Haas, e deve permanecer estabilizado por três meses para a completa ossificação sutural.

O aparelho disjuntor Hyrax tem as seguintes características: é um aparelho confeccionado com bandas nos primeiros molares e primeiros pré-molares, que são unidos pelas faces vestibular e palatina, por meio de um fio de aço inox e um parafuso expensor, que apresenta quatro hastes de fio de aço fundidas, cada uma destas soldada às quatro bandas dos molares e pré-molares. Sua ancoragem é puramente dental (Almeida, Almeida, 2008).

O parafuso expensor deve ficar o mais próximo possível do palato, de modo que a força fique próxima ao centro de resistência da maxila. Apresenta boa magnitude de forças, entretanto, devido ao seu sistema de ancoragem, apresenta certa quantidade de movimento ortodôntico (movimento dentário), além do movimento ortopédico (movimentação óssea). Pela ausência do componente acrílico na região do palato (característico do aparelho de Haas) o que possibilita facilidade de higienização, é melhor aceito entre os ortodontistas pelos pacientes (Capelozza Filho, Silva Filho, 1997).

O aparelho hyrax é de escolha nos casos de Expansão Rápida da Maxila Assistida Cirurgicamente, pelo fato de facilitar a higienização, não provoca lesões ulcerativas, eritemas na mucosa palatina, e não compromete a vascularização dos ossos maxilares (Rossi, et al., 2009).

Disjuntor de McNamara

Os disjuntores bandeados foram desenhados para minimizar as desvantagens dos disjuntores bandeados e têm sido reportados como mais vantajosos que os convencionais bandeados. McNamara (1987) descreveu um disjuntor bandeado que incorpora uma férula de acrílico como plano de mordida. O aparelho consiste num esqueleto de aço inoxidável, sem bandas, adaptado aos dentes posteriores e que, na região mediana, tem incorporado um parafuso de expansão. Uma camada de 3mm de acrílico transparente é colocada sobre as faces oclusais dos dentes posteriores.

Memikoglu et al. (1999), em um estudo prospectivo, avaliou as alterações no plano transversal, após ERM com disjuntores bandeados com pistas de acrílico, durante a fase de tratamento ortodôntico. A sua amostra de 14 pacientes em crescimento mostrou que, exceto a distância intercanina, todas as medidas transversais se mantiveram estáveis até ao final do tratamento ortodôntico. Os resultados deste estudo sugerem que as alterações dento-esqueléticas na dimensão transversal obtidas com a ERM são mantidas satisfatoriamente até ao fim do tratamento.

De Rossi et al. (2011) em avaliação longitudinal em 26 crianças com idade entre 8/7 anos, chegaram a conclusão que as alterações esqueléticas verticais e sagitais após ERM com disjuntor bondeado não foram diferentes de quando foi usado disjuntor bandeado.

EXPANSÃO RÁPIDA DE MAXILA ASSISTIDA POR MINI-IMPLANTES (MARPE)

Em pacientes adultos acreditava-se ser impossível obter disjunção maxilar sem a realização de osteotomia maxilar. Para esse grupo de pacientes a ERM apresenta alguns efeitos colaterais indesejáveis, dentre eles: inclinações dentais, reabsorções radiculares, recessões gengivais e fenestrações ósseas. Para evitar os efeitos adversos sem recorrer a cirurgia ortognática, diminuindo custos e riscos ao paciente, ortodontistas estão recorrendo à ancoragem esquelética para promover expansão maxilar em pacientes maduros (Choi et al., 2016).

Lee et al. (2010) relataram o tratamento de um paciente de 20 anos com discrepância maxilar transversa grave e prognatismo mandibular, com a combinação da expansão ortopédica maxilar ancorada por mini-implantes (MI), seguida pela cirurgia ortognática para corrigir a discrepância anteroposterior. Os resultados mostraram uma mínima inclinação vestibular superior no pré-operatório e estabilidade periodontal a curto prazo, comprovadas por radiografias. Além da possibilidade da correção da má oclusão diminuindo a quantidade de procedimentos invasivos.

No aparelho apresentado por Lee et al. (2010), os mini-implantes ficam conectados ao expansor propriamente dito por meio de extensões soldadas ao parafuso expansor e unidos com resina fotopolimerizável. Este posicionamento afastado da sutura palatina mediana, aumenta o risco de perfuração de estruturas subjacentes como canais, vasos e nervos das regiões anteriores e posteriores, assim como laterais mais críticas, pois seriam 4 sítios.

Outro estudo recente escrito por Choi et al. (2016) avaliou a estabilidade da expansão maxilar rápida assistida por mini-implantes em adultos jovens (idade média, $20,9 \pm 2,9$ anos) com deficiência maxilar transversa. A separação de sutura palatina foi observada em 86,96% dos indivíduos, e o acompanhamento de 30 meses demonstrou a estabilidade da expansão.

Com a evolução dos mini-implantes, uma mudança de paradigma tem se estabelecido no quesito ancoragem, tornando possível a Mini-implant Assisted Rapid Palatal Expansion (MARPE). Ao instalar-se mini-implantes, com auxílio de disjuntor especialmente desenhado para tal, nas regiões para-suturais, transmite-se as forças mecânicas diretamente na estrutura óssea. Isso pode reduzir os efeitos dentários colaterais, aumentando a eficiência da expansão mecânica e reduzindo a recidiva, uma vez que, há menor inclinação dento-alveolar vestibular. O novo disjuntor pode ser utilizado em pacientes com falta de elementos dentais e em pacientes com perdas múltiplas de elementos posteriores e em pacientes com

suporte alveolar reduzido e reabsorções radiculares (Suzuki, 2016).

A complicação mais frequente está associada à inflamação e hiperplasiada mucosa circundante dos mini-implantes, decorrente da inadequada higienização do local. Se a inflamação ocorrer em um MI somente, é possível removê-lo e continuar com o tratamento. A hiperplasia pode ocorrer também quando não há o afastamento devido dos segmentos de fio ou dos pilares de sustentação do corpo do disjuntor (Suzuki, 2016).

Não existem complicações graves decorrentes do MARPE relatadas na literatura. Em termos de limitações, palatos muito atrésicos e profundos podem apresentar dificuldades na adaptação do disjuntor na posição correta, reduzindo a taxa de sucesso nesses pacientes (Choi et al., 2016).

Disjuntores osseossuportados

Com o objetivo de reduzir os efeitos colaterais transmitidos aos dentes de suporte, alguns estudos têm mostrado alternativas para expansão ortopédica da maxila com aparelhos suportados por implantes e/ou mini-implantes (MIs). No entanto, existe uma grande variabilidade no modelo do aparelho e ainda não há consenso sobre seu protocolo de ativação (Capelozza Filho, Silva Filho, 1997).

O disjuntor osseossuportado apresenta variações principalmente quanto ao tipo e localização dos dispositivos de ancoragem. Podem ser fixos no osso alveolar, podem apresentar fios estendidos para a face lingual dos dentes, podem ser inclinados para vestibular dos processos alveolares, bem como para os molares e pré-molares. Estes tipos de expansores apresentam resultados semelhantes aos dentossuportados, reduzindo os danos à raiz do dente e às fenestrações alveolares. Vantagens desse tipo de disjuntor são a possibilidade de realização de movimentos dentários concomitantemente à expansão e aplicação em pacientes desdentados (Almeida et al., 2012).

Efeitos adversos e risco periodontal

A maxila tem comportamento, frente a ERM, que não se resume apenas aos efeitos benéficos. Efeitos colaterais, como o deslocamento para baixo e para frente da maxila já foram evidenciados, o que pode ser deletério para pacientes com padrão facial hiperdivergente, trazendo como consequência a rotação horária da mandíbula (Santo et al., 2016).

Chung (2004) observou que, após o tratamento em crianças, a maxila deslocou ligeiramente para frente e para baixo e que houve rotação da mandíbula para baixo e para trás, causando aumento da altura facial inferior.

Almeida et al., (1999) verificaram que, em médio e longo prazo, os efeitos deletérios relacionados à dimensão vertical e à posição sagital da maxila, resultantes da ERM, foram compensados pelo crescimento e desenvolvimento e pela melhora nas inclinações dos

dentes posteriores. Dessa forma, essas alterações no posicionamento vertical da mandíbula não seriam permanentes.

Outros efeitos colaterais indesejados podem acontecer, como dor após as ativações e problemas periodontais relacionados aos dentes que suportam os aparelhos dentomucossuportados. A força ortopédica necessária para se conseguir uma disjunção palatina é transmitida pelo aparelho disjuntor à base óssea pelos dentes e mucosas. Os primeiros molares superiores são os dentes em que a maioria dos aparelhos são apoiados e, portanto, os mais suscetíveis a possíveis perdas ósseas (Weissheimer, 2008).

Como a maioria dos aparelhos tem apoio em dentes, quase todos os procedimentos de expansão rápida da maxila têm efeitos esqueléticos e dentários. A alta intensidade de força aplicada pelo disjuntor aos dentes de suporte gera, a princípio, a hialinização do tecido periodontal, o que é interessante, pois os dentes não se movimentam e a força é direcionada à maxila. No entanto, com o tempo, esse tecido hialinizado é reabsorvido e o movimento dentário também ocorre (Almeida et al., 1999).

De acordo com Krebs (1964), cerca de 65% do alargamento da arcada superior, durante a expansão rápida da maxila, se dá por movimento dentário. Quando não se consegue o resultado esquelético desejado, com abertura da sutura palatina e expansão da base óssea, a força imprimida pelo aparelho às estruturas de suporte (dentes posteriores), terá como resultado apenas a expansão dentoalveolar, o que levaria a um risco maior de problemas periodontais. Por isso, além da obtenção de um bom resultado ortodôntico, a manutenção da saúde e das estruturas periodontais é a principal preocupação do profissional, durante a realização desse procedimento.

Os aparelhos osseossuportados ainda são uma alternativa de custo mais alto e os procedimentos de instalação e remoção, além de estarem associados a uma maior morbidade, são mais demorados e complexos (Almeida et al., 2012).

O diagnóstico de possíveis problemas periodontais associados ao procedimento de expansão rápida da maxila é feito, principalmente, pelo exame clínico de controle. Como as forças necessárias para se conseguir uma disjunção ortopédica são muito altas, é necessário um acompanhamento semanal, para identificar os possíveis problemas na sua fase inicial, o que evitaria o estabelecimento de situações clínicas indesejadas, como deiscências ósseas e recessões gengivais (Brunetto et al, 2017).

Existem alguns aspectos que podem tornar o paciente mais suscetível a perdas ósseas vestibulares durante a disjunção palatina como idade, magnitude necessária de expansão, inclinação vestibulolingual inicial dos dentes de suporte e espessura prévia do osso alveolar. Além disso, de acordo com o estudo de Handelman (1996), que estabeleceu os limites seguros, do ponto de vista periodontal, para a movimentação ortodôntica, a movimentação de um dente para vestibular é mais arriscada quando a mesma acontece em movimento de corpo, com todo o dente (coroa e raiz), sendo movimentado nesse sentido. Por outro lado, quando o movimento de vestibularização é de inclinação, ou seja,

com mais movimento de coroa do que de raiz, segundo esse autor, os riscos periodontais diminuem, consideravelmente, por causa da capacidade de adaptação do osso alveolar.

3 | CONCLUSÃO

ERM pode ser utilizada para o tratamento das deficiências transversais maxilares, incapacidade nasal crônica que exiba problemas respiratórios e problemas associados ao comprimento do arco.

Tem indicação para pacientes que se encontram na infância, no fim do crescimento da puberdade e pacientes adultos com atresia maxilar.

Quando associado aos aparelhos de protração maxilar, podem maximizar seus efeitos esqueléticos.

Os variados tipos de tratamento possuem diferenças entre si, sendo eficientes e produzindo resultados similares.

Levando a alterações dento-esqueléticas devido a abertura da sutura palatina mediana, provocando aumento transversal da maxila, da cavidade nasal, das distâncias interdentais e do perímetro do arco dental.

REFERÊNCIAS

Adkins M, et al. **Arch perimeter changes on rapid palatal expansion.** American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1990;97(3):194–199.

Almeida GA, et al. **Expansão rápida da maxila: estudo cefalométrico prospectivo.** Ortodontia. 1999;32(1):45-54.

Almeida RC, Almeida MHC. **Aparelho disjuntor fusionado: uma nova visão de disjunção palatina.** Ortodontia SPO. 2008;41(1):55-59.

Almeida TE, et al. **Expansão rápida da maxila não cirúrgica e cirúrgica: revisão de literatura.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2012;24(1):67-75.

Biederman W. **Rapid correction of Class III malocclusion by midpalatal expansion.** Am. J. Orthod. 1973;63(1):47-55.

Braga GM, et al. **Expansão de maxila cirurgicamente assistida com distrator transpalatal para correção de severa atresia maxilar.** Journal of Applied Oral Science. 2017;25(43).

Brunetto DP, et al. **Non-surgical treatment of transverse deficiency in adults using Microimplant-assisted Rapid Palatal Expansion (MARPE).** Dental Press J Orthod. 2017;22(1):110-125.

Capelozza Filho, L, Silva Filho, OG. **Expansão rápida da maxila: considerações gerais e aplicação clínica.** Parte I. Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Maxilar. 1997;2(3):88-92.

- Carlson C, et al. **Microimplant-assisted rapid palatal expansion appliance to orthopedically correct transverse maxillary deficiency in an adult**. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016;49(5):716-728.
- Choi SH, et al. **Nonsurgical miniscrew-assisted rapid maxillary expansion results in acceptable stability in young adults**. Angle Orthod. 2016;86(5):713-720.
- Cohen MM. **Ortodontia pediátrica preventiva**. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
- Chung FB. **Skeletal and dental changes in the sagittal, vertical, and transverse dimensions after rapid palatal expansion**. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004; (126):569-75.
- David SMN, et al. **Avaliação e mensuração da sutura palatina mediana por meio da radiografia oclusal total digitalizada em pacientes submetidos à expansão rápida maxilar**. Dental press de ortodontia e ortopedia facial. 2002; 14(5):62-68.
- de Rossi M, et al. **Skeletal alterations associated with the use of bonded rapid maxillary expansion appliance**. Braz Dent J. 2011; 22(4):334-339.
- Ennes JP. **Análise morfológica da sutura palatina mediana em ratos, coelhos, macacos e homens em diferentes fases do desenvolvimento cronológico [tese]**. Bauru: Universidade de São Paulo; 2002.
- Fabrini FF, et al. **Expansão rápida da maxila, sem assistência cirúrgica, utilizando Hyrax**. Arquivos de Ciências da Saúde Unipar. 2006; 10(3):177-180.
- Ferreira CMP, et al. **Efeitos dentais e esqueléticos mediatos da E.R.M. utilizando o disjuntor Hyrax**. Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial. 2007; 12(4):36-48.
- Haas AJ. **Expansão rápida da maxila**. Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial. 2001; 6(1):110.
- Haas AJ. **Palatal expansion: Just the beginning of dentofacial orthopedics**. American Journal of Orthodontics. 1970; 57(3):219-255.
- Handelman CS. **The anterior alveolus: its importance in limiting orthodontic treatment and its influence on the occurrence of iatrogenic sequelae**. The Angle Orthodontist. 1996; (66):95-110.
- Krebs A. **Midpalatal suture expansion studies by the implant method over a seven-year period**. Rep Congr Eur Orthod Soc. 1964; (40):131-142.
- Lee K.J, et al. **Miniscrew-assisted nonsurgical maxillary expansion before orthognathic surgery for a patient with severe mandibular prognathism**. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010; (137):830-839.
- McNamara JA Jr. **An orthopedic approach to the treatment of Class III malocclusion in young patients**. J Clin Orthod. 1987;21:598-608
- McDonald RE, Avery DR. **Diagnóstico e correção de pequenas irregularidades na dentição em desenvolvimento**. In: **McDonald RE**. Odontopediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. p. 470-472.

Memikoglu H. **Effects of a bonded rapid maxillary expansion appliance during orthodontic treatment.** Angle Orthod. 1999; 69(3)251–256.

Moyers RE. **Classificação e terminologia da má-oclusão.** In: Moyers RE. **Ortodontia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 156-157.

Netter FH. **Atlas de Anatomia Humana.** 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

Rabelo LRS et al. **Expansão de maxila cirurgicamente assistida sob anestesia local.** Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial. 2002; 7(1)73-79.

Ramires T, et al. **Alterações da cavidade nasal e do padrão respiratório após expansão maxilar.** Revista brasileira de otorrinolaringologia. 2008; 74(5)763- 769.

Ribeiro GLU, et al. **Expansão maxilar rápida não cirúrgica em paciente adulto. Uma alternativa possível.** Rev Clín Ortodon Dental Press. 2006; 5(2)70-77.

Rossi RRP, et al. **Expansão maxilar em adultos e adolescentes com maturação esquelética avançada.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2009; 14(5)43-52.

Sato K, et al. **Avaliação cefalométrica da disjunção rápida da sutura palatina mediana, através da telerradiografia em norma frontal (PA).** Ortodontia. 1986; 19(1/2)44-51.

Santo M, et al. **O desafio do tratamento ortodôntico do paciente com fenótipo facial hiperdivergente.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [online]. 2016; 70(2)204-209.

Suassuna KML, et al. **Expansão e disjunção palatina em pacientes classe III com uso de máscara facial.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2018; 30(3)290-303.

Suri L, Taneja P. **Surgically assisted rapid palatal expansion: a literature review.** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008; 133(2)290-330.

Suzuki H, et al. **Expansão Rápida da Maxila Assistida com Mini-implantes ou MARPE: em busca de um movimento ortopédico puro.** Rev Clín Ortod Dental Press. 2016;15(2).

Weissheimer A. **Efeitos imediatos da expansão rápida da maxila no sentido transversal, com os disjuntores tipo Haas e Hyrax, em tomografia computadorizada cone Beam [dissertação].** Porto Alegre: PUC-RS; 2008.

CAPÍTULO 20

CULTURA POMERANA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: VENCENDO BARREIRAS E CONSTRUINDO PONTES

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 18/01/2022

Camila Lampier Lutzke

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória – Espírito Santo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6839-3902>

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória – Espírito Santo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3227-7608>

RESUMO: A cultura é um campo vasto, de várias definições, e trata não só de crenças e valores mas também dos hábitos de vida das pessoas. Os pomeranos e seus descendentes possuem traços culturais muito particulares, e por sua característica mais reservada e isolada geograficamente, mantém tradições através dos séculos. O objetivo desse trabalho é elucidar alguns aspectos da cultura pomerana, fomentando discussões acerca da assistência dos profissionais de saúde a esses cidadãos. Conhecer as peculiaridades dessa cultura, respeitando seu valor e espaço e trabalhando para a perpetuação da mesma são passos importantes para a integração dos profissionais de saúde com o povo pomerano, e consequente melhoria no atendimento por eles prestado.

PALAVRAS-CHAVE: população rural, cultura, pessoal de saúde.

PROFESSIONALS: OVERCOMING BARRIERS AND BUILDING BRIDGES

ABSTRACT: Culture is a vast field, with various definitions, and it deals not only with beliefs and values but also with people's life habits. The Pomeranians and their descendants have very particular cultural traits, and due to their more reserved and geographically isolated characteristic, they maintain traditions through the centuries. The objective of this work is to elucidate some aspects of the Pomeranian culture, promoting discussions about the assistance of health professionals to these citizens. Knowing the peculiarities of this culture, respecting its value and space and working towards its perpetuation are important steps towards the integration of health professionals with the Pomeranian people, and consequent improvement in the care provided by them.

KEYWORDS: rural population, culture, health personnel

CULTURA POMERANA SOBREVIVENDO ATRAVÉS DA HISTÓRIA

*"(...) Vasto é o mundo
Bastantes são os sonhos
O que queremos
Nós, pomeranos,
É simplesmente sermos
também!
Seremos por muito tempo!"
Celso Kalk*

Compreende-se cultura como um conjunto de mecanismos simbólicos que

POMERANIAN CULTURE AND HEALTH

implicam na intencionalidade existente no ato comportamental (SANETO, ANJOS, 2011). Para Skinner (1989), aqueles que observam a cultura não veem apenas crenças e valores, veem como as pessoas vivem, como criam seus filhos, como coletam ou cultivam comida, em qual tipo de habitação vivem, como tratam uns aos outros e assim por diante. Assim, a herança cultural pode influenciar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde, sofrendo influência do passado ou do presente, advindo do meio familiar ou social em que estão inseridos (ISHISATO, SHIMO, 2008). Nesse contexto, cada população detém características próprias, capazes de atravessar positivamente ou não o processo de saúde e doença, e é interessante estudá-las para desenvolver as melhores estratégias de promoção de saúde.

Segundo o último censo conduzido no Brasil (BRASIL, 2010), 15,6% dos brasileiros reside em área rural, e trata-se de uma população com peculiaridades socioeconômicas e culturais. De acordo com Dias, Nascimento e Martinez (2020), a maioria das populações rurais brasileiras apresentam menores índices de escolaridade, renda média mensal e acesso a serviços de saúde. Características como o isolamento geográfico, dificuldade de acesso, recursos e comunicação podem impactar na saúde dos indivíduos.

Dentre os colonizadores do interior do Brasil estão os pomeranos, um povo originário da Pomerânia, na região do Mar Báltico, entre as atuais Alemanha e Polônia, que chegou ao Brasil na segunda metade do século XIX, anteriormente ao processo de unificação da Alemanha, após viagens de mais de três meses em veleiros (GRASNOW, 2009). Estabeleceram-se principalmente no Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Santa Catarina e Rondônia, e houve um grande isolamento desses povos pelas dificuldades linguísticas, falta de equipamento para o trabalho nas lavouras e de assistência do governo brasileiro (LOCATELLI, 2006).

Grasnow (2009) afirma que “os imigrantes pomeranos levaram dias, semanas, meses e anos para avançarem mata virgem adentro e chegar bem no interior”, e que quase todos eram diaristas, empregados, empregadas domésticas, pastores de ovelhas e pequenos camponeses, que na terra natal não teriam condições de se tornarem proprietários, e foram seduzidos pela promessa de receber terras além mar.

Locatelli (2003), relata que os colonos se depararam com dificuldades como: doenças, demarcação de terras, presença de povos originários, animais ferozes, serpentes, alimentação e promessas não cumpridas. Houve um grande isolamento desses povos pelas dificuldades linguísticas, falta de equipamento para trabalho nas lavouras e de assistência do governo brasileiro. A Igreja Luterana assumiu papel de governo, provendo educação, prestando assistência médica e social (NASR, 2008). Isolados em uma região de difícil acesso nas montanhas, e com dificuldade de interação social, as comunidades pomeranas mantiveram expressões da cultura e modo de vida camponês (BAHIA, 2005).

Atualmente são um grupo geograficamente isolado e de raízes simbólicas por terem se originado em uma localidade já inexistente (CAPUCHO, JARDIM, 2013). Mesmo

após séculos de fixação no Brasil, o cotidiano dos descendentes ainda é permeado por costumes ancestrais, que se funde e se transforma com as adaptações às mudanças culturais (ANDRADE, 2002). Espírito de comunidade, dedicação ao trabalho, expressões simbólicas como o dialeto, costumes socioculturais, artesanato, música, dança, culinária são características marcantes ainda atualmente (GRASNOW, 2009). Os descendentes ainda preservam a cultura, principalmente a língua e a religião luterana (NASR, 2008). A comunidade possui características peculiares em relação a outros grupos imigrantes: o fechamento para práticas culturais brasileiras, como preservação da língua e resistência à miscigenação com outras etnias (CAPUCHO, JARDIM, 2013).

Quando se trata de saúde, o fator cultural é importante para as práticas e políticas públicas. No caso dos pomeranos, a cultura influencia o comportamento alimentar, a organização do processo de trabalho, e manifesta-se por meio das suas práticas em saúde e nível de aceitabilidade de intervenções propostas pelo profissional de saúde (VALÉRIO, 2012).

POMERANOS: O EXPOENTE DE UMA CULTURA MARCANTE

A língua pomerana é um traço da cultura desse povo especialmente forte. Ainda hoje existe dificuldade de comunicação, pois nem todos falam o idioma português, e alguns descendentes de pomeranos falam apenas a língua própria (FRASSON, 2017). Mesmo aqueles que sabem falar o idioma português, quando entre membros da comunidade pomerana, preferem falar a língua de seus ancestrais. O pomerano é utilizado em ambientes mais informais, entre familiares e amigos, enquanto o português é reservado para o comércio ou comunicação com pessoas estranhas (NASR, 2008). É prática comum no comércio a contratação de funcionários que dominam o idioma pomerano, a fim de facilitar o atendimento dessas pessoas.

A língua pomerana é ensinada às crianças, que muitas vezes aprendem o português apenas quando começam a frequentar a escola. É um fator na construção da identidade linguística, social e étnica desse povo (ROMIG, 2020). O profissional de saúde deve estar atento à barreira linguística, e é aconselhável que algum profissional da equipe domine o idioma. Além da dificuldade de entendimento do português, principalmente se tratando de termos mais técnicos da saúde, a relação com o idioma pomerano envolve o fator sentimental de confiança, pertencimento, senso de comunidade, acolhimento e respeito ao indivíduo.

Um traço geográfico da cultura desse povo é a construção de várias casas em um mesmo terreno, abrigando diferentes gerações familiares (FRASSON, 2017). Os pais deixam de herança “pedaços de terra”, e o filho que recebe a maior parcela fica com a incumbência de cuidar de seus progenitores quando for necessário. A proximidade das residências proporciona uma trama familiar rica e diversificada. Experiências, costumes,

crenças e mitos são transmitidos facilmente entre os familiares, dado o convívio próximo. Cabe pontuar que dois fatores sociais importantes no processo de promoção de saúde são o econômico e familiar. Relações familiares fortes e positivas são um componente no desenvolvimento de hábitos saudáveis, enquanto práticas e crenças populares podem influenciar diretamente o cuidado com a saúde física e mental, influenciadas por figuras do convívio social e familiar, como mães, pais, avós e vizinhos, que repassam conhecimentos intergeracionais (CARVALHO, TAMEZ, 2005). Esses sujeitos podem pressionar outros familiares de acordo com suas percepções e conhecimentos sobre o assunto, através de conselhos e exemplos, ora favoráveis, ora contrários a vontade do indivíduo (CARVALHO, et al., 2020). É interessante que sejam conduzidos novos estudos com essa população, a fim de verificar se essa prática é positiva na promoção de saúde ou se, ao contrário, dificulta o processo.

Muitos descendentes de pomeranos vivem em relativo isolamento social em suas propriedades, trabalhando em sistema de agricultura familiar (REETZ, 2016), que é a principal atividade econômica (GRASNOW, 2009). Os meios utilizados costumam ser arcaicos, os instrumentos ainda rudimentares. O trabalho braçal é altamente valorizado e desempenhado por todos os componentes da família, inclusive crianças de tenra idade e idosos já aposentados. As mulheres, além de trabalhar diretamente no campo, têm ainda a tarefa de cozinhar para os “camaradas” (ajudantes contratados por curtos períodos de tempo quando o trabalho na roça se intensifica), além de cuidar da casa e do seu entorno, das criações de subsistência (porcos, galinhas, bois), e de cuidar de crianças e idosos que necessitem atenção. O profissional de saúde deve estar atento à sobrecarga de trabalho da mulher, que impacta diretamente no seu bem-estar físico e emocional, com consequências sobre sua saúde (HENRY, 2019).

O trabalho na lavoura implica em situações de saúde específicas. A população de pele clara e sensível, trabalhando na lavoura por longos períodos, muitas vezes sem qualquer proteção, deve ser orientada e acompanhada quanto à possibilidade de câncer de pele e outros agravos dermatológicos. O uso de agrotóxicos sem os cuidados necessários como o fracionamento, descarte e armazenamento adequados, e a não utilização de equipamento de proteção individual também é preocupante, visto sua repercussão negativa na saúde do lavrador, da família que tem acesso aos produtos (inclusive crianças), e também de quem consome os alimentos produzidos sem o devido cuidado. É urgente que se faça um rigoroso controle sobre a prescrição de medicamentos e agrotóxicos, para diminuição das taxas de envenenamento, acidentais ou não.

A Confirmação é um importante rito da religião Luterana, praticada pela maioria dos pomeranos, onde adolescentes com aproximadamente 14 anos de idade professam publicamente sua fé diante da comunidade. A partir de então, segundo a tradição local, os jovens são considerados aptos para começar o namoro. O casamento pomerano é um ritual de passagem muito simbólico, onde são realizadas grandes festas que duram vários dias,

em colaboração com familiares e amigos, e os eventos são grandiosos, convidando toda a comunidade. O matrimônio é um acontecimento muito aguardado na vida nos pomeranos que costumam casar-se ainda jovens, em alguns casos caracterizados como casamento infantil – o casamento formal ou união informal antes dos 18 anos de idade. A inexperiência e a ansiedade de começar a vida conjugal também devem ser investigados como um fator propiciador de agravos à saúde nessa população.

Deve-se ter especial alerta ao alto índice de suicídios e homicídios entre imigrantes e descendentes (CAPUCHO, JARDIM, 2013). Segundo Capucho e Jardim, os pomeranos se vêem como mais impulsivos, desconfiados, reservados do que outras pessoas, e que por serem materialistas muitas vezes tornam-se agressivos no que tange a seus bens e propriedades. A dificuldade de diálogo e apoio familiar, o preconceito com questões de saúde mental e a relutância em buscar apoio aumentam o risco de suicídio nessa população. É necessária a elaboração de políticas públicas de saúde que atentem à vulnerabilidade do povo pomerano.

Os povos germânicos têm hábito de relacionar o valor do indivíduo à sua capacidade de produção e trabalho, fator este que pode influenciar os processos socioculturais com impacto na saúde mental (GRASNOW, 2009). Em um cotidiano de trabalho árduo e exaustivo, sem acesso a muitas opções de lazer, o alcoolismo torna-se uma realidade preocupante. Entre povos germânicos e pomeranos, existe o notável hábito de consumo de álcool, é uma comunidade étnica que relaciona o lazer ao consumo de bebidas alcoólicas (CAPUCHO, JARDIM, 2013).

A depressão acomete muitos pomeranos, que por vezes sequer são diagnosticados, por tabus envolvendo a saúde mental. É um campo perigoso quando associa-se distúrbios psíquicos com abuso de álcool e outras substâncias. A relação entre causa e efeito nesses casos é muito tênue e deve ser bem investigada.

O povo pomerano é muito religioso, portanto a fé é muito considerada quando se trata de enfermidade e doença (REETZ, 2016). Ao mesmo tempo, com a falta de instrução médica, foi adotado pelos colonos a medicina alternativa, baseada na utilização de ervas. Cabe ao profissional de saúde respeitar o conhecimento empírico, que por tantas vezes foi a única alternativa de tratamento e que possibilitou a sobrevivência do povo pomerano. Enquanto as práticas não puserem em risco a vida e saúde do indivíduo, podem ser consideradas como adjuvantes nas terapêuticas propostas.

A culinária pomerana também é um grande expoente da cultura pomerana. Aprecia-se pães, massas, bolos e biscoitos (ROMIG, 2020). Comidas açucaradas e preparadas com trigo são comuns, e oferecidas às crianças desde muito cedo. Existe uma limitação física, devido a distância das residências aos centros comerciais, e também financeira, ao acesso à alimentos mais saudáveis. Um olhar particularmente cuidadoso deve prevalecer sobre essa questão, a fim de observar se essas pessoas estão sendo alimentadas com os nutrientes necessários e se esse tipo de alimentação favorece o sobrepeso, obesidade

ou até mesmo desnutrição. Alguns exemplos de comidas típicas pomeranas são: pães milhabrot (pão de milho, preparado com batata doce, cará, aipim e fubá de milho branco ou amarelo), spitsbuben (bolo Ladrão), kasekuchen (bolo de queijo), streuskuchen (bolo com farofa), Strudel (bolo com frutas), biscoitos caseiros de nata, polvilho ou amanteigado. Entre as comidas salgadas, destacam-se: linguiça de carne de boi, queijo tipo puina e chmierkase (coalhada), Blutwurst (chouriço feito de sangue e miúdos de porco), batata ensopada, sopas (canja, aipim cozido e socado, batata doce socada, sopa com rosca); entre as comidas doces, ressaltam-se: firsichup (sopa de ameixa), arroz doce, banana-nanica assada, geleias de frutas da região (REETZ, 2016).

CONCLUSÕES (OU COMEÇOS)

O objetivo dessas considerações não é esgotar todos os traços do povo pomerano, que em sua dinâmica e rica cultura não caberiam nessas páginas, mas ser parte de uma provocação aos profissionais de saúde, que considerem as particularidades que compõem a vida daqueles a quem atendem. É imperativo identificar e compreender os hábitos culturais com potencial de interferir no processo de saúde e doença, tornar a informação mais acessível, buscando a comunicação na língua pomerana, e humanizar o serviço de saúde, estreitando laços e facilitando trocas.

É importante o reconhecimento do povo pomerano e seus descendentes, que integram a diversidade cultural brasileira. Para o exercício profissional, deve-se identificar as condições onde este é desenvolvido, auxiliando na manutenção da cultura popular, do respeito ao modo de vida individual, buscando aproximação e considerando as dificuldades inerentes à linguagem. As políticas públicas devem ser voltadas para o reconhecimento e valorização da cultura, do indivíduo, preservando sua identidade, concomitantemente à promoção de saúde. Deve-se buscar com sensibilidade e empatia a adoção de hábitos saudáveis, considerando as possibilidades, desejos e história de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

1 SANETO, J.G., ANJOS, J.L. Educação Física e Antropologia: a utilização da categoria cultura. **EFDeportes.com**, v.15, n.153, 2011.

2 SKINNER, B.F. **Recent issues in the analysis of behavior**. Ohio: Merry Publishing Company, 1989.

3 ICHISATO, S.M.T., SHIMO, A.K.K. Vivência da amamentação: lactogogo e rede de suporte. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v.5, n.3, p.355-362, 2008.

4 BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). **Censo de 2010**. Disponível em: <idades.ibge.gov.br/brasil/es/domingos-martins> . Acesso em: 02 jan. 2022.

- 5 DIAS, N. T. C.; NASCIMENTO, M. C.; MARTINEZ, M. R. Pesquisa de enfermagem em área rural: relato de experiência durante a fase de coleta de dados. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 33529-33543, 2020.
- 6 GRASNOW, K. Pomeranos sob o cruzeiro do sul: colonos alemães no Brasil. Vitória: **Arquivo Público do Estado do Espírito Santo**, 2009.
- 7 LOCATELLI, A. Da agricultura tradicional à agricultura familiar inovadora: contributo das formações. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 2003.
- 8 NASR, M.F. Banda de Metais Pommerchor: uma reflexão etnomusicológica sobre a musica pomerana de Melgaço – Domingos Martins, ES. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Musica da UFMG, 2008.
- 9 BAHIA, J. Um “certo” jogo de espelhos: imigração e construção da identidade de colonos de origem alemães no estado do Espírito Santo, Brasil. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina; 20 a 26 de março de 2005, Universidade de São Paulo.
- 10 CAPUCHO, M. C.; JARDIM, A. P. Os pomeranos e a violência: a percepção de descendentes de imigrantes pomeranos sobre o alto índice de suicídio e homicídio na comunidade de Santa Maria de Jetibá. Gerais, **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 6, n. 1, p. 36-53, 2013.
- 11 Andrade L. Memórias pomeranas no Espírito Santo. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2002. Dissertação de Mestrado em História.
- 12 Valério ECN. O idoso pomerano hipertenso e a estratégia de saúde da família: a experiência de uma comunidade rural. Vitória: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2012. Dissertação de mestrado.
- 13 FRASSON, P.H.L., et al. Panorama do câncer de pele em comunidades de imigrantes pomeranos do Espírito Santo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.44, n.2, p.187-193, 2017.
- 14 ROMIG, K. L. K. Aspectos geográficos e culturais de uma região cultural pomerana no Rio Grande do Sul. **Geosul**, v.35, n. 75, p.300-324, 2020.
- 15 CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: Bases Científicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 16 CARVALHO, A.T., et al. Fatores socioculturais, mitos e crenças de nutrizes potenciais causadores do desmame precoce: uma revisão integrativa. **Reserach, Society and Development**, v.10, n.56, p.3152-3157, 2020.
- 17 REETZ, M. Mulher pomerana: cultura e saúde. Dissertação de mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória, 2016
- 18 HENRY, B.A., et al. Fatores socioculturais que influenciam a prática da amamentação entre mulheres de baixa renda em Fortaleza, Ceará, Brasil: uma perspectiva através do modelo do sol nascente de Leininger. **Enfermaria Global**, v.19, n.1, p.1-13, 2019.

CAPÍTULO 21

MEDITERÂNEO KMO

Data de aceite: 01/02/2022

Data da submissão: 19/11/2021

Maria Clara Betti Perassi

Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais –
Campus Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0139166858504594>

Alessandro Del’Duca

Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais –
Campus Juiz de Fora
Juiz de Fora - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0202292165260696>

RESUMO: A obesidade é um dos principais problemas de saúde. Nas últimas décadas, passamos por mudanças rápidas e bruscas na nossa forma de comer, beber e movimentar. O consumo em excesso de alimentos industrializados, processados com alto teor de açúcar, sódio e gorduras tem sido um dos principais fatores motivacionais para o aumento da obesidade. Neste contexto, a “dieta mediterrânea” tem sido discutida como possibilidade de amenizar o quadro de excessos aos quais vivemos, adaptando sua culinária a nossa realidade regional e preservando suas técnicas dietéticas. Aqui, colocamos algumas ideias e possibilidades de substituir alimentos comuns da “dieta mediterrânea” por alimentos produzidos na região de Juiz de Fora, Minas Gerais. Para isso, foi feito levantamento bibliográfico sobre os principais alimentos

da “dieta mediterrânea” e levantamento de alimentos produzidos na Zona da Mata Mineira, que pudessem ser nutricionalmente comparáveis com a “dieta mediterrânea”. Adequando em nossa realidade, a ideia do uso desta dieta, serve como modelo na culinária brasileira de alimentos regionais com a composição semelhante, ou que desempenhem mesmas funções na tentativa de opções alimentares saudáveis. Vale lembrar de um aspecto interessante da “dieta mediterrânea” que é a predileção aleatória a alimentos funcionais, que desempenham funções de prevenção e até mesmo combate a patologias em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Dieta do Mediterrâneo. Nutrição. Qualidade Nutricional.

MEDITERRANEAN KMO

ABSTRACT: Obesity is one of the main public health problems. In recent decades, we have gone through rapid and sudden changes in the way we eat, drink and move. Excessive consumption of processed foods and foods with a high content of sugar, sodium and fat has been one of the main motivational factors for the increase in obesity, since the disease has a multifactorial cause and mainly reflects on the population’s quality of life. In this context, the “Mediterranean diet” has been discussed as a possibility to alleviate the situation of excesses we live by, adapting its cuisine to our regional reality and preserving its dietary techniques. Here, we present some ideas and possibilities to replace common foods from the “Mediterranean diet” with foods produced in the region of Juiz de

Fora, Minas Gerais. For this, a bibliographic survey was carried out on the main foods of the “Mediterranean diet” and a survey of foods produced in the Zona da Mata Mineira, which could be nutritionally comparable with the “Mediterranean diet”. Adapting to our reality, the idea of using this diet, serves as a model in Brazilian cuisine of regional foods with similar composition, or that perform the same functions in an attempt to create healthy food options. It is worth remembering an interesting aspect of the “Mediterranean diet”, which is the random predilection for functional foods, which play a preventive role and even combat pathologies in general.

KEYWORDS: Mediterranean Diet. Nutrition. Nutritional Quality.

1 | INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas que temos relacionados à alimentação inadequada é o excesso de calorias nas dietas. Este excesso de calorias, juntamente com o consumo exagerado de óleos, gorduras, sal e açúcar, traz problemas de sobrepeso e doenças crônicas. Pelos dados levantados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, em inglês: *World Health Organization – WHO*) em 2005, mais de um terço dos adultos estavam acima do peso e um décimo era obeso (BUCKLAND et al., 2008). O sexto maior fator que contribuiu com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis é o excesso de peso corporal, que é ocasionado por uma alimentação desequilibrada (ALMEIDA et al., 2009b; WHO, 2003).

Estima-se que 2,3 bilhões de adultos estarão acima do peso e destes, mais de 700 milhões serão obesos em 2025 (ABESO, 2019). No Brasil, a diabetes, a hipertensão e o excesso de peso vêm ganhando destaque negativo por estarem cada vez mais presentes na população e estão associados aos nossos hábitos alimentares e comportamentais (SCHMIDT et al., 2011).

As dietas de emagrecimento vêm sendo comumente utilizadas, demonstrando efeitos em curto prazo, porém não perduram em longo prazo, propiciando o “efeito sanfona”. Na maior parte destas, existe uma preocupação extrema à densidade calórica e não à densidade nutricional. As leis da alimentação preconizam quantidade, qualidade e harmonia (MS, 2008; MS, 2014). Portanto, dietas equilibradas para que possa ter o controle dos nutrientes ingeridos e do peso corporal são fundamentais para que se evitem essas doenças. Uma dieta equilibrada e saudável é fundamental para que o corpo tenha o equilíbrio necessário para suprir necessidades energéticas e estruturais, além de evitar consequências de algumas doenças.

Dentro desta perspectiva de dieta equilibrada, uma das mais discutidas e utilizadas como modelo é a “Dieta do Mediterrâneo”. Essa é uma das dietas que apresentam resultados interessantes para controlar o peso corporal e equilibrar quantidade e qualidade de nutrientes (ANGELIS, 2001; BUCKLAND et al., 2008). Esta dieta é caracterizada por consumo de vegetais, azeite (que é a principal fonte de lipídeos dessa dieta), frango e

peixes, e pequena quantidade de produtos lácteos e carne vermelha. Além disso, ovos e vinho devem estar presentes na dieta, mas moderadamente (ALMEIDA et al., 2009a). Ainda sugere que o consumo de carnes vermelhas, produtos industrializados, gorduras de origem animal e doces devem ser feitos em menor frequência do que ocorre normalmente em outros países, como aqui no Brasil. Os resultados obtidos com este tipo de dieta estão de acordo com diretrizes e recomendações para dietas completas e saudáveis (SOFI et al., 2008). No entanto, a definição da dieta mediterrânea é complexa. Seria um erro limitá-la apenas a priorização de certos grupos de alimentos. Ela vai além, abordando toda uma questão cultural abrangendo desde seu cultivo, técnicas de preparo, até a sua apresentação nos pratos.

O objetivo deste trabalho foi fazer um levantamento de dados sobre os principais alimentos que são utilizados na Dieta do Mediterrâneo, para comparar com os alimentos que são encontrados normalmente no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Assim, posteriormente, foi feita a sugestão de uma forma de preparo para melhor aproveitar todos os nutrientes dos produtos a serem utilizados em um prato.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Para que possamos obter os dados sobre os alimentos comumente utilizados na “Dieta do Mediterrâneo”, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre estes produtos e como são geralmente preparados. Para essa revisão dos dados publicados, foram selecionados artigos e resumos científicos, bem como livros sobre esta temática, além da consulta a sites oficiais de instituições.

Além disso, foram levantados dados de alguns produtos alimentícios produzidos e/ou encontrados na região da Zona da Mata Mineira, principalmente próximos ao município de Juiz de Fora, Minas Gerais, com distância preferencialmente não superior a 100 km (ARAGAY, 2013) para privilegiar a ideia do conceito “km 0” (quilômetro zero). Estes dados foram obtidos através de dados oficiais da Secretária de Abastecimento da Prefeitura de Juiz de Fora, Unidades Regionais de Juiz de Fora da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais (EMATER-MG) e Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais (EPAMIG), além de pesquisa de campo em feiras livres e mercados locais. Posteriormente, foi feita a proposta de alternativas para consumo equilibrado de alimentos da forma levantada na pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando o que foi pesquisado nos livros, artigos e sites, pudemos verificar que a dieta equilibrada e baseada nos alimentos diversos é fundamental para uma boa saúde, sendo realmente a “Dieta do Mediterrâneo” uma das principais que visam melhorar o bem-estar global das pessoas que a seguem.

Esse tipo de dieta é uma das que mais levam a uma redução do peso corporal, sendo importante por não apresentar perda da qualidade nutricional (ALMEIDA et al., 2009b). Além disso, esta dieta mostrou que a ingestão moderada de gorduras, o que leva a benefícios cardiovasculares, diminuição da taxa de câncer, da incidência das doenças de Parkinson e de Alzheimer, diabetes, hipertensão e colesterol em pessoas que a seguem (CERQUEIRA et al., 2007; SÁNCHEZ-TAÍNTA et al., 2008; SOFI et al., 2008). Acrescentado a isso, pode-se destacar o aumento considerável na sobrevivência de pessoas com mais de 60 anos que aderiram a esta dieta mesmo que de forma tardia, com efeitos melhores quando associados a exercícios físicos regulares (FERNANDES, 2007).

A principal explicação para o sucesso desta dieta está na variedade e composição dos alimentos que são utilizados. Seguindo esta dieta, observamos que os as pessoas ingerem uma quantidade menor de calorias e de lipídeos, maior de vitaminas e fibras, e uma grande quantidade de alimentos funcionais, o que pode estar relacionado a menor incidência de doenças cardiovasculares nos países do Mediterrâneo (FERRARI; TORRES, 2001). Com certeza, esses dados são relevantes para propostas de saúde pública e uma proposta para políticas para a prevenção contra doenças crônicas.

A preferência pela dieta mediterrânea é justificada por seu contexto cultural focando nas sensações que o alimento pode oferecer suas bases nutricionais, que além de priorizar os alimentos e não calorias oferecem diversos benefícios, entre eles a diminuição dos índices das doenças cardiovasculares, doenças crônicas não transmissíveis e ainda em análise à longevidade.

É evidente que os exercícios físicos aliados às dietas são igualmente importantes para que tenhamos uma maior vitalidade dos consumidores. Mesmo reconhecendo que esta dieta promove uma melhor saúde às pessoas que a seguem, diferenças econômicas e climáticas poderiam inviabilizar seguir esses cardápios no Brasil. No entanto, considerando a diversidade de produtos alimentícios que são produzidos no Brasil, muitos alimentos equivalentes a esses da “Dieta do Mediterrâneo” provavelmente podem ser encontrados em nosso território. Portanto, conhecer a composição de alimentos nas diferentes regiões do Brasil auxilia nas orientações nutricionais baseando-se em princípios de desenvolvimento local e diversificação da alimentação (NEPA, 2011).

De todo modo, é importante destacar que há diferenças sociais e econômicas relevantes entre a população brasileira e a população dos países em que esta dieta é comum. Além disso, diferenças climáticas fazem com que esses produtos alimentícios característicos da “Dieta do Mediterrâneo” e seus valores no mercado sejam bem diferentes aqui do que aqueles praticados nos países de origem. Portanto, isto poderia ser uma dificuldade para inseri-la completamente aqui no Brasil. No entanto, se entendermos quais são os principais nutrientes e as quantidades que são oferecidos em média nesta dieta, poderemos adequar cardápios com produtos genuinamente ou bem adaptados ao nosso clima e, conseqüentemente, aos nossos anseios econômicos e nutritivos.

Outro ponto importante a ser discutido é o grande desperdício de alimentos que são produzidos que observamos. Isto é um contrassenso, já que ainda temos um grave problema de má distribuição de alimentos em nosso país. Esse desperdício ocorre desde a colheita/abate, até o ato de jogar fora após o não consumo. Nesse caminho do produto da colheita até a mesa, problemas de armazenamento, transporte, manipulação e cocção são observados, o que aumenta o desperdício. É justamente no início desta cadeia de produção, na correta forma de se produzir, colher ou abater, armazenar e transportar que muitos produtos já perdem propriedades nutritivas e visuais, o que leva a sua imediata rejeição. Assim, conhecer o produtor e sua forma de trabalho e escolher produtores próximos ao seu estabelecimento encurtando o caminho do transporte são alternativas que podem evitar danos aos produtos *in natura*. Desta forma, maior parte dos alimentos será aproveitada. Ainda sim, conhecendo o local onde se produz garante conhecer a procedência do produto, aumentar os laços entre produtor e consumidor, estimular o bom fornecimento e a economia local, dentre outras consequências.

BALZARETTI e colaboradores (2009) chamam atenção para a necessidade de equilibrar custo, qualidade, impacto ambiental, variedade gastronômica, segurança alimentar e consistência de oferta dos produtos. Dentro desta perspectiva, outro mote foi trazer o conceito do “km 0”. A principal ideia deste conceito é privilegiar a utilização produtos da própria região de onde serão produzidos os alimentos da dieta. Isto faz com que se tenham sempre alimentos frescos diminuindo os custos em relação a transporte, além de aumentar a produção local. Pode-se evidenciar, assim, uma redução de perdas e, conseqüentemente, um menor impacto negativo ao ambiente. Portanto, há um estímulo de uma alimentação mais saudável, mas também argumentos para restauração do comércio local, do pensamento coletivo de desenvolvimento regional e menor desperdício por danos aos produtos (ARAGAY, 2013; BALZARETTI et al., 2009). Podemos perceber uma variedade de alimentos de origem vegetal produzidos na região da Zona da Mata Mineira na tabela 1, além de diversificados produtos de origem animal (produção bovina, suína, avicultura e produtos lácteos) e fungos comestíveis.

Verduras e temperos	Legumes	Frutas
Acelga	Abóbora	Abacaxi
Alecrim	Abobrinha	Banana
Alface	Açafrão	Laranja
Alho poró	Batata doce	Mamão
Almeirão	Batata inglesa	Manga
Azedinha	Berinjela	Maracujá
Brócolis	Beterraba	Melancia
Cebolinha	Cebola	Mexerica

Coentro	Cenoura	Morango
Couve	Chuchu	
Couve-flor	Inhame	
Escarola	Jiló	
Espinafre	Mandioca	
Hortelã	Milho	
Manjeriçã	Pepino	
Mostarda	Pimentão	
Ora-pro-nóbis	Tomate	
Peixinho da horta	Vagem	
Repolho		
Rúcula		
Salsa		
Salsão		
Tomilho		

Tabela 1. Principais alimentos de origem vegetal encontrados na região da Zona da Mata Mineira (próximo a Juiz de Fora, MG) que podem ser utilizados na substituição de produtos da Dieta do Mediterrâneo.

Por fim, foi importante a produção de um prato como uma proposta bastante nutritiva, equilibrada e atraente do ponto de vista visual e gustativo. O prato consiste em um filé de tilápia grelhada, com farofa de castanhas, nhoque de batata baroa e pesto de manjeriçã.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível e fundamental aliar uma alimentação saudável com exercícios físicos para que vários problemas de saúde possam ser sanados. Além disso, pudemos verificar a possibilidade de se basear em uma dieta tradicionalmente importante (Dieta do Mediterrâneo), mas utilizando alimentos de origem próxima à nossa cidade.

FINANCIAMENTO DA PESQUISA

M.C.B.P. foi bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do IF Sudeste MG – *Campus* Juiz de Fora.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. ABESO. **Mapa da obesidade**. São Paulo: ABESO, 2019.

ALMEIDA, J.; MELLO, V.; CANANI, L.; GROSS, J.; AZEVEDO, M. Papel dos lipídeos da dieta na nefropatia diabética. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 634-645, 2009a.

ALMEIDA, J.; RODRIGUES, T.; SILVA, F.; AZEVEDO, M. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 673-687, 2009b.

ANGELIS, R. Novos conceitos em nutrição. Reflexão a respeito do elo dieta e saúde. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 38, n. 4, p. 269-271, 2001.

ARAGAY, M. **Sobirania alimentària, gastronomia i alimentació a Catalunya, un model sostenible?** Barcelona: Universidade Politècnica de Catalunya, 2013, 103 p.

BALZARETTI, C.; MARZANO, M.; D'ANNA, G. Sustainability of short food supply chains: analysis of raw material supply in Milan public school catering. **A.I.V.I.**, n. 5, p. 7-10, 2009.

BUCKLAND, G.; BACH, A.; SERRA-MAJEM, L. Obesity and the Mediterranean diet: a systematic review of observation and intervention studies. **Obesity**, v. 9, p. 582-593, 2008.

CERQUEIRA, F.; MEDEIROS, M.; AUGUSTO, O. Antioxidantes dietéticos: controvérsias e perspectivas. **Química Nova**, v. 30, n. 2, p. 441-449, 2007.

FERNANDES, A. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). **Análise Social**, v. 42, n. 183, p. 419-443, 2007.

FERRARI, C.; TORRES, E. Alimentos funcionais: quando a boa nutrição melhora a nossa saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 31-34, 2001.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Guia alimentar para a população brasileira – Promovendo a alimentação saudável**, Brasília, 2008, 218 p.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade**, Cadernos de Atenção Básica nº 38, Brasília, 2014, 211 p.

NEPA (NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO). **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO)**. Campinas: NEPA-UNICAMP, 4ª edição, 2011, 161 p.

SÁNCHEZ-TAÍNTA, A.; ESTRUCH, R.; BULLÓ, M.; CORELLA, D.; GÓMEZ-GARCIA, E.; FIOL, M.; ALGORTA, J.; COVAS, M.-I.; LAPETRA, J.; ZAZPE, I.; RUIZ-GUTIÉRREZ, V.; ROS, E.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. Adherence to a Mediterranean-type diet and reduced prevalence of clustered cardiovascular risk factor in a cohort of 3204 high-risk patients. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v. 15, n. 5, p. 589-593, 2008.

SCHMIDT, M.; DUNCAN, B.; SILVA, G.; MENEZES, A.; MONTEIRO, C.; BARRETO, S.; CHOR, D.; MENEZES, P. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1949-1961.

SOFI, F.; CESARI, F.; ABBATE, R.; GENISINI, G.; CASINI, A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. **BMJ**, v. 20, p. 673-675, 2008.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO/FAO, 2003, 149 p.

CAPÍTULO 22

PROMOVENDO A SAÚDE E A SEGURANÇA DO TRABALHADOR RURAL FRENTE AO USO DE AGROTÓXICOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Data de aceite: 01/02/2022

Gustavo Kasperbauer

Centro Municipal de Saúde
Santo Antônio do Planalto- RS

RESUMO: Através da observação que os nossos produtores rurais, agricultores e camponeses lideravam a categoria profissional com maior número de registros de acidentes de trabalho ocorridos em nosso Município, e que nestes casos a causa principal era devido à intoxicação por uso e ou manipulação de agrotóxicos, decorrente do plantio de soja, trigo, milho e aveia serem as culturas agrícolas dominantes no Rio Grande do Sul. E que esta população em sua maioria não utilizava equipamentos de proteção individuais de forma correta, e que também demais variados acidentes também ocorriam em seu ambiente de trabalho devido ao uso de máquinas e equipamentos agrícolas, ferramentas e utensílios cortantes e o contato com animais peçonhentos, elaborou-se este projeto de educação em saúde voltado ao público mencionado com auxílio do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde e de outras entidades Municipais, ofertando um Grupo de Saúde com oficinas terapêuticas a fim de se reduzir os acidentes de trabalho, internações decorrentes destes e o impacto que esta população sua família e seu ambiente estão expostos.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do trabalhador , intoxicação exógena

ABSTRACT: Through the observation that our rural producers, farmers and peasants led the professional category with the highest number of records of work accidents in our Municipality, and that in these cases the main cause was due to poisoning from the use and/or handling of pesticides, resulting from of soy, wheat, corn and oats being the dominant agricultural crops in Rio Grande do Sul. And that this population mostly did not use individual protective equipment correctly, and that other various accidents also occurred in their environment of work due to the use of agricultural machinery and equipment, cutting tools and utensils, and contact with poisonous animals, this health education project was designed for the mentioned public with the help of the staff of the Municipal Health Department and other municipal entities , offering a Health Group with therapeutic workshops in order to reduce traffic accidents. work, hospitalizations resulting from these and the impact that this population, their families and their environment are exposed to.

KEYWORDS: worker health , exogenous intoxication

"Já posso respirar e voltar a plantar
A terra renascendo, brotando sem parar
É Agroecologia e agricultura familiar
Com organização e resistência popular
Cadê o arroz e o feijão? (Plantou e colheu)
E o milho de São João? (Plantou e colheu)
E a agroflorestal como tá? (Plantou e colheu)
Transgênico e veneno desapareceu"

1 | JUSTIFICATIVA

O presente projeto justifica-se devido estar implicado o uso de agrotóxicos frente aos acidentes de trabalho, bem como as intoxicações direta ou indiretamente relacionadas ao uso deste e a vulnerabilidade que os trabalhadores rurais estão sujeito no seu ambiente de trabalho, necessitando difundir informações de proteção aos trabalhadores rurais e seus familiares quanto ao uso indiscriminado de agrotóxicos.

É sabido que a principal exposição química do trabalho agrícola na atualidade é o uso de agrotóxicos. Sendo assim, o seu uso descontrolado representa hoje um grave problema de saúde pública.

2 | OBJETIVOS E AÇÕES PROPOSTAS

2.1 Objetivo geral

Buscar unir, educar, fortalecer e intervir nas condições de vida dos trabalhadores rurais, frente aos malefícios da utilização dos agrotóxicos, auxiliando no processo de tomada de decisão em direção à qualidade de vida e à saúde, através de grupos com os produtores rurais, patrões, sindicatos rurais e entidades de classe, bem como cooperativas e associações localizadas no Município.

2.2 Objetivos Específicos

- Instruir o público sobre possíveis sinais de intoxicação proveniente do uso e manuseio de substâncias químicas;
- Promover oficinas que permitam aos trabalhadores rurais, mostrar e exercitar sua capacidade criativa e produtiva utilizando novas técnicas de plantio;
- Minimizar os transtornos emocionais decorrentes da própria condição clínica e/ou social.
- Buscar reduzir os danos à saúde do trabalhador rural;
- Formar agricultores monitores;
- Reduzir o número de internações, e /ou uso de medicação frente possível quadro de intoxicação por agrotóxicos;
- Promover a saúde através da educação popular e difusão de informações relevantes;
- Promover a oferta de alimentos orgânicos produzidos pelos próprios agricultores vinculados ao projeto para outros espaços, acontecimentos, feiras promovendo a reinserção social e convívio dos indivíduos acometidos pelas intoxicações exógenas.
- Ofertar exames laboratoriais em caráter anual afim de detecção, controle das intoxicações por agrotóxicos, a todos os participantes do projeto.

2.3 Público Alvo

Agricultores, camponeses, trabalhadores rurais ativos ou aposentados e familiares.

2.4 Ações Propostas

- Oficinas quinzenais com duração de duas horas em regime noturno no Centro Municipal de Saúde podendo estender-se para as demais localidades do Município de Santo Antônio do Planalto;
- Acompanhamento, orientação e supervisão da equipe multidisciplinar da Atenção Básica;
- Realização das oficinas práticas por oficinheiro capacitado e apoio ASCAR/EMATER no cultivo orgânico ou através da homeopatia.

2.5 Metodologia

Inicialmente fora remetido convite às entidades representativas dos agricultores locais (Sindicatos e Associações), líderes comunitários e envolvimento da equipe de Agentes Comunitários de Saúde os quais realizaram busca ativa a fim de convidar os trabalhadores rurais para participação no grupo pertencentes ao território.

Em um primeiro momento se deu as entrevistas iniciais com os participantes bem como explicações sobre os encontros e os objetivos propostos do projeto.

A partir daí começaram-se as oficinas práticas onde diferentes profissionais de saúde que compõe a rede de atenção municipal, bem como profissionais de outros segmentos (EMATER/ASCAR, Sec. de Agricultura e Meio Ambiente) realizaram oficinas terapêuticas onde sempre se combatia o uso indiscriminado de agrotóxicos e ressaltava-se sobre os malefícios destes, instruindo-os sobre sinais de intoxicação precoces ou tardios, minimizando danos e difundindo conhecimento sobre alternativas de controle de pragas e insetos (homeopatia, cultivo de plantas e ervas e alimentos orgânicos).

3 | PLANO DE ATIVIDADES/PROPOSTAS INICIAIS DE OFICINAS TERAPÊUTICAS:

Proporcionar encontros teórico prático se dando por meio do conhecimento das culturas de campo, onde o Engenheiro Agrônomo convidado proporcionará explicações teórico práticas in loco aos agricultores sobre as principais características do solo municipal (PH, composição, minerais), bem como as principais culturas da estação e as de maior rentabilidade, clima, adubação orgânica, irrigação e manejo adequado.

Instigar e questionar quanto à saúde do trabalhador rural: os principais acidentes de trabalho que ocorrem no campo, intoxicações por meio de manipulação e uso de agrotóxicos, tríplex lavagem das embalagens de agrotóxicos e o seu correto recolhimento, ensino sobre a colocação corretas dos equipamentos de proteção individuais (EPIs)

disponíveis no mercado, onde o Enfermeiro e a Fisioterapeuta da unidade Básica de Saúde realizaram esta oficina.

Saúde mental ofertando oficinas onde a psicóloga da Unidade de Saúde trabalhará questões com o público presente como família contemporânea, educação, alcoolismo, depressão dando ênfase na prevenção do suicídio. Oportunizando estes encontros para tratar das intoxicações tanto a médio como a longo prazo, provenientes do uso de agrotóxicos as quais podem vir a lesar o sistema nervoso central (SNC) e quais são os sinais de alerta e sintomas.

Incentivar o cultivo de hortaliças orgânicas, bem como chás medicinais com apoio da Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente Municipal, noções de homeopatia no combate as pragas tanto na lavoura como em casa.

Ofertar oficinas diversas conforme interesse dos participantes e/ou percepção de necessidades por parte dos profissionais envolvidos no processo.

4 | PERÍODO DE REALIZAÇÃO

As Oficinas Terapêuticas se deram no período vespertino e noturno de Agosto de 2013 a Agosto de 2016.

5 | RESULTADOS

Os objetivos do projeto foram atingidos em sua maioria plena, pois se evidenciou diminuição de casos de acidentes de trabalho notificados pela Unidade de Saúde, bem como não se deu nenhum caso suspeito ou confirmado de intoxicação decorrente do manuseio e ou aplicação de agrotóxicos conforme registro no SINAN durante a realização do projeto.

Houvera ainda a minimização dos transtornos emocionais decorrentes da própria condição clínica e/ou social, e a formação de agricultores monitores envolvidos no cuidado podendo-os se ajudar mutuamente em sua comunidade.

6 | CONCLUSÃO

O projeto unificou as ações de vigilâncias em saúde tanto Epidemiológica como Sanitária aliando-as a Saúde do Trabalhador Municipal, pois catalogaram dados, trabalharam-se ações de prevenção de acidentes e riscos em saúde no território definido.

Conseguiu-se agregar valor ao trabalhador rural dando subsídio para o mesmo cuidar de sua saúde da família bem como o meio em que vive, dotando-o com informações técnicas e oficinas práticas de educação em saúde, exames laboratoriais e equipamentos de proteção individual, bem como apresentação de alternativas técnicas de controle de pragas (homeopatia e cultivo de plantas) sem perda da produtividade de sua atividade laboral.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 8, de 27 de Fevereiro de 2009. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis> Acessado em: 16 dez. 2013a.

OPAS, 1996, Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 69p.

Estudo transversal sobre a saúde mental dos trabalhadores rurais: Faria et al, RSP, 1999. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10542474?dopt=Citation>

Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. Faria et al, CSC, 2007. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17680056

[A cross-sectional study about mental health of farm-workers from Serra Gaucha (Brazil)]. - National Center for Biotechnology Information. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

CAPÍTULO 23

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO DO PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA “PALESTRAS E DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS SOBRE ANATOMIA HUMANA”

Data de aceite: 01/02/2022

Ticiania Sidorenko de Oliveira Capote

Departamento de Morfologia e Clínica Infantil
Faculdade de Odontologia de Araraquara –
UNESP
Araraquara – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1076177857903591>

Marcela de Almeida Gonçalves

Departamento de Morfologia e Clínica Infantil
Faculdade de Odontologia de Araraquara –
UNESP
Araraquara – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/0260928426757325>

Gabriely Ferreira

Departamento de Morfologia e Clínica Infantil
Faculdade de Odontologia de Araraquara –
UNESP
Araraquara – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1119471289099780>

Luis Eduardo Genaro

Departamento de Morfologia e Clínica Infantil
Faculdade de Odontologia de Araraquara –
UNESP
Araraquara – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4438233758931884>

Marcelo Brito Conte

Departamento de Morfologia e Clínica Infantil
Faculdade de Odontologia de Araraquara –
UNESP
Araraquara – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4594365745914008>

Paulo Domingos André Bolini

Departamento de Morfologia e Clínica Infantil
Faculdade de Odontologia de Araraquara –
UNESP
Araraquara – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1393640448238401>

RESUMO: O objetivo desse estudo foi avaliar o grau de satisfação do público alvo com relação ao Projeto de Extensão “Palestras e demonstrações práticas sobre Anatomia Humana” constituído por palestra sobre corpo humana, demonstração prática de peças anatômicas e visita ao Museu de Anatomia por meio de questionário respondido por 200 escolares, de 13 a 17 anos de idade, após a realização de todas as atividades relacionadas ao referido Projeto de Extensão. Após a obtenção dos dados, foi realizada estatística descritiva e após a interpretação dos resultados buscou-se saber no que seria possível aprimorarmos a recepção aos grupos, apresentação das palestras, as demonstrações práticas e visitas ao Museu da Anatomia. Cento e cinquenta e nove respondentes, ou seja, 79,5% acharam a palestra muito boa, mostrando que a maioria do público alvo sai muito satisfeita, mas podemos melhorar até atingir a excelência, ou seja 100% de satisfação dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão. Satisfação. Anatomia. Corpo humano.

EVALUATION OF THE DEGREE OF SATISFACTION OF THE TARGET AUDIENCE OF THE UNIVERSITY EXTENSION PROJECT “LECTURES AND PRACTICAL DEMONSTRATIONS ABOUT HUMAN ANATOMY”

ABSTRACT: The objective of this study was to evaluate the degree of satisfaction of the target public regarding the Extension Project “Lectures and practical demonstrations about Human Anatomy” consisting of lecture about human body, practical demonstration of anatomical structures and visit to the Museum of Anatomy through questionnaire answered by 200 students, from 13 to 17 years of age, after all activities related to the Extension Project. After obtaining the data, descriptive statistics were performed and after the interpretation of the results we sought to know what would be possible to improve the reception to the groups, presentation of lectures, practical demonstrations and visits to the Museum of Anatomy. One hundred and sixty-nine respondents, or 79.5% found the talk very good, showing that the majority of the target audience is very satisfied, but we can improve to achieve excellence, or 100% satisfaction of them.

KEYWORDS: Extension. Satisfaction. Anatomy. Human body.

1 | INTRODUÇÃO

A satisfação ou insatisfação são definidas por Lopez & González (2001) como um estado psicológico expresso como resultado da interação de um conjunto de vivências afetivas entre os polos positivo e negativo (agradável-desagradável), na medida em que o objeto da atividade dê respostas às suas necessidades e corresponda aos seus motivos e interesses, sendo que as qualidades gerais das vivências afetivas se relacionam precisamente com esses polos.

Vários têm sido os trabalhos realizados com a finalidade de avaliar cursos por meio da satisfação/insatisfação discente (Appleton-Knapp & Krentler, 2006; Souza & Reinert, 2010). Segundo Folle et al. (2005), são muito importantes os diagnósticos da ação docente e seu reflexo na satisfação e motivação dos alunos.

Dias Sobrinho (2008) afirma que alguns fatores são determinantes tanto de satisfação quanto de insatisfação e variam em função da percepção que o estudante apresenta em relação ao curso, o que corrobora a complexidade da avaliação, que no âmbito educacional, refere-se a fenômenos humanos e sociais, articulando múltiplos referentes e perspectivas. Pozzobon et al. (2010), realizando um estudo para avaliação da satisfação de alunos do ensino médio por aulas de Educação Física, constataram que os mesmos apresentam-se satisfeitos com as mesmas e que apesar da maioria dos alunos mostrar-se satisfeita com as aulas de Educação Física, um número expressivo de alunos apresentam satisfação contraditória ou indefinida.

As visitas ao Laboratório e Museu de Anatomia da Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP, ocorrem há várias décadas em virtude da demanda das escolas das redes pública e privada, dos ciclos básico e médio da cidade de Araraquara e região em visitarem o Laboratório de Anatomia da Faculdade de Odontologia de Araraquara, para

complementarem seu ensino das disciplinas de Ciências ou de Biologia . Aos visitantes é ministrada palestra sobre corpo humano, seguida de demonstrações práticas de peças anatômicas e também realizada orientação guiada ao Museu de Anatomia. No início da década de 2000 foi implantado o projeto de extensão “Palestras e demonstrações práticas sobre Anatomia Humana”, que foi cadastrado junto ao Proex e passou a envolver docentes, pessoal técnico e discente, sem que, no entanto, tenhamos uma avaliação do grau de satisfação do público alvo, constituído por alunos das escolas das redes pública e privada do ensino fundamental e médio, escolas técnicas de enfermagem, prótese dentária, policiais, bombeiros e Universidade da Terceira Idade (UNATI), se a forma pela qual estão sendo ministradas as palestras, realizadas as demonstrações práticas e orientadas as visitas ao museu tem sido satisfatória.

Há um enorme espaço vazio que precisa do suporte das universidades, quando se trata da educação suplementar advinda de atividades extensionistas, a qual interfere na sociedade não acadêmica, a qual, muitas vezes, sem o acesso formal à escola, tem diminuída, dramaticamente, suas chances de emprego e/ou de se inserirem no mercado, perdendo, em última análise, o direito de se tornarem úteis e esclarecidos (Diniz e Guerra, 2010; Vallinoto et al., 2004).

Ainda, a utilização de metodologia expositiva e explicativa para o repasse do conhecimento anatômico, adequada à clientela apresentada e a sistematização desta associada ao uso de métodos não tradicionais, tem feito com que as atividades desenvolvidas no Museu de Anatomia tenham tido impacto social, inserindo, a cada ano, um número maior de instituições de ensino a frequentar os eventos museais e repassando-os a outros setores da sociedade (Vallinoto et al., 2004).

O objetivo desse estudo foi avaliar o grau de satisfação do público alvo com relação ao Projeto de Extensão “Palestras e demonstrações práticas sobre Anatomia Humana” constituído por palestra sobre corpo humano, demonstração prática de peças anatômicas artificiais e cadavéricas e visita orientada ao Museu de Anatomia.

Por meio da interpretação dos resultados buscou-se saber no que seria possível aprimorarmos a recepção aos grupos, a apresentação das palestras, as demonstrações práticas e visitas ao Museu de Anatomia.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP (CAAE 13676613.8.0000.5416).

A satisfação com relação às atividades relacionadas ao Projeto de Extensão “Palestras e demonstrações práticas sobre Anatomia Humana” foi avaliada por meio de questionário composto por 15 perguntas, respondido por 200 escolares, de 13 a 17

anos de idade, após a realização de todas as atividades relacionadas ao referido Projeto de Extensão, ou seja, após terem assistido às palestras, demonstrações práticas nos cadáveres e realizado visita orientada ao Museu da Anatomia.

Após a obtenção dos dados, foi realizada estatística descritiva e os resultados foram apresentados em Tabelas.

3 | RESULTADOS E ANÁLISES

A análise descritiva dos resultados das Questões de 1 a 6 e 12 a 15 estão na forma de Tabelas.

A Tabela 1 mostra resultados relacionados à questão 1 sobre a opinião dos participantes em relação à palestra. Pode-se verificar que não houve unanimidade de opiniões e a maioria considerou a palestra muito boa. Nenhum participante achou a palestra ruim ou péssima. Dos 4 participantes que acharam a palestra regular, 3 emitiram nota oito (Questão 7) e um nota nove; responderam que não saíram com dúvida e também não fizeram nenhuma sugestão.

Resposta	n	%
Regular	4	2,0
Boa	37	18,5
Muito boa	159	79,5
Total	200	100,0

Tabela 1. Frequências das respostas relacionadas à Questão 1 (O que achou da palestra?).

Com relação à questão 2 (Tabela 2), a grande maioria afirmou já ter conhecimento prévio dos assuntos abordados na palestra de onde podemos depreender que muitas vezes as demonstrações práticas no cadáver complementam o conteúdo programático das escolas das redes pública e privada.

Resposta	n	%
Não	29	14,5
Sim	171	85,5
Total	200	100,0

Tabela 2. Frequência das respostas relacionadas à Questão 2 (Você já tinha algum conhecimento prévio sobre os assuntos que foram abordados nessa palestra?).

Na questão 3 (Tabela 3), a grande maioria dos participantes afirmou que não saíram com dúvida da palestra (97%). Dos 6 participantes que apresentaram dúvidas, um citou que não entendeu muito as funções dos sistemas que envolvem o corpo humano, dois relataram dúvidas sobre ossos, um sobre bruxismo, um disse que gostaria de saber de onde vieram as peças que estão no Museu de Anatomia e outro não respondeu qual era a dúvida.

Resposta	n	%
Não	194	97,0
Sim	6	3,0
Total	200	100,0

Tabela 3. Frequência das respostas relacionadas à Questão 3 (Você saiu com alguma dúvida da palestra?)

Na questão 4 (Tabela 4), 95,5% dos participantes afirmaram já haver assistido à aula prática de Anatomia, embora as escolas não tenham em seu acervo material cadavérico.

Resposta	n	%
Não	9	4,5
Sim	190	95,5
Total	199	100,0

Tabela 4. Frequência das respostas relacionadas à Questão 4 (Você já tinha participado de alguma aula prática de anatomia?).

Na questão 5 (Tabela 5), de um total de 197 respondentes, 85,3% acharam a parte prática muito legal e na questão 6 (Tabela 6), 77,5% afirmaram que o monitor apresentou a palestra de forma excelente, 22% afirmaram que foi boa e 1 participante considerou regular, o que nos mostra que podemos melhorar a apresentação para atingir a excelência.

Resposta	n	%
Normal	6	3,0
Legal	23	11,7
Muito legal	168	85,3
Total	197	100,0

Tabela 5. Frequência das respostas relacionadas à Questão 5 (O que achou da parte prática da palestra?).

Resposta	n	%
Regular	1	0,5
Boa	44	22,0
Excelente	155	77,5
Total	197	100,0

Tabela 6. Frequência das respostas relacionadas à Questão 6 (Com relação a seu entendimento, a forma como o monitor explicou a palestra foi:).

Na questão 7, foi solicitado que se atribuísse uma nota de zero a dez para a apresentação da palestra, sendo atribuída média 9,58 (desvio-padrão=0,65). Na questão 8, 100% dos respondentes recomendariam a palestra para um amigo.

As questões 9, 10 e 11 foram abertas. Na questão 9, relacionada ao que mais gostaram na visita ao Laboratório de Anatomia, 50% dos indivíduos afirmaram ter gostado de tudo, 27% de observar o cadáver, 16% da visita ao museu e 7% da palestra. Na questão 10, relacionada ao que menos gostaram na visita, a maioria (78, equivalente a 39%) respondeu que gostou de tudo, nada tendo a reclamar; 21,5% relataram que não teve nada que não gostaram; 14,5% relataram que não gostaram do cheiro do formol. As demais respostas estavam divididas entre pouco tempo de palestra, palestra longa, pouco tempo de parte prática e de ficar muito tempo sentado.

Com relação à questão 11, 100% ficaram sabendo da palestra através da escola onde estudam.

Na questão 12 (Tabela 7), a maioria dos respondentes afirmou que a palestra correspondeu às suas expectativas. Dos nove participantes que responderam que a palestra não correspondeu às expectativas, dois emitiram nota dez para a apresentação da palestra, não deram sugestões, não tiveram dúvidas e saíram muito satisfeitos. Uma possibilidade para a resposta negativa seja o não entendimento à pergunta. Seis dos nove participantes responderam que saíram satisfeitos, um respondeu que saiu nem satisfeito e nem insatisfeito, sendo os sete não apresentaram dúvidas e também não emitiram sugestões. A nota destes, variou entre 8 e 9,5. O não alcance das expectativas pode estar relacionado ao que menos gostaram na palestra, referente à Questão 10. Destes, três relataram que o menos gostaram foi do cheiro do formol, um achou que faltou mais parte prática e que o palestrante falou muito, outro que não gostou de algumas explicações e dois relataram que não houve nada de que não gostaram.

Resposta	n	%
Não	9	4,5
Sim	190	95,5
Total	199	100,0

Tabela 7. Frequência das respostas relacionadas à Questão 12 (A palestra correspondeu às suas expectativas?).

Na décima terceira questão (Tabela 8), a maioria não teve sugestão a respeito da palestra. Dos que emitiram sugestões destaca-se “acho que o cadáver deveria ter partes coloridas, se isso for possível”; “poderia ter aulas de anatomia sem ser na faculdade”; “as Universidades têm que continuar com palestras, pois são ótimas”.

Resposta	n	%
Não	189	95,5
Sim	9	4,5
Total	198	100,0

Tabela 8. Frequência das respostas relacionadas à Questão 13 (Você tem alguma sugestão a respeito da palestra?).

Na questão 14 (Tabela 9), 49,7% gostaram de todas as partes da visita, seguida da observação das peças cadavéricas.

Resposta	n	%
Palestra	13	6,5
Observação das peças	54	27,1
Visita ao museu	33	16,6
Todas	99	49,7
Total	199	100,0

Tabela 9. Frequência das respostas relacionadas à Questão 14 (Qual parte da visita você gostou mais?).

A questão 15 (Tabela 10), a qual estava relacionada ao grau de satisfação com relação às atividades realizadas, observou-se que a grande maioria afirmou retornar à sua escola muito satisfeita (70,9%) ou satisfeita (27,6%), um participante demonstrou-se indiferente (nem satisfeito, nem insatisfeito) e dois responderam que estavam muito insatisfeitos. Das duas respostas “muito insatisfeito”, os dois participantes emitiram nota 10,0 à palestra, acharam a palestra muito boa, não teve nada que não gostaram, não tiveram dúvidas, não fizeram sugestões e relataram que a palestra correspondeu às expectativas.

Acredita-se que os participantes tenham se confundido, pois a resposta “muito insatisfeito” não é coerente com as demais respostas. O participante que saiu indiferente emitiu nota 8,0 à palestra, achou a palestra boa, a parte que mais gostou foi a de ver os corpos, a que menos gostou relatou que houve pouca parte prática e o palestrante falou muito e respondeu que a palestra não correspondeu às suas expectativas.

Resposta	n	%
Muito insatisfeito	2	1,0
Nem satisfeito, nem insatisfeito	1	0,5
Satisfeito	55	27,6
Muito Satisfeito	141	70,9
Total	199	100,0

Tabela 10. Frequência das respostas relacionadas à Questão 15 (Você vai retornar à sua escola:).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O público-alvo saiu bastante satisfeito após a visita e a maioria relatou gostar de todas as atividades. Constatou-se que a observação das peças naturais e inclusive tocar o cadáver é a atividades que mais relatam gostar, quando as atividades são individualizadas. Apesar da grande satisfação dos visitantes, vê-se ainda críticas e possibilidades de melhorar alguns aspectos para que essa atividade extensionista continue colaborando com a comunidade.

REFERÊNCIAS

- Appleton-Knapp, S. L. Krentler, K. A. **Measuring student expectations and their effect on satisfaction: the importance of managing student expectations.** Journal of Marketing Education, Newbury Park, v. 28, p. 254-264, 2006.
- Dias Sobrinho, J. **Avaliação educativa: produção de sentidos com valor de formação.** Avaliação: Revista da avaliação da educação superior, Campinas; Sorocaba, v.13,n.1, p193-207, 2008.
- Folle, A., Pozzobon, M. E., Brum, C. F. **Modelos de ensino, nível de satisfação e fatores motivacionais presentes nas aulas de educação física.** Revista da Educação Física, v.16, n.2, 2.sem, 2005.
- López, A., González, V. **Niveles de Satisfacción por la Clase de Educación física.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires: ano 6, n. 32, março, 2001. <http://www.efdeportes.com/efd32/satisf.htm>
- Pozzobon, M. E., Kohl, D., Spaniol, L. **Satisfação de alunos do ensino médio por aulas de Educação Física.** Revista Digital. Buenos Aires: ano 15, n. 143, abril, 2010. <http://www.efdeportes.com>.

Souza, S. A., Reinert, J. N. **Avaliação de um curso de ensino superior através da satisfação/ insatisfação discente.** Avaliação: Revista da avaliação da educação superior, Campinas; Sorocaba, v.15, n.1., 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772010000100009>

DINIZ, C.W.P.; GUERRA, R.B. **Assimetrias da educação superior brasileira: vários brasis e suas consequências.** 1ª ed. Belém: EDUFPA 2000.

VALLINOTO, I. M. V. C.; ESCOBAR, E. R.; MELO, A. M.; FIGUEIREDO, A. P.; GALÚCIO, A. L. **O Ensino de Anatomia Humana como Ferramenta Metodológica de Promoção da Diminuição das Disparidades Sociais.** Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, 2004.

SOBRE A ORGANIZADORA

LUANA VIEIRA TOLEDO - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF - 2010), com especialização em Gestão de Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria (2013) e mestrado em Saúde Coletiva (2014) pela mesma instituição de ensino. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG - 2020). Atua como professor adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) da área de saúde do adulto e idoso em situações clínicas, cirúrgicas e críticas. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Pós-doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Atualmente tem se dedicado ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão relacionados aos aspectos gerenciais, assistenciais e educativos do cuidado em saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 77, 82, 85, 86, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 183
Anatomia 7, 95, 101, 104, 201, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229
Aparelhos disjuntores 188
Atenção primária 21, 25, 27, 64, 66, 105, 119, 121, 125, 141, 142, 186
Atenção seletiva 4, 87, 88, 89, 92
Atendimento 6, 21, 39, 62, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 121, 127, 128, 130, 186, 202, 204
Atividade física 4, 29, 30, 31, 34, 36, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 89, 91, 92, 93
Atresia maxilar 188, 189, 192, 199
Autocuidado 16, 20, 26, 97, 118, 119, 120, 123, 125
Autoestima 3, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 77, 78, 168

B

Bebidas energéticas 6, 145, 146, 147, 152, 153, 155, 156, 158, 159, 160, 161

C

Cafeína 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 156, 159, 160, 161
Câncer de colo de útero 5, 101, 102, 104, 106, 109, 110
Centro cirúrgico 3, 1, 2, 4, 5, 7, 8
Controle inibitório 4, 87, 88, 89, 92, 93
Corpo humano 100, 152, 175, 221, 223, 225
COVID-19 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 56, 142, 153
Cuidados paliativos 3, 4, 37, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 105
Cultura 7, 42, 52, 96, 97, 118, 119, 120, 173, 202, 203, 204, 206, 207, 208

D

Demandas 24, 51, 52, 55, 127, 128, 130, 173, 174, 177, 184, 185
Diabetes 6, 10, 11, 12, 15, 26, 124, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 186, 187, 210, 212
Dieta do mediterrâneo 209, 210, 211, 212, 214

E

Educação em saúde 4, 20, 21, 64, 94, 95, 98, 115, 133, 216, 219

Enfermagem 6, 1, 2, 9, 10, 23, 24, 25, 26, 27, 41, 49, 55, 56, 85, 94, 95, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 117, 118, 154, 160, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 187, 208, 223, 230

Equipe de assistência ao paciente 2, 4

Escolha profissional 132, 140, 141

Espiritualidade 4, 51, 52, 53, 54, 55, 56

Estimulantes 145, 147, 155, 160

Estratégia saúde da família 10, 11, 12, 13, 15, 66, 126

Estudantes de medicina 6, 132, 136, 140, 143, 144, 145, 158

Eutanásia 57, 58, 60, 61, 63

Exercício físico 3, 29, 31, 34, 35, 81, 89, 91, 92, 93, 147

G

Gravidez 5, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113

H

Higiene bucal 64, 67

Higiene das mãos 2, 4, 5, 8, 9

I

Idosos 2, 3, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 49, 125, 205

Imagem corporal 4, 35, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 86

M

Médicos 38, 44, 60, 132, 133, 137, 138, 141, 142, 184

Morte 4, 20, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 61, 62, 76, 111, 120

N

Nutrição 161, 209, 215

O

Obesidade infantil 73, 75, 76, 83, 84, 85

P

Pandemias 11, 23, 27

Percepção de equidade 127

Pessoas LGBTQIA+ 127

População rural 202

Pré-escolares 64, 66, 67, 68, 69, 93

Promoção da saúde 18, 64, 66, 82, 85, 95, 98, 107, 114, 119

S

Satisfação 7, 34, 35, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 98, 164, 221, 222, 223, 227, 228, 229

Saúde do homem 119, 120, 125

Saúde mental 6, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 27, 29, 101, 104, 111, 126, 143, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 185, 186, 187, 206, 219, 220

Sufrimento 11, 37, 39, 45, 47, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 112, 167, 168, 170, 175, 176, 177, 178, 181, 183, 185

Suicídio assistido 57, 58, 60, 61

T

Terminalidade da vida 51, 54, 57, 58, 60

Ciências da Saúde

em debate

2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Ciências da Saúde

em debate

2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

