



Temas em
Saúde

VOLUME 18

NÚMERO 3

DOI: 10.29327/213319.18.3

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2018

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Fernanda Shizue Nishida
UNICESUMAR - Maringá - PR

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da
Costa Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo
Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte -
MG

Dr. Luciano Augusto de
Araújo Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel
Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues
de Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda
Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de
Albuquerque Pinheiro
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima
FAST - Nazaré da Mata -
PE

Comissão editorial

Carlos B. de Lima
Júnior
Ana Karla B. da Silva
Lima

Contatos

www.temasemsaude.com
contato@temasemsaude.com



Temas em Saúde

Índice

1 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ALGUNS DIÁLOGOS E CAMINHOS POSSÍVEIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PARAÍBA 7

Adriana Maria Macêdo de Almeida Tofóli, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Francisco Carneiro Braga, Karla Kette Dias do Nascimento, Gilsandra de Lira Fernandes

DOI: [10.29327/213319.18.3-1](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-1)

2 CUIDADOS DE SAÚDE BUCAL REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS 19

Ana Carolline Pereira Coutinho Formiga, Hermanda Barbosa Rodrigues, Nilson Neto de Araújo Moraes, Túlio Neves de Araújo, Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro

DOI: [10.29327/213319.18.3-2](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-2)

3 BINGE DRINKING ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UNIVERSIDADES PARTICULAR E PÚBLICA DE UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO 31

Ana Karina Rocha Hora Mendonça, Matheus de Souza Nogueira, Renata Lima Batalha de Andrade, Danilo Xavier Azevedo, Carla Viviane Freitas de Jesus, Sonia Oliveira Lima

DOI: [10.29327/213319.18.3-3](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-3)

4 PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION 56

Gleyce Carolina Santos Cruz, Anna Maria Barreto Silva Fust, Renata de Freitas Dalavia Vale, Lilian de Figueiredo Venâncio, Filipe Soares Quirino da Silva, Michele Feitoza Silva

DOI: [10.29327/213319.18.3-4](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-4)

5 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE NO SUS 72

Kévia Katiúcia Santos Bezerra, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral, Rozane Pereira de Sousa, Sonally Yasnara Sarmiento Medeiros Abrantes



Temas em Saúde

DOI: 10.29327/213319.18.3-5

6 RELIGIOSITY AND LIFESTYLE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 85

Sônia Elzi Alves dos Santos Sena Pereira, Gina Andrade Abdala, Maria Dyrce Dias Meira, Maria Cecília Leite de Moraes

DOI: 10.29327/213319.18.3-6

7 CONHECENDO AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR GRUPOS ANTITABAGISMO 104

Pâmela Scarlatt Durães Oliveira, Aparecida Rosângela Silveira, Gabriela Luize Guimarães Sanches, Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda, Leonardo de Paula Miranda, Adriana Barbosa Rodrigues

DOI: 10.29327/213319.18.3-7

8 AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: COMPREENDENDO SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS 120

Amanda Albino dos Santos, Daniela Ribeiro Barros, Brunno Marcondes de Lima, Tamiris da Costa Brasileiro

DOI: 10.29327/213319.18.3-8

9 SÍFILIS MATERNA E SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR 148

Ana Paula Ferreira Holzmann, Sônia Maria Oliveira de Barros, Carla Silvana de Oliveira e Silva, Dulce Aparecida Barbosa

DOI: 10.29327/213319.18.3-9

10 FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA 178

Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira Torres, Franciele Ornelas Cunha, Jaqueline Teixeira Teles Gonçalves, Silvério de Almeida Souza Torres, Henrique Andrade Barbosa, Carla Silvana de Oliveira e Silva

DOI: 10.29327/213319.18.3-10



Temas em Saúde

11 CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA **195**

Kévia Katiúcia Santos Bezerra, Marília Gurgel Costa, Luiz Felipe Abrantes Sarmiento, Mayra Martins Melo, Giliara Carol Diniz Gomes de Luna, Edineide Nunes da Silva

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

12 INFLUÊNCIA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA AUTOESTIMA DOS PACIENTES **218**

Luiz Henrique Ledesma Pereira, Laura Ferreira Rezende

DOI: [10.29327/213319.18.3-12](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-12)

13 EFFECTS OF WALKING ON QUALITY OF LIFE DURING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER **233**

Rebeca Garcia Rosa Ferreira, Laura Ferreira de Rezende

DOI: [10.29327/213319.18.3-13](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-13)

14 PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE **245**

David Michel de Oliveira, Daniel dos Santos, Daniel Cortes Beretta, Eliane Aparecida de Castro, Markus Vinícius Campos Souza, Cléria Maria Lobo Bittar

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

15 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL DA CIDADE DE CAICÓ-RN **271**

Diana Daiane da Silva, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Alessandra Layani Faustino de Andrade, Elis Bezerra Araújo, Apoliana Ferreira de Araújo

DOI: [10.29327/213319.18.3-15](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-15)

16 SENSIBILIDADE DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG EM IDOSOS RESIDENTES EM SERRA TALHADA-PE **297**



Temas em Saúde

Fernanda Adriana da Silva, Luciana Ângelo Bezerra, Lídia Pinheiro da Nóbrega, Welma Emidio da Silva

DOI: [10.29327/213319.18.3-16](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-16)

17 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE SERTANEJA 315

Jaqueline Nogueira Crispim Leite, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Emanuel Costa de Melo, Taciana Raquel Silva Sobreira, Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá

DOI: [10.29327/213319.18.3-17](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-17)

18 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR 333

Maria de Fátima Sousa Sobreira, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Jonas Oliveira Menezes Júnior, Kassandra Batista Marques de Albuquerque, Claudia Luciana Mascena de Sousa Veras

DOI: [10.29327/213319.18.3-18](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-18)

19 MULHERES E O USO/ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS: ANÁLISANDO SUAS IMPLICAÇÕES 350

Daniel Sarmiento Bezerra, André Ricardo Bezerra Bonzi, Ana Karla Bezerra da Silva Lima

DOI: [10.29327/213319.18.3-19](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-19)

20 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PÚBLICO NO SERTÃO PARAIBANO 361

Sinony Sousa Sobreira, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Samira Alves Braga, Edjane Leite Santos, Mauricelia Moreira de Abrantes Cartaxo

DOI: [10.29327/213319.18.3-20](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-20)

21 IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: PERSPECTIVAS LITERÁRIAS 381



Temas em Saúde

Talita Graziela Reis Melo, Maura Vanessa Silva Sobreira

DOI: [10.29327/213319.18.3-21](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-21)

22 EFEITOS DA DIETA HIPERLÍPIDICA SOBRE O SISTEMA HEPÁTICO NA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA EXPERIMENTAL **405**

Glauber Melo de Araújo, Leonardo Ribeiro de Moraes Ferreira, Luiz Henrique Ribeiro de Moraes Ferreira, Mateus Ribeiro Fernandes Teixeira, Juliana de Melo Figueiredo

DOI: [10.29327/213319.18.3-22](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-22)

23 AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO **427**

Gabriela Decurcio Cabral, Aline Cristina Batista Resende de Moraes, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu

DOI: [10.29327/213319.18.3-23](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-23)

24 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS EM MONTES CLAROS/MG **445**

Marcello Costa Barros, Bianca Nunes Dias, Juliana Dias, Thais da Cunha Barros, Jaqueline Teixeira Teles Gonçalves, Marcos Vinícius Macedo de Oliveira

DOI: [10.29327/213319.18.3-24](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-24)

25 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES **461**

Surellyson Oliveira Pereira da Silva, Julie Helene de Xerez Miranda Felix, Edineide Nunes da Silva, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Ocilma Barros de Quental

DOI: [10.29327/213319.18.3-25](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-25)



Artigo

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ALGUNS DIÁLOGOS E CAMINHOS
POSSÍVEIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PARAÍBA**

**TEACHING-SERVICE INTEGRATION: SOME DIALOGUES AND POSSIBLE
PATHWAYS OF HEALTH EDUCATION IN PARAÍBA**

Adriana Maria Macêdo de Almeida Tofóli¹

Francisco Andesson Bezerra da Silva²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Francisco Carneiro Braga⁴

Karla Kette Dias do Nascimento⁵

Gilsandra de Lira Fernandes⁶

¹Nutricionista, especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva, e-mail: dricamacedotofoli@gmail.com.

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Matemático e Pedagogo, do Sistema Prisional da Paraíba, especialista em Educação Matemática, pós-graduando em Docência do Ensino Superior, e-mail: fmendes0106@gmail.com.

⁵Enfermeira, especialista em Urgência e Emergência, Coordenadora do Posto de Coleta de Leite Humano, no Hospital Regional de Sousa, e-mail: karlakette@hotmail.com.

⁶Enfermeira, especialista em Auditoria em Serviço de Saúde, e-mail: gilsandrafernandes@hotmail.com.



INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ALGUNS DIÁLOGOS E CAMINHOS POSSÍVEIS DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE NA PARAÍBA

DOI: 10.29327/213319.18.3-1

Páginas 5 a 18

Artigo

RESUMO - O artigo apresenta uma reflexão sistemática e documental acerca da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado da Paraíba, diante de sua implantação e implementação, sua configuração, os caminhos percorridos para sua efetivação, seus avanços e desafios. Analisando como tem se dado os processos de Educação Permanente no Estado, como estão organizados e suas implicações nos serviços/cenários de prática e ainda como a CIES, enquanto instância organizativa, vem desenvolvendo suas ações e como essa e outras questões tem implicado diretamente no desenvolvimento dessa política no Estado da Paraíba (PB).

Palavras-chave: Educação Permanente. CIES. Paraíba.

ABSTRACT - The article presents a systematic and documentary reflection on the Permanent Health Education Policy (EPS) in the State of Paraíba, in view of its implementation and implementation, its configuration, the paths taken to make it effective, its advances and challenges. Analyzing how the processes of Permanent Education in the State have been given, how they are organized and their implications in the services / practice scenarios and also how CIES as an organizational entity, has been developing its actions and how this and other issues have directly involved in the development of this Policy in the state of Paraíba (PB).

Keywords: Permanent Education. CIES. Paraíba.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), instituída através da Portaria Ministerial nº198/2004, caracteriza-se enquanto proposta ético-político-pedagógica, como possibilidade de transformação e qualificação da assistência à saúde, dos processos formativos, das práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar.

Neste aspecto, por entender a necessidade de uma maior compreensão da PNEPS e qual a sua dimensão e implicação nos cenários nacional, estadual e municipal, se faz



INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ALGUNS DIÁLOGOS E CAMINHOS POSSÍVEIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PARAÍBA

DOI: 10.29327/213319.18.3-1

Páginas 5 a 18

Artigo

necessário acumular informações suficientes, capazes de corroborar com a efetivação da política e todas as suas dimensões.

Neste sentido, o presente trabalho irá discorrer a partir de uma reflexão sistemática e documental acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado da Paraíba, diante de sua implantação e implementação, sua configuração, os caminhos percorridos para sua efetivação, seus avanços e desafios.

Corroborando com estes objetivos, analisaremos o que vem ocorrendo nos processos de Educação Permanente no Estado, suas implicações nos serviços/cenários de prática e ainda como sua instância organizativa, a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), vem desenvolvendo suas ações e como essa e outras questões tem implicado diretamente no desenvolvimento dessa política no Estado da Paraíba (PB).

Compreendendo o papel do Centro Formador de Recursos Humanos do Estado da Paraíba (CEFOR-RH) e a aproximação direta da autora nesse espaço, enquanto servidora pública estadual na função de Coordenadora Estratégica⁵ da I e II Macrorregiões de saúde,

⁵A Coordenação Estratégica é o setor responsável pela gestão da PNEPS na Paraíba. Essa função surgiu a partir da necessidade de se ter uma referência para o acompanhamento dos cursos descentralizados, mas a partir de 2013, com a organização da Coordenação Pedagógica, assumiu completamente a gerência da EPS no estado. De acordo com o RI-2015 (CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA PARAÍBA, 2015b, p. 9-10), são competências específicas da Coordenação Estratégica: articular e acompanhar as ações de EPS no Estado por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), da execução dos Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) e fomentar a regionalização das atividades de EPS nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Além disso, deve promover, participar e apoiar reuniões, congressos, oficinas e demais eventos relacionados à EPS; promover ações que fortaleçam a relação das Instituições de Ensino conveniadas com os serviços de saúde da gestão estadual; orientar as instituições de ensino e os serviços de saúde para regulamentação dos convênios e a pactuação de estágios, pesquisas e extensão nos cenários de prática; integrar as Comissões das Residências Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) exercendo as atribuições estabelecidas pelo regimento interno de cada comissão; orientar e apoiar a criação e funcionamento de Núcleos de Educação Permanente nos serviços de saúde da gestão estadual; gerenciar a plataforma virtual da Rede Escola SUS-PB; realizar



Artigo

torna-se relevante abordar nesse artigo, a partir do viés do monitoramento e da avaliação, os caminhos percorridos pela escola nos espaços de discussão das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) no nosso Estado. Como se tem efetuado esses processos e suas contribuições para o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente em Saúde.

Desta forma, a discussão sobre a temática aqui apresentada se efetua pela necessidade da autora em compreender melhor o espaço de Gestão a qual a mesma se encontra inserida, e ainda buscar detalhar os processos da macro e da micropolítica realizadas com a intenção de instituir a EPS no Estado, e outras ações realizadas, uma vez que não há registros escritos suficientes que explique esses processos.

Diante do percurso trilhado neste trabalho, analisamos a trajetória das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Paraíba entre os anos de 2011-2017, tomando como base um material já elaborado anteriormente intitulado “Integração ensino e serviço em saúde na Paraíba”, que apresenta informações até o ano de 2015. Iremos fazer um comparativo entre os dados descritos no referido trabalho e a realidade atual. Desta forma, caracterizamos a partir das CIES o fortalecimento da Política de Educação Permanente do Estado da Paraíba, descrito através de suas ações e conseqüentemente sua implicação, fragilidades, avanços e desafios. Apontamos também os inéditos-viáveis para o fortalecimento da CIES e a efetivação da política de Educação Permanente no Estado.

A relevância de tal pesquisa pode ser evidenciada devido a PNEPS ser caracterizada como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde, apresentando o SUS enquanto ordenador da formação. Esta política traz em seu cerne a ideia de transformar/reformular os processos de trabalho, garantindo o acesso e melhoria dos serviços, a partir de uma relação dialógica, compreendendo a necessidade de implicação dos sujeitos, na perspectiva do empoderamento para a transformação da realidade.

Portanto, acreditamos que esse trabalho possa trazer novas reflexões sobre os referidos processos, confrontando diálogos iniciais com os mais atuais e suas diferenças, considerando ainda o cenário político atual, abordando suas fragilidades e possibilidades. Buscando uma releitura que aponte caminhos possíveis através do que Paulo Freire

avaliações periódicas das ações da Educação Permanente em Saúde no estado (RODRIGUES,2016)



Artigo

(1987) chama de inéditos-viáveis. E a partir disso implementar ações que fortaleçam e promovam a política estadual de educação permanente no Estado da Paraíba.

MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido na perspectiva da pesquisa qualitativa, a qual pode ser compreendida, como diz Minayo (2010, p. 57), como “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos”.

Utilizamos como técnica de coleta de dados, a pesquisa documental como fonte confiável de dados. Neste aspecto, a pesquisa documental, segundo Minayo (2010), é uma técnica decisiva para pesquisas que envolvem objetos das ciências sociais e humanas.

A pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, etc), notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos (SANTOS, 2000).

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

Portanto, consideramos a pesquisa documental como uma técnica importante, que tem como objeto de análise documentos, atualizados ou não, desde que considerados autênticos.

Esta pesquisa foi feita a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos relacionados ao CEFOR-RH, considerados cientificamente autênticos, cuja publicação dataram do período de 2004 a 2016. Foram utilizados artigos científicos, leis e portarias que dialogaram com a temática aqui explicitada e que apresentaram relevância junto ao tema, como por exemplo, portarias e resoluções inerentes ao CEFOR-RH desde a sua fundação, bem como os que atualmente estão vigência em relação a Educação Permanente, Educação Profissional, dentre outros. Estes documentos foram selecionados a partir do critério de relevância e aproximação com o tema, que constem no acervo da biblioteca ou no arquivo do próprio serviço.



Artigo

RESULTADOS

O CEFOR-RH/PB foi institucionalizado por meio da Lei nº 5.871 de 11 de abril de 1994. Sua atuação que no início foi bastante específica quanto a necessidade técnica nos serviços, tem buscado desde o início do primeiro mandato da atual gestão (Governador Ricardo Coutinho) desenvolver habilidades técnicas e pessoais que coadunem para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, contribuindo efetivamente para a melhoria do SUS no Estado.

Para além das formações tecnicistas, o processo de formação que vem se desenvolvendo no CEFOR-RH tem considerado as características e necessidades específicas das diversas regiões de saúde. Buscando ainda no seu processo de trabalho interno estimular a reflexão sobre as ações desenvolvidas, levando a sério a “práxis” como elemento intrínseco da dinâmica do serviço, para que se possa compreender a existência e a qualificação profissional a partir da relação entre subjetividade e objetividade.

O CEFOR-RH se qualifica enquanto Escolas Técnicas do SUS – ETSUS. Neste aspecto, segundo Galvão (2009), as ETSUS são:

[...] instâncias formadoras criadas para dar respostas às necessidades de preparação de pessoal, um grande contingente de nível técnico e básico para o setor de saúde; espaços político-pedagógicos, formalmente instituídos, onde são desenvolvidos, de forma ordenada e sistemática, processos formativos do profissional-cidadão e do cidadão-profissional-trabalhador. ‘Eu tenho que pensar em uma escola para o cidadão, o profissional, o trabalhador; mais do que instrumentalizar’ (p. 61).

A partir da Portaria nº 620/GS/SES/2009 (PARAÍBA, 2009), que normatiza a gestão estadual da política de educação permanente em saúde, o CEFOR-RH, até então atuando prioritariamente na qualificação dos trabalhadores do SUS da Paraíba e responsável pela educação profissional de nível técnico, assumiu também a responsabilidade de gerir, articular e executar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado, colaborando com as Comissões Intergestores Regionais



Artigo

(CIR) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para conformar as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). A função seria construir os Planos de Educação Permanente em Saúde e implantar as estratégias de organização dos cenários de prática, instituindo os fluxos de estágio entre as Instituições de Ensino e os serviços de saúde, denominadas de Rede Escola.

No entanto, a EPS na Paraíba teve início ainda em 2003 através da realização de oficinas de Educação Permanente em Saúde, cujo objetivo era a implantação da política e a construção do Plano Inicial de Ação Estratégica da Paraíba para 2004 – Pólo EPS-SUS/PB. Com isso, foi disparado no Estado a necessidade de identificar nos serviços a demanda de formação para os profissionais do serviço, no serviço (Paraíba, 2008).

A partir daí a PNEPS vem sendo desenvolvida e ancorada em todas as ações realizadas pelo CEFOR-RH/PB, como arcabouço principal para a efetivação e ampliação das mesmas. As ações vem se fortalecendo a partir da perspectiva de melhoria do acesso aos serviços e qualidade da atenção, com o estímulo a participação efetiva dos diversos atores que compõem o processo formativo no SUS e para o SUS, difundindo assim a ideia da corresponsabilização de todos.

O desenvolvimento da PNEPS no Estado tem se efetuado basicamente a partir das CIES macrorregionais, que são em número de quatro (04) no Estado. Estas instancias têm se mostrado como espaços potentes para discussão dos temas que envolvem a EPS. As CIES na Paraíba apresentam a mesma composição já proposta a nível nacional, onde devem estar presentes a representação de gestão, das Instituições de Ensino (IE), estudantes, trabalhadores e comunidade/movimentos sociais/controle social (BRASIL, 2007).

O espaço da CIES é um espaço bastante rico no que se refere a discussão dos temas pertinentes a EPS, porém este se caracteriza com espaço apenas consultivo, tendo que se reportar diretamente ao espaço deliberativo que seriam as CIR's. Estão presentes de forma efetiva nas CIES as representações da gestão, IE (nível técnico e superior) e trabalhadores (BRASIL,2007).

Alguns pontos relativos ao funcionamento e composição das CIES, vale à pena destacar, uma vez que, sua atuação tem se mostrado promissora no tocante ao desenvolvimento da EPS.

Para iniciar essa discussão destacamos a incipiente participação dos gestores municipais que compõem a região de saúde. Na experiência da Paraíba os gestores municipais pouco tem se envolvido nas discussões da EPS. Alguns enviam representações



Artigo

que muitas vezes fazem o papel apenas de ouvintes, pois não estão em função de destaque na gestão e com isso não possuem poder de mando ou decisório. Muitas vezes o próprio processo de repasse das informações é comprometido pela falta de oportunidade de dialogar com o gestor municipal. Desta forma muitos dos encaminhamentos tirados na CIES perdem sua efetividade devido ao pouco interesse da gestão acerca do tema. Em outros momentos observou-se uma participação interessante dos gestores municipais quando a pauta considerava aspectos financeiros e aplicação de recursos. Após esse período, a participação voltou a ser reduzida ou inexistente.

Isso ficou fortemente evidenciado com a descentralização dos recursos da EPS. Este fato movimentou as macrorregiões de saúde em torno da discussão da temática, como e onde seriam empregados os recursos e qual município operacionalizaria. Desta forma, o principal mérito do processo foi a reorganização da pactuação para a execução dos recursos. Não sendo isto suficiente para resolver as fragilidades da EPS no Estado e nem da integração ensino-serviço.

Outro ponto que observamos como frágil no funcionamento das CIES foi a ausência do controle social. Penso que isso fragiliza o processo de condução da EPS no Estado, tendo em vista que representações extremamente relevantes não estão sendo ouvidas nesses espaços. Ao analisar o motivo dessa ausência – a partir da inserção nestas instâncias - identificamos que a dificuldade de aproximação do controle social tem se dado em vários espaços de gestão, que pode ser causado pela fragilidade das relações entre serviço/comunidade/gestão.

Além da comunidade outra representação que tem pouca ou nenhuma inserção no espaço da CIES é a de estudantes. Em alguns momentos já tivemos uma participação satisfatória em algumas macrorregiões, mas esta acaba sendo atropelada pela necessidade de cumprimento de carga horária curricular bastante extensa da saúde, o que inibi a participação destes.

A participação dos demais membros das CIES também encontra-se em um momento de fragilidade, tendo em vista que em dado momento esses espaços de discussão tendem a se despotencializar. Nesse caso alguns fatores estão interligados, ou seja, algumas questões se sobrepõem e acabam interferindo de forma direta no funcionamento desse espaço. Algumas vezes são questões da dinâmica de vida pessoal dos atores ou o momento político do país e/ou Estado e/ou região.

No caso das CIES da Paraíba, muitas são as variáveis que corroboram para esse fato. Na esfera federal tivemos recentemente um “golpe de estado” que teve interferência



Artigo

direta em processos que estavam sendo tocados nas CIES, a exemplo do COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde) que vinha sendo amplamente discutido e devido a mudança de governo, nada mais nesse sentido teve encaminhamento. Até mesmo a referência nacional, que era o Apoiador do Ministério, responsável por fomentar coletivamente e incentivar a discussão nos municípios foi destituído do cargo e o mesmo aparentemente foi extinto.

Outro fator que contribuiu para a fragilidade desse espaço foi a ampla mudança dos gestores no nosso estado. Tivemos mudança de gestores municipais em mais de 80% das regiões e conseqüentemente mudança de secretários de saúde na mesma proporção ou mais, onde muitos, quiçá todos, não tem nenhuma aproximação com a EPS.

No entanto, apesar desse cenário frágil e despotencializador, a gestão estadual visando o fortalecimento das CIES Macrorregionais e da PNEPS, tem discutido amplamente, através do CEFOR-RH, estratégias possíveis para o enfrentamento dessas fragilidades, o que Paulo Freire (1987) nos apresenta como “inéditos-viáveis”, aquilo que ainda não é, mas que pode ser.

Uma das categorias mais importantes, porém pouco discutida, levantadas por Paulo Freire na sua obra “Pedagogia do Oprimido” é a categoria do “inédito-viável”, nela podemos nos identificar enquanto seres que inevitavelmente, com muita ou pouca clareza, são conscientes e conhecedores de suas condições e de sua liberdade, com isso identificam suas barreiras ou limitações, que o autor chama de “situações-limites”, e que podem ser encarradas de várias formas, a depender de como se percebem. Se encarradas criticamente, as “situações-limites” estimulam um agir crítico, movido pela esperança e confiança.

Nessa perspectiva de um sonho utópico que existe, mas que só será possível a partir de uma práxis libertadora, que passa pela ação dialógica e pedagógica do cuidado. O “inédito-viável” é na verdade uma coisa/situação inédita, ainda não claramente vivida ou conhecida mas, sonhada pelos que pensam utopicamente.

Buscando refletir sua responsabilidade e comprometimento com o fortalecimento da EPS e PNEPS no Estado, o CEFOR-RH vem buscando sensibilizar através de algumas ações todos os atores envolvidos no processo da Educação Permanente, apostando na corresponsabilização dos sujeitos implicados nessa realidade, conscientes e reflexivos.

Desta forma uma das grandes apostas do Estado/CEFOR-RH é no crescente diálogo entre a Educação Permanente e a Educação Popular no tocante ao fortalecimento e facilitação dos diálogos propostos. Uma vez que, a Educação Permanente em Saúde



Artigo

propõem uma transformação das práticas profissionais, embasada em uma reflexão crítica dos processos de trabalho, ou seja, o encontro entre a formação e o mundo do trabalho. E a Educação Popular valoriza o saber popular, compreendendo a educação como um processo de construção coletiva, a partir de trocas de experiência, valorizando o saber popular e sua cultura, sendo uma ferramenta eficaz nas mudanças de práticas antigas e tradicionais capaz de construir novas relações e impulsionar mudanças sociais. Como ação efetiva nesse sentido, o CEFOR-RH tem participado de maneira contundente do Comitê Estadual de Educação Popular em Saúde, na figura de alguns profissionais do seu quadro.

Além disso, na busca por tentar dirimir os “limites” que se apresentam, o CEFOR-RH tem intensificado sua atuação nos espaços de gestão (CIR's e CIES), buscando pautar sempre a EPS/EP enquanto estratégia de superação dos entraves na gestão do SUS. Para isso, possui a parceria dos Apoiadores Institucionais, enquanto profissionais que contribuem para a qualificação dos espaços de gestão da saúde do estado.

Na tentativa de garantir uma melhor participação dos novos gestores nas CIES, o CEFOR-RH através dos seus Coordenadores Estratégicos tem buscado envolver estes gestores dentro da temática. Para isso, propôs a realização de reuniões de acolhimento a esses novos gestores, com o intuito de promover uma maior compreensão do contexto da EPS, suas ações, atuação e recursos, para que assim, possa-se contar com a participação efetiva desses gestores e conseqüentemente promover avanços. Porém, essa aproximação não expressou efeito em algumas CIES.

A ação denominada de acolhida da CIES aos novos gestores, realizada no primeiro semestre desse ano não logrou o êxito esperado. Tivemos em algumas regiões um bom número de participantes, mesmo que em sua maioria não fossem gestores e sim suas representações, já em outras regiões a adesão foi baixa. Desta forma, fica a expectativa gerada com a iniciativa desses encontros, que era sensibilizar os gestores quanto a importância da EPS e sua implicação direta na qualidade dos serviços e do acesso, além da necessidade da operacionalização dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que estão parados em várias regiões desde a última gestão. Inviabilizando assim o desenvolvimento do plano.

CONCLUSÕES



INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ALGUNS DIÁLOGOS E CAMINHOS POSSÍVEIS DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE NA PARAÍBA

DOI: 10.29327/213319.18.3-1

Páginas 5 a 18

Artigo

O desafio proposto nesse trabalho foi de apresentar algumas reflexões sobre como tem se efetuado a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na Paraíba, buscando elucidar questionamentos, evidenciar entraves e apontar possibilidades de solução para os limites encontrados.

Ainda que esta síntese não se proponha a ser um produto acabado, o que se segue representa um ensaio para futuras discussões. Como ponto de partida, retomam-se algumas das limitações e potencialidades identificadas no processo ao longo do texto.

Nesta análise, sobre o processo de implantação de EPS na Paraíba, foi possível identificar as mais variadas ações no sentido de garantir a implementação dessa política, a partir da atuação direta do CEFOR-RH com o apoio da gestão estadual e dos parceiros presentes nas CIES/Rede Escola SUS. Observamos que muito se avançou desde a implantação dessa política no estado, em especial nos anos entre 2007 e 2011, período em que o governo federal mais repassou recurso da EP para estados e/ou municípios no Brasil.

Reforçamos também na nossa reflexão que estes recursos foram importantes para que a PNEPS fosse difundida em todo o estado, além de contribuir para a ampliação das formações em saúde em outros municípios além das principais cidades do estado. Mas, isso não foi suficiente para garantir a participação/colaboração dos gestores municipais no espaço das CIES. Um fato curioso é que mesmo após determinação, através das instâncias decisórias do estado (CIB e CIR), de descentralização dos recursos, este não vem sendo operacionalizado, o que promove certo questionamento já que o dinheiro está disponível.

A participação precária dos gestores e da população (controle social) nos aponta a fragilidade e precariedade em articular parcerias na gestão e para além dela, o que compromete o processo.

A CIES vem se tornando um espaço cada vez mais potente para as discussões da EPS, mesmo com as fragilidades dos processos de parcerias, pois vem sempre se pautando em ações de superação dos limites enfrentados, buscando a melhoria e qualidade dos serviços e da formação. Buscando ainda seu fortalecimento enquanto espaço formativo na gestão do SUS, tem proposto ações de educação permanente nos seus encontros mensais.

É preciso incentivar cada vez mais o controle social a esta junto das atividades que são realizadas em EPS, bem como estudantes e demais representações evidenciando o compromisso com a participação popular. Penso que a CIES enquanto espaço de



Artigo

discussão, possa incentivar aos parceiros das IE's participantes a incentivar os seus estudantes a esta presente nesse espaço, reforçando sua relevância e importância nas decisões tomadas com relação aos campos de estágio e formação em geral no SUS.

Outro aspecto a ser considerado como relevante a ser discutido nesse trabalho é a rotatividade dos gestores municipais e da saúde dos municípios, o que contribui para a morosidade das tomadas de decisão. É preciso pensar alternativas possíveis para o envolvimento desses gestores no tocante a temática e participação nos espaços de discussão.

Nessa perspectiva os inéditos-viáveis são o que podemos chamar de caminhos possíveis a serem explorados. A exemplo da parceria entre a Educação Permanente e a Educação Popular, na busca por mudanças positivas nas relações de formação e serviço.

Desta forma sigamos na perspectiva de engrossar nossas fileiras na luta por um SUS melhor para todos, empenhados em colocar em prática os nossos “inéditos-viáveis”, como estratégia/ferramenta de superação das nossas “situações-limites”

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria GM/MS N° 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. **Portaria GM/MS n° 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília: Senado Federal, 2006.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Ministério da



Artigo

Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente. Out./2015.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/323-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/12-gestao-da-educacao/20063-politica-nacional-de-educacao-permanente>> Acesso em: 19/05/2018.

CEFOR-RH/SES-PB. **Rede Escola SUS-PB.** Disponível em: <<https://cefopb.wordpress.com/convenios/>>. Acesso em: 18/05/2018.

CECCIM, R. B. Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: entrevista. **Formação**, jan./abr., 2003, v. 3, n. 7, p. 113-120.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva v.10 n.4. Rio de Janeiro Oct./Dec. 2005.**

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17^o ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1987.

_____, **Educação como prática da liberdade.** 34^o ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo, EPU, 1986. Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/1605>> Acesso em: 18/05/2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

PARAÍBA. **Portaria SES/PB nº 620/09.** Dispõe sobre a normatização da Educação Permanente em Saúde do Estado da Paraíba. Publicada no DOE, em 15 de set. de 2009.

_____. **Portaria CIB/PB nº 1230, de 04 de maio de 2010.** Alterar a Resolução nº 1135 de 07 de dezembro de 2009, onde a Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES, passará a ter a seguinte composição.



Artigo

_____. **Portaria CIB/PB nº 1223, de 04 de maio de 2010.** Aprovar a criação e composição das Comissões Regionais Permanentes de Integração Ensino Serviço Regionais - CIES, sendo uma por Macrorregião de Saúde.

_____. **Portaria CIB/PB nº 54, de 04 de junho de 2013.** Aprovar a descentralização dos recursos orçamentários de Educação Permanente para os municípios, conforme anexo I desta resolução. Disponível em: < <http://paraiba.pb.gov.br/wp-content/uploads/2013/02/Resolu%C3%A7%C3%A3o-54-Descentraliza%C3%A7%C3%A3o-dos-Recursos-O.-E.-P3.pdf>>. Acesso em: 18/05/2018.

_____. **Formando trabalhadores para o Sistema Único de Saúde: Rede Escola SUS-PB.** João Pessoa: CEFOR, 2014.

_____. **Implementação da Política de Educação Permanente na Paraíba.** Disponível em: < <http://www.saude.pb.gov.br/site/nota/agendaEPS.doc> > Acesso em: 18/05/2018.

_____. **Serviços de Saúde e instituições de ensino avaliam a Rede Escola SUS-PB.** Disponível em: < <http://paraiba.pb.gov.br/servicos-de-saude-e-instituicoes-de-ensino-avaliam-a-rede-escola-sus-pb/> > Acesso em: 18/05/2018.

RODRIGUES, M. L. V. Inovações no Ensino Médico e Outras Mudanças: Aspectos Históricos e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Editorial 2). Medicina, Ribeirão Preto 2016 jul./set.; (35):231-235.

RODRIGUES, P. A. L. **Perspectiva político-pedagógica do cefor-rh/pb: implicações e desafios dentro da comunidade escolar.** Disponível em: < http://www.posgraduacao.epsjv.fiocruz.br/upload/TCC/tcc_123.pdf > Acesso em: 18/05/2018.

SANTOS, A. R. **Metodologia Científica:** a construção do conhecimento. 4º Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 144p. 1



Artigo

CUIDADOS DE SAÚDE BUCAL REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

ORAL HEALTH CARE PERFORMED BY NURSING PROFESSIONALS IN HOSPITALIZED PATIENTS

Ana Caroline Pereira Coutinho Formiga¹

Herminda Barbosa Rodrigues²

Nilson Neto de Araújo Morais³

Túlio Neves de Araújo⁴

Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro⁵

RESUMO - O presente estudo avaliou o conhecimento dos profissionais da enfermagem do Hospital Regional Senador Rui Carneiro de Pombal em relação aos cuidados com a saúde bucal de pacientes internos. Através do questionário contendo 07 questões objetivas e subjetivas, abordando a avaliação dos métodos de higiene bucal aplicados durante o período de hospitalização. Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais das variáveis do questionário sobre cuidados com a saúde bucal de pacientes internados. Todas as análises foram feitas usando o software IBM SPSS versão 20.0. Com

¹ Cirurgiã-Dentista pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil; carolcouthino.pb@gmail.com;

² Docente do curso de Bacharelado em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. Doutora em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP.; mandinhabelle@hotmail.com;

³ Médico e Docente do curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil; drnneto@gmail.com;

⁴ Docente do curso de Especialização em Implantodontia das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. Mestrando em Implantodontia pela Universidade São Leopoldo Mandic, Campinas-SP.; tulio_dearaujo@hotmail.com;

⁵ Docente do curso de Bacharelado em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. Doutora em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP.; sammiaanacletoo@hotmail.com.



Artigo

isso observou-se que o método de higiene bucal mais aplicado no período de hospitalização foi limpar a cavidade com gaze e solução antisséptica bucal, sendo a solução antisséptica bucal mais utilizada foi o Cepacol (cloreto de cetilpiridíneo) e faz-se necessário o acompanhamento dos cuidados com a saúde bucal de crianças, adultos e idosos hospitalizados, visando à sua manutenção. Sendo necessário o acompanhamento por um cirurgião dentista habilitado em Odontologia Hospitalar havendo interação das equipes médica-enfermagem-odontologia e outras áreas afins, buscando melhorias na assistência à saúde bucal desses pacientes internos. Concluiu-se que o conhecimento dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional Senador Rui Carneiro da cidade de Pombal- PB é bom, em relação aos cuidados com a saúde bucal de pacientes internos.

Palavras-chave: Conhecimento. Enfermeiros. Saúde Bucal.

ABSTRACT - The present study evaluated the knowledge of the nursing professionals of the Regional Hospital Senador Rui Carneiro of Pombal-PB in relation to the oral health care of internal patients. Through the questionnaire containing 07 objective and subjective questions, addressing the evaluation of oral hygiene methods applied during the hospitalization period. Initially, the descriptive statistical analysis was performed aiming to characterize the sample. The absolute and percentage frequencies of the variables of the questionnaire on oral health care of hospitalized patients were calculated. All analyzes were carried out using IBM SPSS software version 20.0. It was observed that the oral hygiene method used during the hospitalization period was to clean the cavity with gauze and antiseptic buccal solution based on cetylpyridinium chloride (CepacolTM) and follow-up was necessary of the oral health care of hospitalized children, adults and elderly, with a view to their maintenance. It is necessary the accompaniment by a dental surgeon qualified in Hospital Dentistry with interaction of the medical-nursing-dentistry and other related areas, trying to obtain improvements in the oral health care of these patients. It was concluded that the knowledge of the nursing professionals of the Regional Hospital Senador Rui Carneiro of the city of Pombal-PB is good, in relation to the oral health care of internal patients.



Artigo

Keywords: Knowledge. Nurses. Oral Health.

INTRODUÇÃO

Qualquer indivíduo está sujeito a uma internação hospitalar seja ele homem ou mulher, criança ou idoso, independente da sua condição social e econômica. Pacientes hospitalizados necessitam de cuidados especiais, devido a sua saúde debilitada, para não agravar o quadro clínico inicial desses pacientes o hospital deve possuir uma equipe multiprofissional que seja capaz de oferecer uma assistência completa e integral (GONDIM et al., 2012).

A odontologia em conjunto com uma equipe multidisciplinar, não deve abordar apenas os cuidados com a cavidade bucal, e sim, o estado de saúde do paciente como um todo, uma vez que a saúde bucal só estará em harmonia se a saúde geral do paciente estiver adequada. Atualmente, os profissionais de saúde possuem destaque na sociedade, buscando efetivamente a promoção em saúde através da formação de equipes multidisciplinares voltadas para a prevenção (GODOI et al., 2009).

No âmbito hospitalar os cuidados de higiene, incluindo a higiene bucal, é um dever da equipe técnica de enfermagem, sob orientação dos enfermeiros e médicos responsáveis. Vários aspectos impedem que os pacientes hospitalizados façam sua própria higienização, como por exemplo, os que necessitam de ajuda para sua higiene em virtude do seu estado de saúde debilitado. Também são observados o tipo e a consistência da alimentação hospitalar, bem como a redução na produção de saliva provocando deficiência na limpeza natural dos dentes, o que sugere um maior cuidado e atenção com a condição da saúde bucal desses pacientes, e tais aspectos também devem ser considerados (FAIÇAL; MESAS, 2008).

Os cuidados com a saúde bucal dos pacientes críticos é de extrema importância para evitar infecções em outros órgãos e sistemas que não estão ligados ao problema inicial e fazem com que ocorra o agravamento do quadro clínico geral. As doenças infecciosas da cavidade oral geralmente estão relacionadas à falta de higiene, alteração no sistema imunológico, desnutrição severa, tabagismo, alcoolismo e diabetes, podendo



Artigo

levar o paciente a desenvolver gengivite e periodontite, e nos casos mais complexos podem ocorrer várias complicações como consequência de patógenos da cavidade oral, como pneumonia bacteriana, doenças cardiovasculares, (DPOC), artrite reumatóides e partos prematuros (JARDIM- GAETTI et al., 2013).

A promoção de saúde bucal em âmbito hospitalar visa estimular bons hábitos de higiene com uma assistência mais humanizada, cujas ações de higiene bucal em pacientes hospitalizados, proporcionam além da redução do biofilme dentário, consequentemente a diminuição do risco de infecções derivadas da microbiota da cavidade bucal, reduzindo assim as infecções respiratórias, e a necessidade de utilização de antibióticos sistêmicos, resultando em uma importante economia para o sistema de saúde em geral (MATTEVI et al., 2011).

Dessa forma, observar informações sobre o conhecimento teórico e prático dos profissionais de enfermagem em relação aos cuidados com a saúde bucal em pacientes hospitalizados se faz importante no âmbito científico e conhecimento acadêmico, proporcionando assim, uma melhoria na saúde bucal de tais pacientes e consequentemente, sua saúde geral. Tendo este estudo o objetivo de observar os cuidados dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional Senador Rui Carneiro da cidade de Pombal- PB em relação a saúde bucal de pacientes hospitalizados.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi enviada e submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), das Faculdades Integradas de Patos, aprovada com número de Protocolo CAAE: 51626515.9.0000.5180 e realizada mediante autorização da Secretaria Municipal de saúde, levando também em consideração os aspectos éticos envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução no 466/2012 emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, a qual assegura a garantia de que a privacidade do sujeito seja preservada.

Estudo tipo transversal de caráter exploratório. As informações foram coletadas por meio de uma entrevista com formulário estruturado com base no trabalho de KAHN et al. (2008), contendo a experiência prática e questões relacionadas com a higiene bucal dos pacientes.



Artigo

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Regional Senador Rui Carneiro da cidade de Pombal- PB, fundada no fim do século XVII, sendo 4ª cidade mais antiga da Paraíba, inserida na mesorregião do sertão paraibano e na microrregião Depressão do Alto Piranhas. Esse município foi o primeiro núcleo de habitação do sertão paraibano e é a segunda maior do estado da Paraíba em questão territorial possuindo 889km². Possui o 15º maior IDH do estado e de acordo com os dados do IBGE sua população é estimada em 32.443 habitantes. A pesquisa teve autorização da Diretora Geral do Hospital, que conta com vários serviços como atendimento de urgência, emergência, internação, como também procedimentos cirúrgicos.

O universo da pesquisa foi composto por toda a equipe de enfermagem composta por 48 Enfermeiros e 78 Técnicos de Enfermagem que atuam no Hospital Regional de Pombal – PB, dados estes fornecidos pela Coordenadora de enfermagem do Hospital Regional de Pombal. A amostra coletada foi de 117 formulários, onde 04 dos entrevistados se recusaram a responder o formulário, e 05 estavam ausentes do hospital.

Foram incluídos no estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que trabalhem no Hospital. Foram excluídos, os profissionais que se recusaram a responder ao formulário durante o período da pesquisa, como também a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou os que não foram encontrados no período da coleta.

Foi realizada a partir da aplicação de um formulário adaptado do estudo de RAHN et al., (2008), onde continham questões sobre quais os procedimentos de higienização bucal que eram realizados pelos profissionais, bem como métodos usados, soluções antissépticas, entre outras.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, mediante a leitura e assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para os profissionais que se encontravam em atendimento durante a visita da pesquisadora, a mesma explicava sobre o estudo a ser realizado e deixava os questionários com os mesmos, e voltava posteriormente para recolher.

Após recolhimento era realizada orientação a cada participante sobre a importância dos cuidados coma a higiene oral, a importância da higiene bucal para o bem-estar, a prevenção de doenças sistêmicas e a melhor recuperação do paciente hospitalizado, meios corretos para higienização da cavidade bucal desses pacientes.



Artigo

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra, como também o cálculo das frequências absolutas e percentuais das variáveis do questionário sobre cuidados com a saúde bucal de pacientes internados. Todas as análises foram feitas usando o *software* IBM SPSS versão 20.0

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as respostas assinaladas no formulário sobre cuidados com a saúde bucal de pacientes internados. A maioria afirmou que quando um paciente é internado para realização de um procedimento cirúrgico, este não é submetido anteriormente a uma avaliação da cavidade bucal (n = 72; 61,5%).

Questionados se existe no hospital um protocolo para o controle de placa bacteriana nos pacientes, 85 (73,3%) destacaram que não.

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com as respostas assinaladas no questionário sobre cuidados com a saúde bucal de pacientes hospitalizados na cidade de Pombal-PB, 2016.

Variáveis	n	%
1 – Quando um paciente é internado para realização de um procedimento cirúrgico, este é submetido anteriormente a uma avaliação da cavidade bucal?[117]		
Sim	45	38,5
Não	72	61,5
2 – Em caso afirmativo, qual o principal dado avaliado? [45]		
Presença de dentes cariados	0	0,0
Presença de abscessos	8	17,8
Presença de doenças gengivais	6	13,3
Presença de ferimentos e próteses	31	68,9



Artigo

3 – Existe neste hospital um protocolo para o controle de placa bacteriana nos pacientes? [116]

Sim	31	26,7
Não	85	73,3

4 – Em caso afirmativo, qual o método empregado? [31]

Escova dental	13	42,0
Fio dental	0	0,0
Solução antisséptica	17	54,8
Outros	1	3,2

Entre os que assinalaram sim para esta pergunta, a maior parte respondeu que o método mais empregado é o uso de solução antisséptica (n = 17; 54,8%), principalmente de Cepacol (n = 70; 59,8%).

Tabela 2. Distribuição dos participantes de acordo com as respostas sobre qual solução antisséptica é mais utilizada pelo hospital Senador Rui Carneiro da cidade de Pombal-PB.

Variáveis	n	%
5 – No caso de uso de uma solução antisséptica, qual a substância utilizada pelo hospital? [117]		
Listerine (timol, ácido benzóico, salicilato de metila, eucaliptol, mentol)		
Sim	35	29,9
Não	82	70,1
Cepacol (cloreto de cetilpiridíneo)		
Sim	70	59,8



Artigo

Não	47	40,2
Malvatricin (hidrolato de malvas, quinosol, fluoreto de sódio e tirotricina)		
Sim	0	0,0
Não	117	100,0
Periogard (gluconato de clorexidina)		
Sim	20	17,1
Não	97	82,9
Benzitrat (cloridrato de benzidramina)		
Sim	0	0,0
Não	117	100,0
Outros		
Sim	5	4,3
Não	112	95,7

A maioria dos profissionais assinalou que existe algum procedimento destinado aos pacientes internados, impossibilitados de realizarem, por si somente, a prática de métodos mecânicos e químicos de remoção de placa, no caso de UTIs (n = 83; 72,2%), geralmente a limpeza da cavidade com gaze e solução antisséptica bucal (n = 51; 61,4%).

Tabela 3. Distribuição dos participantes de acordo com as respostas sobre quais procedimentos eram destinados aos pacientes da UTI do Hospital Regional de Pombal.

Variáveis	n	%
-----------	---	---



Artigo

6 – Existe algum procedimento destinado aos pacientes internados, impossibilitados de realizarem, por si somente, a prática de métodos mecânicos e químicos de remoção de placa (no caso de UTI)? [115]

Sim	83	72,2
Não	32	27,8

7 – Em caso afirmativo, qual? [83]

Limpeza da cavidade com gaze e solução antisséptica bucal	51	61,4
Limpeza da cavidade com gaze e abaixador de Língua	29	35,0
Escovação dental	3	3,6

DISCUSSÃO

Na prática odontológica atual, o conhecimento sobre os cuidados com higiene oral em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estudos e revisões sistemáticas mostram que esta prática ainda é escassa. No presente estudo foram entrevistados profissionais que trabalham no Hospital Regional de Pombal- PB buscando saber sobre conhecimentos desses profissionais de enfermagem frente aos cuidados da Saúde Bucal de internos.

Em relação aos pacientes que são internados para realização de um procedimento cirúrgico, perguntou-se se estes são submetidos anteriormente a uma avaliação da cavidade bucal, a maioria (61,5%) relataram que não faziam nenhuma avaliação odontológica antes da realização de um procedimento cirúrgico concordando com o estudo de Rabelo et al. (2010) onde eles relataram que a avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião dentista habilitado em Odontologia Hospitalar devendo haver interação das equipes médica-enfermagem-odontologia e outras áreas afins.



Artigo

A presença de ferimentos e prótese foi o principal fator avaliado quando os pacientes são submetidos a avaliação da saúde bucal, com 68,9%. Encontrando resultados diferentes no estudo de Lima et al. (2011) onde o principal motivo pelos quais são submetidos à avaliação odontológica hospitalar, foi a dor.

Segundo o trabalho realizado por Junior et al. (2005), uma experiência extra muro em hospital público com estagiários do curso de Odontologia da UFRN, realizaram o índice de biofilme inicial e final, observando que o hospital não possuía um protocolo para o controle de placa bacteriana nos pacientes. Constatando resultado semelhante no presente estudo, onde 73,3% relataram que no hospital não possuía um protocolo para o controle de placa bacteriana.

Para o controle de placa bacteriana, no presente estudo observou que a solução antisséptica é mais utilizada, com 54,8% e em seguida o uso da escova dental com 42,2%. No estudo de Ximenes et al. (2008) observou-se que a maior parte das crianças que realizavam a higienização oral utilizava a escova e o creme dental (90,6%), sendo apontado como o método mais comum para a remoção do biofilme da cavidade bucal, por McDonald e Avery (1995), já que, além da remoção mecânica feita pela escova, os dentífricos possuem a propriedade de controlar a formação de tártaro, pela adição de pirofosfatos; possuem ações anticárie e dessensibilização, pela ação de fluoretos; removem placas e manchas, por meio de abrasivos e de surfactantes.

Quanto ao uso de substâncias adjuvantes para o controle de placa bacteriana, no presente estudo observou-se que a solução antisséptica mais utilizada foi o Cepacol (cloreto de cetilpiridíneo) com 59,8%, constando resultado semelhante com o estudo de Santos et al. (2008).

Neste estudo, 72,2% dos profissionais afirmaram que existia procedimento destinado aos pacientes internados, impossibilitados de realizarem a prática de métodos mecânicos e químicos de remoção de placa (no caso de UTI). No estudo de Jardim et al. (2013) ele expõe proposta de protocolo de atendimento odontológico ao paciente hospitalizado, de acordo com o nível de dependência do paciente, divergindo do presente estudo onde a maioria relatou fazer a limpeza da cavidade apenas com gaze e solução antisséptica bucal 61,4%, diferente do estudo citado onde ele elabora o protocolo de acordo com o nível de dependência do paciente.

Foi constatado que o hospital não possuía solução antisséptica para realizar a higienização dos pacientes hospitalizados, e que os familiares dos mesmos, compravam e levavam para que esse procedimento fosse realizado.



Artigo

CONCLUSÃO

Após a análise dos questionários respondidos pelos profissionais de enfermagem do Hospital Regional de Pombal - PB sobre os cuidados com a saúde bucal de pacientes internos, pode-se concluir que: A maioria dos entrevistados afirmou que não existe um protocolo para o controle de placa bacteriana nos pacientes e que os pacientes internados para realização de procedimento cirúrgico não são submetidos anteriormente a uma avaliação da cavidade bucal; O método de higiene bucal mais aplicado no período de hospitalização foi limpar a cavidade com gaze e solução antisséptica bucal; Foi abordada a importância da higiene bucal para o bem-estar, a prevenção de doenças sistêmicas e a melhor recuperação do paciente hospitalizado, meios corretos para higienização da cavidade bucal desses pacientes; A solução antisséptica bucal mais utilizada foi o Cepacol (cloreto de cetilpiridíneo).

REFERÊNCIAS

FAIÇAL, A. M. B; MESAS, E. M. Cuidados com a saúde bucal de pacientes hospitalizados: conhecimento e práticas dos auxiliares de enfermagem. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v.10, n.1, p.01-6, 2008.

GODOI, A.P.T; FRANCESCO, A.P.T; DUARTE, A; KEMP, A.P.T; SILVA-LOVATO.C.H. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p.105- 09, 2009.

GONDIM, C.G; MOURA, W.V.B; LUCENA, R.G.R; SILVA, B.R; VASCONCELOS, H.M; AGUIAR, A.S.W.A. Saúde bucal de pacientes internados em hospital de emergência. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.48, n.4, p. 02-14, 2012.



Artigo

JARDIM, E. G. et al. Atenção a pacientes hospitalizados: Revisão de literatura e proposta de protocolo de higiene oral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, n. 35, jan/mar, 2013.

JUNIOR, A. M. et al. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 305-10, 2005.

KAHN, S.; GARCIA, C.H.; JUNIOR, J.G. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Colet.**, v. 6, n. 13, p. 1825-31, 2008.

LIMA, D. C. et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16(Supl. 1), p. 1173-1180, 2011.

MATTEVI, G. S; FIGUEIREDO, D.R; PATRÍCIO, Z.M; RATH, I.B.S. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção a saúde da criança no contexto hospitalar. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio De Janeiro, v.16, n.10, p. 4230-31, 2011.

MCDONALD, R.; AVERY, D. **Odontopediatria**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 608, 1995.

RABELO, G.D; QUEIROZ, C.I; SANTOS, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v.55, n. 2, p. 67-70, 2010.

SANTOS, P. S. S. et al. Uso de Solução Bucal com Sistema Enzimático em Pacientes Totalmente Dependentes de Cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **RBTI**, v. 20, n. 2, p. 154-159, 2008.

XIMENES, R.C.C; ARAGÃO, D.S.F; COLARES.V. Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.49, n.1, p. 21-5, 2008.



Artigo

**BINGE DRINKING ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE
UNIVERSIDADES PARTICULAR E PÚBLICA DE UM ESTADO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

**BINGE DRINKING BETWEEN STUDENTS OF MEDICINE OF PRIVATE AND
PUBLIC UNIVERSITIES OF A NORTHEAST BRAZILIAN STATE**

Ana Karina Rocha Hora Mendonça¹
Matheus de Souza Nogueira²
Renata Lima Batalha de Andrade³
Danilo Xavier Azevedo⁴
Carla Viviane Freitas de Jesus⁵
Sonia Oliveira Lima⁶

RESUMO – Objetivo: Avaliar o perfil de acadêmicos de Medicina, assim como o início, o padrão de consumo alcoólico e a prevalência de *binge drinking* entre estudantes de duas universidades. **Métodos:** Estudo transversal com os 255 acadêmicos de Medicina, do primeiro e do penúltimo período, de duas instituições da região metropolitana de Aracaju/SE, sendo uma pública e outra privada. Para avaliar o cálculo amostral mínimo, utilizou-se a fórmula de Pocock que correspondeu a 154 universitários. Aplicou-se questionários de características sociodemográficas e o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), no período de dezembro de 2015 a abril de 2016. Foram incluídos os acadêmicos com idade igual ou superior a 18 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a análise estatística, entre as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê

¹ Mestre e doutoranda em Saúde e Ambiente, Departamento de Morfologia e Biologia Estrutural, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.

² Graduando em Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.

³ Graduado em Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.

⁴ Graduado em Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.

⁵ Mestranda em Saúde e Ambiente, Departamento de Morfologia e Biologia Estrutural, Aracaju, Sergipe, Brasil.

⁶ PhD, Departamento de Morfologia e Biologia Estrutural, ITP, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil



Artigo

de Ética em Pesquisa, com parecer nº 1.383.959. **Resultados:** Avaliou-se 210 estudantes de Medicina com média de idade de 22,8 anos (DP=4,68). O sexo masculino correspondeu a 53,8%, solteiros (95,2%), católicos (58,5%), residentes com os pais (79%). Observou-se que 81,9% já consumiram bebida alcoólica na vida, a média de idade de experimentação foi de 15,67 anos (DP = 2,62) e que 21% fazem uso problemático do álcool. *Binge drinking* foi referido por 68,5% dos homens e 45,2% das mulheres. Esta prática por acadêmicas do penúltimo período foi, significativamente, maior que as do primeiro período ($p < 0,008$). Os estudantes de ambos os sexos, do primeiro período, foram os que mais consumiram dez ou mais doses de álcool em um curto intervalo de tempo ($p < 0,008$). **Conclusão:** Os alunos de Medicina, das duas universidades avaliadas, em sua maioria são jovens solteiros, católicos e residem com familiares. Estes informaram que o primeiro contato com o álcool ocorreu em idade precoce e a prevalência de consumo alcoólico de risco encontrada foi de 21%. A maior prática de *binge drinking* ocorreu entre estudantes do penúltimo período, principalmente mulheres, enquanto que a prática de ingerir dez ou mais doses de álcool foi prevalente no primeiro período em ambos os sexos. Desta forma, torna-se importante o incremento de políticas públicas preventivas para minimizar o consumo de álcool direcionados a jovens, além de desenvolver intervenções no meio acadêmico com a intenção de reduzir o impacto negativo causado pelo consumo étílico, na atuação dos futuros médicos.

Palavras-chave: Alcoolismo. Educação Médica. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT – Objective: To evaluate the profile of medical students, as well as the beginning, the pattern of alcohol consumption and the prevalence of binge drinking among students from two universities. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 255 medical students, from the first and second to last period, from two institutions in the metropolitan region of Aracaju / SE, one public and one private. To evaluate the minimum sample size, we used the Pocock formula that corresponded to 154 university students. Questionnaires of sociodemographic characteristics and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) were applied between December 2015 and April 2016. Academic students aged 18 or over who signed the Free and Informed Consent Term were included. For the statistical analysis among the categorical variables, the chi-square test ($p < 0.05$) was used. The study was approved by the Research Ethics



BINGE DRINKING ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UNIVERSIDADES PARTICULAR E PÚBLICA DE UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

DOI: 10.29327/213319.18.3-3

Páginas 31 a 55

Artigo

Committee under nº 1,383,959. **Results:** A total of 210 medical students with a mean age of 22.8 years (SD = 4.68) were evaluated. The male sex corresponded to 53.8%, singles (95.2%), catholics (58.5%), residents with parents (79%). It was observed that 81.9% had already consumed alcoholic beverage in their lives, the mean age of experimentation was 15.67 years (SD = 2.62) and that 21% made problematic use of alcohol. Binge drinking was reported by 68.5% of men and 45.2% of women. This practice by academics from the penultimate period was significantly higher than those of the first period ($p < 0.008$). The students of both sexes, of the first period, were those who consumed ten or more doses of alcohol in a short period of time ($p < 0.008$). **Conclusion:** The medical students, from the two universities evaluated, are mostly young single, catholic and reside with relatives. They reported that the first contact with alcohol occurred at an early age and the prevalence of alcohol consumption at risk was 21%. The greatest practice of binge drinking occurred among students in the penultimate period, mainly women, whereas the practice of eating ten or more doses of alcohol was prevalent in the first period in both sexes. Thus, it is important to increase preventive public policies to minimize the consumption of alcohol directed at young people, as well as to develop interventions in the academic environment with the intention of reducing the negative impact caused by the consumption of alcohol in the actions of future doctors.

Keywords: Alcoholism. Alcohol consumption. Medical students.

INTRODUÇÃO

Entrar na universidade pode se tornar um período crítico na vida de muitos jovens, pois a autonomia pode gerar insegurança e maior vulnerabilidade. Nessa fase, os estudantes sofrem alterações em suas atividades diárias, o que pode fazer com que muitos deles tenham comportamentos pouco saudáveis, e a ingestão de bebidas alcoólicas é um deles (LORANT *et al.*, 2013; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; RAMIS *et al.*, 2012). É importante lembrar que os indivíduos começam a ingestão de álcool em idade precoce e tendem a aumentar no período de transição da adolescência para a vida adulta (COOK *et al.*, 2015).

Em relação aos possíveis fatores influenciadores para o consumo de álcool referentes ao ingresso no ensino superior, pode-se citar o afastamento dos jovens de suas



Artigo

famílias. Muitos passam a residir em repúblicas e moradias estudantis, onde vivenciam novas situações, agem com maior autonomia e alimentam novas expectativas. De forma concomitante, há sobrecarga de estudos, estágios, compromissos e outras responsabilidades que podem tornar a vida acadêmica estressante (WAGNER; ANDRADE, 2008). Estes fatores tornam os estudantes mais vulneráveis a ter experiências ilícitas ou proibidas anteriormente (SILVA; PADILHA, 2011).

Adolescentes e jovens universitários apresentam alta prevalência de ingestão alcoólica e de consumo alcoólico abusivo (ROCHA *et al.*, 2011), prática denominada *Binge Drinking*, que se caracteriza pelo consumo de grande quantidade de álcool em uma única ocasião, o que corresponde a quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas para mulheres e cinco ou mais doses para homens, independentemente da frequência deste consumo (PATRICK *et al.*, 2013).

O comportamento de beber problemático implica em transtornos à saúde física e mental, como também afeta a sociedade em geral (ROCHA *et al.*, 2011). O Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo reconheceu o uso indevido de álcool como o mais importante risco para a saúde dos estudantes universitários, devido às altas taxas de consumo, consequências negativas e transtornos relacionados ao uso do álcool (NIAAA, 2015).

Nesse contexto, o uso abusivo do álcool pelos jovens transformou-se em um problema de saúde pública, no sentido de que se constitui em fator de risco para a saúde de quem consome e de terceiros, com consequências como incapacidade e mortalidade. Além disso, essa prática de consumo intenso do etanol pode levar à intoxicação alcoólica aguda, que é a principal causa dos problemas relacionados ao álcool na população – como envenenamento por álcool, acidentes e violências –, e pode gerar graves consequências, mesmo para pessoas que têm um nível de consumo relativamente baixo (GARCIA; FREITAS, 2015; PATRICK *et al.*, 2013). No caso de estudantes universitários, ainda pode acarretar consequências como falta às aulas, prejuízo do desempenho acadêmico, lesões, agressões sexuais, overdose, apagões de memória e déficit cognitivo (CARDOSO *et al.*, 2015).

A divulgação de anúncios comerciais, sua associação com prazer, beleza, sucesso financeiro e sexual, constitui-se em um fator de risco para o uso indevido do álcool. Ademais, pode estar associado a comportamentos como dirigir alcoolizado, consumo de tabaco e comportamento sexual de risco (AMARAL *et al.*, 2017; DUROY *et al.*, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as políticas públicas, para



Artigo

minimizar o consumo desta droga no país, são escassas, enquanto que incentivos para a sua ingestão, por meio de anúncios sobre essas bebidas, principalmente cerveja, são ostensivos (WHO, 2014).

A preocupação mundial do impacto negativo do consumo do álcool sobre os jovens e sociedade estimulou o presente estudo, que teve como objetivo avaliar o padrão e prevalência de consumo alcoólico e a prevalência de *binge drinking* entre do curso de Medicina de duas universidades da região metropolitana Aracaju/SE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa, realizado com alunos do primeiro e do décimo primeiro períodos do curso de Medicina, matriculados no período de dezembro de 2015 a abril de 2016, em duas instituições de ensino superior da região metropolitana de Aracaju/SE., sendo uma pública e outra privada.

Para o cálculo da estimativa da amostra considerou-se a contagem de estudantes matriculados no primeiro e no penúltimo período do referido curso, no ano de 2015-2016. Como o N (tamanho da população) é conhecido, a fórmula utilizada para o cálculo amostral foi a de Pocock. A amostra mínima neste estudo foi de 154 universitários, estimando-se uma prevalência mínima esperada de 50% do evento estudado, margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Os alunos incluídos no estudo foram os acadêmicos com idade igual ou superior a 18 anos, regularmente matriculados no primeiro ou no penúltimo período do curso de Medicina, presentes em sala de aula no momento da coleta de dados, e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos os indivíduos que preencheram os questionários deficientemente preenchidos.

Os instrumentos foram dois questionários autoaplicáveis: questionário sociodemográfico e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Esse último desenvolvido pela OMS, composto por 10 questões relacionadas ao consumo de álcool nas versões brasileiras (LIMA *et al.*, 2005). O AUDIT tem como objetivo detectar padrões do consumo alcoólico nos últimos 12 meses, auxiliando na realização de intervenções (SANTOS *et al.*, 2012).



Artigo

Pesquisadores treinados coletaram os dados mediante três tentativas em cada sala de aula, de forma individual e durante horário normal de aula. Os pesquisadores apresentavam-se às turmas, esclareciam os objetivos da pesquisa e o sigilo das identidades dos participantes. Posteriormente, eram selecionados os estudantes maiores de idade para entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, e dos questionários, cujo tempo de preenchimento não excedeu 20 minutos. Os questionários eram depositados em envelopes opacos, de maneira a não possibilitar a identificação dos respondentes.

Os dados foram alimentados em uma planilha do SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 16.0. A análise descritiva das variáveis qualitativas abrangeu frequência e porcentagem, e as variáveis quantitativas foram analisadas por meio de média e desvio padrão (DP). A análise estatística para testar a associação entre as variáveis foi realizada através do teste qui-quadrado. O intervalo de confiança foi de 95% e foram considerados valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes sob o número de parecer 1.383.959.

RESULTADOS

Do total de 255 estudantes que cursavam o primeiro e décimo primeiro período dos cursos de Medicina regularmente matriculados, avaliou-se 210 estudantes, sendo 114 (54,3%) da instituição pública e 96 (45,7%), da privada. Desta população, 45 (17,6%) acadêmicos não apresentaram critérios de inclusão. A distribuição da amostra coletada está descrita na Tabela

TABELA 1: Distribuição dos alunos de Medicina por período de duas universidades da região metropolitana de Aracaju/SE – Brasil, 2015-2016 (n=210)

Período	Medicina	
	Pública	Privada
Primeiro	69	45
Penúltimo	45	51



Artigo

Total (n)	114	96
(%)	(54,3)	(45,7)

A média de idade observada nos estudantes das duas universidades foi de 22,8 anos ($DP=4,68$). Constatou-se que 81,9% dos estudantes de Medicina já consumiram bebida alcoólica na vida e que a média de idade de experimentação foi de 15,67 anos ($DP = 2,62$).

Quanto às características sociodemográficas dos alunos, observou-se maior percentual de faixa etária entre 18 a 24 anos (69,2%); sexo masculino (53,8%); solteiros (95,2%); católicos (58,5%); que não exerciam a prática religiosa (53,3%); e residiam com os pais ou familiares (79,0%). A variável faixa etária apresentou distribuição homogênea entre as duas universidades. A instituição pública apresentou maior número de estudantes do sexo masculino e verificou-se maior quantidade de alunos católicos, na rede privada. Observou-se que 6,1% dos alunos da rede pública residiam em repúblicas, pensões ou afins e que, 18,8% dos estudantes da instituição privada, moravam sozinhos (Tabela 2).



Artigo

TABELA 2: Perfil sociodemográfico dos estudantes de Medicina de duas universidades da região metropolitana de Aracaju/SE – Brasil, 2015-2016 (n=210)

	PÚBLICA n (%)	PRIVADA n (%)	TOTAL n (%)	p*
Idade				
18 a 24 anos	76 (67,3%)	68 (71,6%)	144 (69,2%)	0,501
≥ 25 anos	37 (32,7%)	27 (28,4%)	64 (30,8%)	
Sexo				
Masculino	73 (64,0%)	40 (41,7%)	113 (53,8%)	0,001
Feminino	41 (36,0%)	56 (58,3%)	97 (46,2%)	
Estado Civil				
Solteiro	105 (92,1%)	95 (99,0%)	200 (95,2%)	0,020
Casado	9 (7,9%)	1 (1,0%)	10 (4,8%)	
Religião				



Artigo

Católica	51 (45,1%)	70 (74,5%)	121 (58,5%)	
Espírita	9 (8,0%)	6 (6,4%)	15 (7,2%)	<0,001
Evangélica	15 (13,3%)	8 (8,5%)	23 (11,1%)	
Outras	38 (33,6%)	10 (10,6%)	48 (23,2%)	
Prática religiosa				
Sim	47 (41,2%)	51 (53,1%)	98 (46,7%)	<0,001
Não	67 (58,8%)	45 (46,9%)	112 (53,3%)	
Reside				
Pais ou familiares	90 (78,9%)	76 (79,2%)	166 (79,0%)	
Repúblicas	7 (6,1%)	0 (0,0%)	7 (3,3%)	0,008
Sozinho	10 (8,8%)	18 (18,8%)	28 (13,3%)	
Outros	7 (6,1%)	2 (2,1%)	9 (4,3%)	

*p – derivado do teste qui-quadrado

Com relação às características acadêmicas e/ou ocupacionais dos estudantes e prática de atividade física, verificou-se maior percentual de alunos que não exerciam trabalho remunerado e que praticavam atividade física. Apenas a variável trabalho remunerado apresentou diferença significativa entre as universidades, com maior percentual na rede pública (Tabela 3).



Artigo

TABELA 3: Características acadêmicas e/ou ocupacionais, hábito de fumar e prática de atividade física dos estudantes de Medicina de duas universidades da região metropolitana de Aracaju/SE – Brasil, 2015-2016 (n=210)

	PÚBLICA n (%)	PRIVADA n (%)	TOTAL n (%)	p*
Período cursado				
Primeiro	69 (60,5%)	45 (46,9%)	114 (54,3%)	0,048
Penúltimo	45 (39,5%)	51 (53,1%)	96 (45,7%)	
Trabalho remunerado				
Sim	32 (28,1%)	8 (8,5%)	40 (19,2%)	<0,001
Não	82 (71,9%)	86 (91,5%)	168 (80,8%)	
Prática de atividade física				
Sim	76 (66,7%)	54 (56,3%)	130 (61,9%)	0,122



Artigo

Não	38 (33,3%)	42 (43,8%)	80 (38,1%)	
Tabagismo				
Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Não	114 (54,3%)	96 (45,7%)	210 (100%)	

*p – derivado do teste qui-quadrado

A Tabela 4 apresenta o padrão de consumo alcoólico dos estudantes de Medicina por instituição de ensino. De acordo com a classificação AUDIT, 125 acadêmicos (21%) faziam o uso problemático do álcool e foram enquadrados no padrão de consumo de risco. Não houve diferença significativa entre as duas universidades para essa variável ($p = 0,152$).

TABELA 4: Classificação AUDIT dos estudantes de Medicina 2015-2016 por universidades da região metropolitana de Aracaju/SE – Brasil, 2015-2016 (n=210)

	Pública n (%)	Privada n (%)	Total N (%)	p*
AUDIT				
Abstinentes/ consumidor de baixo risco	92 (80,7)	74 (77,1)	166 (79,0)	0,152
Consumidor de risco	20 (17,5)	14 (14,6)	34 (16,2)	
Consumidor nocivo	2 (1,8)	7 (7,3)	9 (4,3)	
Provável dependência alcoólica	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,5)	

*p – derivado do teste qui-quadrado



Artigo

O padrão de consumo de *Binge Drinking*, de acordo com o sexo e com o número de doses ingeridas, encontra-se descrito na Tabela 5. Observou-se que não houve diferença significativa desta prática entre as duas universidades avaliadas.

TABELA 5: Prática referida de diferentes níveis de *Binge Drinking* entre estudantes de Medicina de duas universidades da região metropolitana de Aracaju/SE – Brasil, 2015-2016 (n=210)

	PÚBLICA n (%)	PRIVADA n (%)	TOTAL n (%)	p*
<i>Binge Drinking</i>				
≥ 5 doses (sexo masculino)	44 (62,9%)	30 (78,9%)	74 (68,5%)	0,086
≥ 4 doses (sexo feminino)	17 (42,5%)	25 (47,2%)	42 (45,2%)	0,654
≥ 10 doses	14 (12,4%)	13 (13,8%)	27 (13,0%)	0,759
≥ 15 doses	3 (2,7%)	2 (2,1%)	5 (2,4%)	0,806

*p – derivado do teste qui-quadrado



Artigo

Nota-se que a prática de *binge drinking* por mulheres, estudantes do penúltimo período, foi significativamente maior que as do primeiro período. Os estudantes de ambos os sexos, do primeiro período, foram os que mais consumiram dez ou mais doses de álcool, num curto intervalo de tempo (Tabela 6).

TABELA 6: Prática referida de diferentes níveis de *Binge Drinking* entre estudantes de Medicina de diferentes períodos de duas universidades da região metropolitana de Aracaju/SE – Brasil, 2015-2016 (n=210)

	Primeiro Período n (%)	Penúltimo Período n (%)	TOTAL n (%)	p*
<i>Binge Drinking</i>				
≥ 5 doses (sexo masc)	44 (69,8%)	30 (66,7%)	74 (68,5%)	0,726
≥ 4 doses (sexo fem)	14 (31,1%)	28 (58,3%)	42 (45,2%)	0,008
≥ 10 doses	21 (18,8%)	6 (6,3%)	27 (13,0%)	0,008



Artigo

≥ 15 doses	5 (2,4%)	0 (0,0%)	5 (2,4%)	0,037
------------	-------------	-------------	-------------	-------

*p – derivado do teste qui-quadrado

DISCUSSÃO

A bebida etílica é um velho problema da sociedade e, apesar de seus graves prejuízos, o álcool ainda é considerado uma droga lícita e continua sendo a droga mais consumida entre jovens que, em sua maioria, encontra no álcool uma função mediadora da sociabilidade e é agente de desinibição e estimulador das relações entre seus pares (WHO, 2014).

Em relação ao perfil acadêmico, nas duas universidades estudadas, verificou-se predominância de jovem com média de idade de 22,8 anos e maior percentual de 18 a 24 anos (68,6%). Carneiro *et al.* (2012), Pinsky *et al.* (2010) e Trostler; LI; Plankey (2014), verificaram que o abuso de álcool e dependência são mais prevalentes em adultos jovens, com idade entre 18 e 24 anos. Ramis *et al.* (2012), em um trabalho realizado em mais de cem cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, apontou que o consumo de álcool é relevante na faixa etária de 18 a 24 anos e que, 15,5% dessa população, referem dependência. É nesta faixa etária que os jovens estão, com a personalidade em formação e mais vulneráveis a comportamentos pouco saudáveis.

A prevalência de uso de álcool na vida dos acadêmicos de Medicina, no presente estudo, foi de 81,9%, semelhantes às diversas pesquisas (Tabela 7) (BARBOSA *et al.*, 2013; CARNEIRO *et al.*, 2012; KERR-CORRÊA *et al.*, 1999; MARAIS *et al.*, 2002; PADUANI *et al.*, 2008; PELICIOLI *et al.*, 2017; PETROIANU *et al.*, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2017; RAMOS-DIAS *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2011). Estes dados mostram a persistente e alta prevalência de uso de álcool na vida de estudantes de Medicina, nos diversos momentos avaliados. O médico influencia direta e indiretamente na saúde pública por meio da habilidade de fazer diagnóstico e tratar, além de servir de modelo para a sociedade. Esse hábito etílico merece atenção por poder causar impacto negativo na atuação dos futuros médicos.



Artigo

TABELA 7: Prevalência de consumidores alcoólicos entre alunos de Medicina

Autores	Local	Prevalência
KERR-CORRÊA <i>et al.</i> (1999)	Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil	84%
MARAIS <i>et al.</i> (2002)	University of the Free State, África do Sul	66,3%
PADUANI <i>et al.</i> (2008)	Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil	85,2%
PETROIANU <i>et al.</i> (2010)	Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil	85%
RAMOS-DIAS <i>et al.</i> (2010)	Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, São Paulo, Brasil	86%
ROCHA <i>et al.</i> (2011)	Instituições privada e pública, Minas Gerais, Brasil	63,3%



BINGE DRINKING ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UNIVERSIDADES PARTICULAR E PÚBLICA DE UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

DOI: 10.29327/213319.18.3-3

Páginas 31 a 55

Artigo

CARNEIRO <i>et al.</i> (2012)	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	91%
BARBOSA <i>et al.</i> (2013)	Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, Maranhão, Brasil	64,4%
PELICIOLI <i>et al.</i> (2017)	Instituição de ensino superior do Rio Grande do Sul, Brasil	93,7%
PINHEIRO <i>et al.</i> (2017)	Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza (Unifor) e Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará, Brasil	90,8%

A Tabela 4 mostra que a maior parte dos avaliados se enquadraram no grupo de baixo risco ou abstinente (79%). Esse cenário se assemelha ao encontrado em outras pesquisas com estudantes de Medicina (BARBOSA *et al.*, 2013; PELICIOLI *et al.*, 2017; RAMOS-DIAS *et al.*, 2010; ROCHA *et al.*, 2011; SILVA; TUCCI, 2014). Pessoas que estão nesta faixa de risco devem ser informadas sobre as consequências do consumo alcoólico. Na grade curricular do curso de Medicina, essas informações são rotineiras, porém, no presente estudo, 21% fazem uso problemático do álcool e são considerados como padrão de consumo alcoólico de risco. Resultado semelhante foi encontrado entre estudantes de Medicina de faculdade de Minas Gerais, sendo 25,2% consumidores de risco (ROCHA *et al.*, 2011). Em estudo feito com alunos do curso de Medicina da Universidade Veracruzana, no México, identificou-se que 46% consomem bebidas alcoólicas em níveis problemáticos (PUIG-NOLASCO; CORTAZA-RAMIREZ; CRISTINA PILLON, 2011). Esse padrão é considerado gravemente danoso, o que denota a negligência desses acadêmicos que, embora tenham conhecimento dos riscos à saúde, são praticantes do consumo abusivo do álcool, sendo importante salientar a inserção de programas educativos em meio acadêmico.

Nesta pesquisa, 68,5% dos acadêmicos do sexo masculino e 45,2% das universitárias já praticaram *binge drinking*, alguma vez na vida. Resultado semelhante foi encontrado por Pelicoli *et al.* (2017), correspondendo a 68,5% de estudantes de Medicina praticantes do beber pesado episódico, sendo 70,8% entre os homens e 47,6% entre as mulheres. Estes dados mostram um percentual mais elevado comparado ao I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, realizado em 2010, que foi de 25,8% (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010). É sabido que os



Artigo

jovens são vulneráveis à mídia. Portanto é importante, na publicidade de bebidas alcoólicas, a inclusão dos danos e consequências causadas por esta droga.

Na presente pesquisa, as alunas do penúltimo período apresentaram *Binge Drinking* mais significativo do que as que cursavam o primeiro ano do curso. O *Binge Drinking* provoca repercussões negativas em diversos aspectos, inclusive na vida acadêmica dos indivíduos (CARNEIRO *et al.*, 2012), principalmente para os do sexo feminino (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005). Esses resultados causam preocupação, já que é bem documentada, na literatura, a maior suscetibilidade desse gênero aos efeitos lesivos do álcool. Na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, observou-se que 58% de alunas de Medicina, com idade mediana de 21 anos, eram consumidoras de álcool, enquanto que os homens tiveram prevalência de *Binge Drinking* 23% maior do que as mulheres. Destes identificados, 70% responderam que deixaram de fazer o que era esperado, devido ao uso de bebidas alcoólicas (CARNEIRO *et al.*, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e da quantidade de ingesta em homens, supera a observada no sexo feminino (WHO, 2014). Vale ressaltar que apesar da prevalência ser alta em jovens universitários do sexo masculino, há uma tendência em aumentar o consumo alcoólico entre as mulheres (ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010). Os homens ficam mais expostos às oportunidades, tanto por beber mais, quanto por influências familiares ou sociais. Além dos fatores socioculturais, nota-se que a mídia direciona, ao sexo masculino, maior incentivo ao consumo de álcool, associando-o a uma maior possibilidade de conquista social. Fato que chama a atenção da importância de ser criada uma obrigatoriedade da mídia de revelar os efeitos danosos do consumo etílico excessivo, similar às normas já existentes referente ao uso do tabaco.

No presente estudo, os acadêmicos de ambos os sexos do primeiro período foram os que mais consumiram dez ou mais doses de álcool, em curto intervalo de tempo. É possível que essa prática tenha iniciado antes do ingresso da vida universitária e que o conhecimento dos danos provocados pelo álcool tenha estimulado a redução do consumo de altas doses etílica, entre o penúltimo e primeiro período do curso de Medicina. No entanto, em pesquisa feita com alunos do primeiro, quarto e sexto ano do curso de Medicina em quatro escolas médicas de Fortaleza, verificou-se alta prevalência do consumo alcoólico e que esta proporção foi crescente entre os semestres, com maior prevalência entre os alunos do internato (PINHEIRO *et al.*, 2017). Barborsa *et al.* (2013), observaram maior consumo de álcool entre os estudantes de períodos mais avançados.



Artigo

Acredita-se que os alunos, dos últimos períodos, ficam mais expostos às sobrecargas de estudos, estágios e outras responsabilidades que podem tornar a vida acadêmica estressante, tornando-os mais vulneráveis ao consumo do álcool.

Neste estudo, todos os acadêmicos negaram tabagismo. A droga mais consumida entre os estudantes, em comparação com a população geral, é o álcool, seguida pelo tabaco (CARLINI *et al.*, 2002; DE ANDRADE *et al.*, 2012; TOCKUS; GONÇALVES, 2008). Um estudo realizado com 300 acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Luterana Brasileira (Ulbra) em 2005, no Rio Grande do Sul, apontou prevalência de 18,6% de fumantes (DA CUNHA *et al.*, 2005). Em 2012, Carneiro *et al.* (2012), verificaram em seu estudo, uma prevalência de tabagismo de 17%, sendo que 81% destes já fumavam antes da faculdade, com idade mediana de início de 17 anos. Em contrapartida, o percentual de alunos tabagistas na Universidade Federal do Maranhão foi de 1,2% em 2013 (BARBOSA *et al.*, 2013). Existem disparidades entre as diversas faculdades de Medicina, e de acordo com o Ministério da Saúde, o percentual de tabagistas entre graduandos do curso médico é menor do que a população geral brasileira. Achados como o do presente trabalho, podem ser decorrentes do desincentivo crescente por parte da mídia no uso do tabaco já que, pesquisas mais recentes mostram índice menores desse hábito.

A maior parte dos estudantes desta pesquisa (80,8%) não exerce trabalho remunerado, e referiam que a média de idade de experimentação da droga ter sido inferior a 18 anos. Idade essa, abaixo da considerada legal para a venda e consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Supõe-se, então, haver desrespeito à lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos ou que seus pais ou responsáveis possam ser coniventes com a aquisição da bebida. É importante a educação familiar, evitando o consumo de bebidas alcoólicas na presença de menores e do maior rigor da fiscalização das vendas.

Verificou-se, ainda neste estudo, que a maioria dos acadêmicos referiram ter religião e que residiam com os pais. Pinheiro *et al.* (2017), em estudo feito com alunos de Medicina do estado do Ceará, observaram que morar com os pais não foi fator de proteção para o consumo de álcool, em nenhum período do curso. Por outro lado, ter religião atuou como protetor desse consumo. Em estudos com acadêmicos da Faculdade de Medicina de Paris VII e de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, perceberam-se uma associação significativa entre *Binge Drinking* e morar sozinho



Artigo

(BARBOSA *et al.*, 2013; DUROY *et al.*, 2017). Pelicioli *et al.* (2017), verificaram que alguns costumes atuam como protetores quanto o uso de álcool, e um deles é integrar grupos religiosos. Geralmente estes não praticam beber pesado e, portanto, não desenvolvem dependência alcoólica. O incentivo à prática religiosa e a orientação familiar quanto aos prejuízos inerentes ao uso problemático do álcool, pode reduzir o consumo etílico entre os adolescentes.

Na presente investigação, a média de idade de experimentação foi de 15,67 anos (DP = 2,62). Outros estudos também verificaram idades precoces de experimentação alcoólica: 12,5 anos (PUIG-NOLASCO; CORTAZA-RAMIREZ; CRISTINA PILLON, 2011) e 15 anos (CARNEIRO *et al.*, 2012). Os estudantes que começam a ingerir álcool antes dos 14 anos de idade são quatro vezes mais propensos a se tornarem dependentes, em algum momento da sua vida, em comparação com aqueles que consumiram álcool pela primeira vez com a idade de 20 anos ou mais (GRANT; DAWSON, 1997; MELONI; LARANJEIRA, 2004). O Projeto Europeu de Pesquisas Escolares sobre Álcool e Outras Drogas, através da administração de um questionário a mais de 100.000 estudantes de 35 países europeus, constatou que, na Europa, cerca de 90% dos estudantes de 15 a 16 anos de idade bebem álcool pelo menos uma vez na vida, sendo que 50% destes são intoxicados (HIBELL *et al.*, 2015). Estes fatos reforçam a importância familiar e das intervenções de políticas públicas preventivas e educativas desde a base escolar, na tentativa de reduzir as consequências do abuso do álcool. O colégio e o ambiente familiar são os locais apropriados para promover a educação para os jovens.

A classificação tradicional das abordagens de prevenção inclui estratégias primárias, secundárias e terciárias: a primária objetiva a redução de riscos e prevenção de novos casos; a secundária, a limitar danos nos estágios iniciais de uma doença e a terciária, a limitar as sequelas a longo prazo e as consequências da doença (KOMRO; STIGLER; PERRY, 2005). Intervenções psicossociais visam o desenvolvimento de habilidades para reduzir esse risco, enquanto as intervenções educacionais para aumentar a consciência dos perigos potenciais do uso de bebida alcoólica (FOX-CROFT; TSERTSVADZE, 2011). Na última década, também foram desenvolvidos programas de prevenção contra o álcool baseados em computador e internet (CHAMPION *et al.*, 2013). Os programas de prevenção de uso de substâncias nocivas nas escolas foram, inicialmente, caracterizados por intervenções de curto prazo. Tais programas despertam o medo e as consequências dos perigos do consumo dessas substâncias a longo prazo (FAGGIANO *et al.*, 2008; GRIFFIN; BOTVIN, 2010). Esses programas deverão ser



Artigo

melhor aproveitados se adaptados a nível nacional, de acordo com os costumes de cada região.

Os resultados do presente estudo e de outras pesquisas semelhantes precisam ser mais debatidos no meio acadêmico, destacando a elevada prevalência de consumidores alcoólicos de risco na população universitária. É importante o incremento de políticas públicas preventivas por meio de alertas, rastreios e controle de possíveis fatores associados ao consumo de álcool, tanto no meio acadêmico, quanto entre jovens que ainda não ingressaram no ensino superior, com intenção de reduzir o impacto negativo causado pelo consumo etílico.

CONCLUSÃO

Os alunos de Medicina, das duas universidades avaliadas, em sua maioria são jovens solteiros, católicos e residem com familiares. Esses informaram que o primeiro contato com o álcool ocorreu em idade precoce e a prevalência de consumo alcoólico de risco encontrada foi de 21%. A maior prática de *binge drinking* ocorreu entre estudantes do penúltimo período, principalmente mulheres, enquanto que a prática de ingerir dez ou mais doses de álcool foi prevalente no primeiro período, em ambos os sexos. É importante que essas informações sejam apresentadas aos gestores e universitários com a intenção de reduzir o impacto negativo causado pelo consumo etílico, na atuação dos futuros médicos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. A. et al. Intention to Drive After Drinking Among Medical Students: Contributions of the Protection Motivation Theory. **Journal of Addiction Medicine**, v. 11, n. 1, p. 70–76, fev. 2017.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P.; OLIVEIRA, L. G. DE. I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. **Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, v. 1, 2010.



BINGE DRINKING ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UNIVERSIDADES PARTICULAR E PÚBLICA DE UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

DOI: 10.29327/213319.18.3-3

Páginas 31 a 55

Artigo

BARBOSA, F. L. et al. Uso de álcool entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Maranhão. **Rev. bras. educ. méd**, v. 37, n. 1, p. 89–95, 2013.

CARDOSO, F. M. et al. Factors associated with practice of binge drinking among students of health. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 475–484, abr. 2015.

CARLINI, E. A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. **São Paulo: Cebrid/Unifesp**, 2002.

CARNEIRO, E. B. et al. Factors associated with heavy episodic drinking among medical students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 524–530, dez. 2012.

CHAMPION, K. E. et al. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. **Drug and Alcohol Review**, v. 32, n. 2, p. 115–123, mar. 2013.

COOK, W. K. et al. Asian American problem drinking trajectories during the transition to adulthood: ethnic drinking cultures and neighborhood contexts. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 5, p. 1020–1027, maio 2015.

DA CUNHA, D. P. et al. Prevalência do tabagismo entre estudantes de Medicina e fatores de risco associados Prevalence of tobacco smoking among medical students and associated risk factors. **Revista AMRIGS**, v. 49, n. 1, p. 16–19, 2005.

DE ANDRADE, A. G. et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 294–305, 2012.

DUROY, D. et al. [Hazardous drinking in Parisian medical students]. **L'Encephale**, v. 43, n. 4, p. 334–339, ago. 2017.



Artigo

FAGGIANO, F. et al. School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. **Preventive Medicine**, v. 46, n. 5, p. 385–396, maio 2008.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, p. CD009113, 11 maio 2011.

FURTADO, E. F.; YOSETAKE, L. L. Coisas simples que todo médico pode fazer para tratar o alcoolismo: você já faz. **Rev Med Sigma Pharma**, v. 1, n. 2, p. 13–7, 2005.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. DE. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227–237, jun. 2015.

GRANT, B. F.; DAWSON, D. A. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **Journal of Substance Abuse**, v. 9, p. 103–110, 1997.

GRIFFIN, K. W.; BOTVIN, G. J. Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 19, n. 3, p. 505–526, jul. 2010.

HIBELL, B. et al. The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries. 2009. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN)**, 2015.

KERR-CORRÊA, F. et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, p. 95–100, 1999.

KOMRO, K. A.; STIGLER, M. H.; PERRY, C. L. Comprehensive approaches to prevent adolescent drinking and related problems. **Recent Developments in Alcoholism: An Official Publication of the American Medical Society on**



Artigo

Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism, v. 17, p. 207–224, 2005.

LEIBSOHN, J. The Relationship between Drug and Alcohol Use and Peer Group Associations of College Freshmen as They Transition from High School. **Journal of Drug Education**, v. 24, n. 3, p. 177–192, 1 set. 1994.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, v. 40, n. 6, p. 584–589, dez. 2005.

LORANT, V. et al. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 615, 28 jun. 2013.

MARAIS, A. L. et al. Alcohol use among sixth-year medical students at the University of the Free State. **South African Journal of Psychiatry**, v. 8, n. 3, p. 79–84, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2003.** Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-control-tabagismo/programa-nacional>. Acesso em: 25 nov. 2017.

NATIVIDADE, J. C. et al. Personality factors as predictors of alcohol consumption by university students. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1091–1100, jun. 2012.

NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. College drinking. 2015.

NÓBREGA, M. DO P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. DE. Alcohol consumption among women: a qualitative analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 816–823, out. 2005.



Artigo

PADUANI, G. F. et al. Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 1, p. 66–75, 2008.

PATRICK, M. E. et al. Extreme binge drinking among 12th-grade students in the United States: prevalence and predictors. **JAMA pediatrics**, v. 167, n. 11, p. 1019–1025, 2013.

PELICIOLO, M. et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 150–156, set. 2017.

PETROIANU, A. et al. Prevalência do consumo de álcool, tabaco e entorpecentes por estudantes de medicina da universidade federal de minas gerais. **Rev. Assoc. Med. Bras.**(1992), v. 56, n. 5, p. 568–571, 2010.

PEUKER, A. C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 193–200, ago. 2006.

PINHEIRO, M. DE A. et al. Prevalência e Fatores Associados ao Consumo de Álcool e Tabaco entre Estudantes de Medicina no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 231–239, jun. 2017.

PINSKY, I. et al. First National survey on patterns of alcohol consumption in the Brazilian population. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 214–215, set. 2010.

PUIG-NOLASCO, A.; CORTAZA-RAMIREZ, L.; CRISTINA PILLON, S. Consumo de alcohol entre estudantes mexicanos de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, 2011.

RAMIS, T. R. et al. Smoking and alcohol consumption among university students: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 376–385, jun. 2012.



Artigo

RAMOS-DIAS, J. C. et al. Quality of life among 100 medical students at the Catholic University in Sorocaba, São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 116–123, mar. 2010.

ROCHA, L. A. et al. Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Educ Med**, v. 35, n. 3, p. 369–75, 2011.

SANTOS, W. S. DOS et al. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): exploring its psychometric parameters. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 117–123, 2012.

SILVA, É. C.; TUCCI, A. M. Estudo transversal sobre o uso de risco de álcool em uma amostra de estudantes de uma universidade federal brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 317–325, dez. 2014.

TOCKUS, D.; GONÇALVES, P. S. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 3, p. 185–7, 2008.

TROSTLER, M.; LI, Y.; PLANKEY, M. W. Prevalence of binge drinking and associated co-factors among medical students in a U.S. Jesuit University. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 40, n. 4, p. 336–341, jul. 2014.

WAGNER, G. A.; ANDRADE, A. G. DE. The use of alcohol, tobacco and other drugs among Brazilian college students. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 48–54, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2014.



Artigo

PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE QUEIXAS TÉCNICAS DE BOLSAS DE SANGUE COMERCIALIZADAS NO BRASIL APÓS A PUBLICAÇÃO DO NOVO REGULAMENTO TÉCNICO

Gleyce Carolina Santos Cruz¹
Anna Maria Barreto Silva Fust²
Renata de Freitas Dalavia Vale³
Lilian de Figueiredo Venâncio⁴
Filipe Soares Quirino da Silva⁵
Michele Feitoza Silva⁶

ABSTRACT - Blood bags are risk III-high complexity products designed to collect, store and transfer blood efficiently and safely. The national reference for the analysis of this product is the National Institute of Quality Control in Health (INCQS) - Oswaldo Cruz Foundation, responsible for the preliminary analysis to the registry and control of these products. RDC publication No. 35/2014 replaced Ordinance No. 950/1998, which optimized and validated the methodologies. This study aims at evaluating the profile of

¹ Mestranda em Vigilância Sanitária no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Fiocruz-RJ.

E-mail: gleycesantos2506@gmail.com

² Técnica em Saúde Pública do Setor de Hemoderivados e Artigos de Saúde do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) - Fiocruz-RJ.

³ Técnica em Saúde Pública do Setor de Hemoderivados e Artigos de Saúde do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) - Fiocruz-RJ

⁴ Técnica em Saúde Pública do Setor de Hemoderivados e Artigos de Saúde do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) - Fiocruz-RJ.

⁵ Vice-diretor de Ensino e Pesquisa do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) - Fiocruz-RJ.

⁶ Chefe do Laboratório de Biológicos e Artigos de Saúde do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) - Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

notifications before and after implementation of the new technical regulation of blood bags in Notivisa System. The research was conducted from 2012 to 2016. The following filters were used: period, product name and type of event (technical complaint). 458 notifications were held and 520 problems were found in the study period. this difference was noted in view that some notifications contained more than one issue related to the product. There were 39 complaints registered in the system in 2012, and 48 in 2013, 92 in 2014, 150 in 2015 and 129 in 2016. The main reasons reported were related to bent and/or broken needles (15.6%), defective seals (10.2%) and extravasation of anticoagulant and/or preservation solution (9.6%). There was a significant increase of notifications in 2015. The study showed that the previous analysis conducted in INCQS is a positive tool for SNVS, but it does not guarantee the sanitary quality. Thus, we highlight the importance of health monitoring for purchasing product with acceptable quality, avoiding part of the notifications.

Keywords: Health Regulation and Inspection. Plastic Bags for Blood Preservation. Information System. Health Surveillance of Health Products.

RESUMO - As bolsas de sangue são produtos de alta complexidade, classificados como risco III, que se destinam a coletar, armazenar e transferir o sangue de forma eficiente e segura. A referência nacional para análises deste produto é o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) da Fundação Oswaldo Cruz, responsável pelas análises prévias ao registro e controle destes produtos. A publicação da RDC nº 35/2014 substituiu a Portaria nº 950/1998, onde as metodologias foram otimizadas e validadas. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil das notificações antes e depois da implementação do novo regulamento técnico de bolsas de sangue no Sistema Notivisa. Realizou-se pesquisa no período de 2012 a 2016. Foram utilizados os seguintes filtros: período, nome do produto e tipo de evento (queixa técnica). No período de estudo foram realizadas 458 notificações e encontrados 520 problemas, pois, por vezes as notificações continham mais de um problema relacionado ao produto. Em 2012, foram realizadas 39 queixas no sistema, em 2013 (48), em 2014 (92), em 2015 (150) e 2016 (129). Os motivos mais notificados foram relacionados à agulha torta e/ou quebrada (15,6%), defeito no lacre (10,2%) e extravasamento da solução anticoagulante e/ou preservadora (9,6%). Em 2015, houve um aumento significativo das notificações. O estudo demonstrou que a análise



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

prévia realizada no INCQS é uma ferramenta positiva para o SNVS, mas não garante a qualidade sanitária. Assim, destaca-se a importância do monitoramento sanitário para aquisição de produtos com qualidade aceitável, evitando parte das notificações.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde. Bolsas Plásticas para Preservação de Sangue. Sistema de Informação. Vigilância Sanitária de Produtos para a Saúde.

INTRODUCTION

The blood bag, as it is stated by standard ISO 3826-1/2013, is a product that consists of sterile plastic bags, complete with collection tubes, output tubes, transfer tubes, needle for collection and associated containers, which depends on their purpose. They are risk III-highly complex products, in accordance with Resolution RDC No. 185, of October 22, 2001. The product is designed for collection, processing, storage, administration and transportation of blood and blood components efficiently and safely (BRASIL, 2001; ISO, 2013; BRASIL, 2014).

For storing blood fractions, the blood bags can be of dry-type, i.e., blood bags without anticoagulant and/or preservation solution, or with anticoagulant and/or preservation solution. The national reference for analysis of this product is the National Institute of Quality Control in Health (INCQS/FIOCRUZ), responsible for the prior to registry, fiscal and control analysis (VALE, 2010).

The regulatory reference for the control of this product is Resolution RDC No. 35, of June 12, 2014, issued by Anvisa, that replaced Ordinance No. 950 of November 26, 1998 from the Ministry of health (MS), which contains the methods that were evaluated, optimized and validated (BRASIL, 1998; VALE, 2010; BRASIL, 2014)

The quality control of blood bags follows the parameters described in current legislation (RDC No. 35/2014). It is the main legal quality control instrument of blood bags and is related to the main official compendium and international technical standards. This legislation sets out an initial assessment of general aspects by verifying the parameters of transparency, flexibility, strength and compatibility with the content under normal conditions of storage, size, packaging and labelling. It also sets out the verification of collection tubes, needle for collection and output tubes. The evaluation of specific



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

aspects is recommended by physical, biological and physicochemical assays (VALE 2010; BRASIL 2014);

Quality control analyses are procedures or assays to check the conformity of the product with respect to the declared information (INMETRO, 2014; INMETRO, 2015). In the National Sanitary Surveillance System (SNVS), the analyses contribute to the quality assessment of inputs, products, environments or even services subject to sanitary surveillance (VISA) (ANVISA, 2010; BRANCO, 2015).

The health products, when used under the recommended conditions and for the intended purposes, should act in a way that does not compromise the health of patients and product operators. In Brazil, the post-market surveillance of health products is designated as technovigilance. The technovigilance unit (UTVIG) consists of a surveillance system for adverse events (EA) and technical complaints (QT) of health products in post-marketing phase, being coordinated by the management of the Nucleus of Management of the National System of Notification and Investigation in Sanitary Surveillance (*Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária* - NUVIG/ANVISA), which aims to verify the safety and performance to ensure the health protection and promotion (ANVISA, 2010). According to Anvisa Technovigilance Guide (*Manual de Tecnovigilância da Anvisa*), EA is "an unwanted effect in humans resulting from the use of products subject to VISA", and QT consists of a complaint related to the "suspicion of change/irregularity of a product related to technical or legal aspects, which may or may not cause harm to health" (ANVISA, 2010). UTVIG, established in 2001, has made Anvisa responsible for receiving the required reports from health professionals and registration holders of health products in order to submit the publication of alerts, the withdrawal of products from the market and the monitoring of registration revalidation processes (ANVISA, 2010; ANVISA, 2015a).

The product, after receiving the approval of Anvisa/Ministry of health (MS), can be marketed and initiates the post-marketing phase, where unexpected problems can be observed during the registration assessment. It is of utmost importance to gather and assess the information received on a particular product, i.e. perform post-marketing surveillance, since the protection and promotion of the population health are VISA's assignments (BRASIL, 1976; ANVISA, 2010; BRASIL, 2013).

In order to increase post-use surveillance, Notivisa (Notification System for Health Surveillance), a national computerized system, was developed and became available in Anvisa portal, which receives EA and QT notifications related to the use of



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

products and services under health surveillance carried out by Sentinel hospitals (which function as services observatory for the management of risks to health in joint and effective action with the National Sanitary Surveillance System (SNVS), companies that hold registrations, health professionals and citizens, in order to minimize the risks and problems associated with the product (BRASIL, 2013)

EA and QT notifications related to products under VISA are received by Notivisa (ANVISA, 2015a). Ordinance No. 1,660, of July 22, 2009, which establishes the notification and investigation system on sanitary surveillance - Vigipós, represented a milestone in the surveillance of EA and QT, and made it possible to obtain better information from EA and QT of products marketed in the country and to subsidize health regulation, since it joined epidemiological and sanitary surveillance through the systematization and integration of notification, research and monitoring mechanisms of EA related to health services and products (BRASIL, 2009a; MORAIS, 2009; ANVISA, 2010; MORAIS, 2011; MORAIS, 2013).

In order to facilitate and expedite the obtainment of information on the performance of products in use, Anvisa deployed in 2002 the Brazilian Network of Sentinel Hospitals (Rede Brasileira de Hospitais Sentinela), formed by teaching and/or high complexity hospitals, to act as observatories of performance and safety of health products, allowing to encourage notifications of adverse events and technical complaints (ANVISA, 2010; ANVISA, 2015a; BRANCO, 2015).

The research is conducted by Anvisa, in accordance with the criteria used for each product and with the severity of cases. If a case is confirmed, the registration holder company needs to take action involving the generation of safety alerts and disclosure to health services and population, in order to preclude or minimize the likelihood of health damage to the population exposed to the product (ANVISA, 2015a).

In 2009, by Anvisa resolution number 67/2009 was published, which provides the technovigilance standards applicable to health product registration holders in Brazil, and thus forced the owners to notify occurrences involving their products. This showed a concern involving the monitoring of post-marketed products, representing extreme importance to SNVS since it allows data collection that contributes to the audit actions and regulatory evolution (BRASIL, 2009b; FEITOZA-SILVA, 2016)

This study aims at evaluating the profile of notifications before and after implementation of the new technical regulation of blood bags in Notivisa System.



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: [10.29327/213319.18.3-4](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-4)

Páginas 56 a 71

Artigo

METHOD

A data search was carried out in Notivisa system, involving QTs related to plastic bags received by Notivisa (Figure 3). All notifications related to blood bags registered in Notivisa from 2012 to 2016 were requested to the Management Unit of the Notification and Investigation System on Sanitary Surveillance (Nuvig/Anvisa).

After being electronically received, the notification records were handled using a spreadsheet editor, classified and evaluated using the following filters: year, product name (blood bags) and type of event (QT). The time period from 2012 to 2016 was chosen to carry out this study to assess the impact of the new technical regulation published in 2014. The total number of QTs logged in Notivisa was quantified and subsequently analyzed by year in the period proposed to assess the situation of the products on an annual basis, since during the period of study a legislation was published that modified the regulation of plastic bags in Brazil³. Considering the risk associated, according to RDC No. 185/2001, with the type of products found, the object of study was defined. Thereafter, the grounds of the technical complaints were analyzed and quantified (BRASIL, 2001).

The study was limited, according to the product type, from technical complaints, period and reason. The data on notifications have been exported to an Excel worksheet®, classified and quantified according to the type of product. For that, the following words were used as filters: bag, kit, set and "blood", which provided information on the blood bags that enabled the quantification of their contents, since it is possible to find the product name as a kit, set, etc. Data was organized and evaluated using Excel ®.

Each notification was assessed, identifying the reason to define a profile of QT notifications. The reasons for the technical complaints were individually examined and classified into the following groups: functionality, packaging, aspect, registration and others. Within these groups, the technical complaints were reclassified with greater specificity, and individually, into subgroups, correlating the technical complaint reasons with the conformity criteria established by Resolution RDC No. 35, of June 2014. By identifying and quantifying the problems pointed out, the profile of technical complaint notifications in the period and the most prevalent reasons per year were defined (BRASIL, 2014).



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

A request to UTVIG for a study with the object to be studied, for greater scope, was needed to start our research, and therefore, we requested the use of "pockets", "kits", "blood" and "set". The whole study was based on the notifications found in Notivisa related to quantity, and for this reason, the second filter was used for this purpose.

The results obtained were organized into charts and graphs for better presentation and analysis of results.

RESULTS

458 notifications were found in Notivisa related to 520 problems, since some notifications contained more than one issue related to the product. Hence, despite of the high number of QT for these products, we focused on the study of items with greater impact on public health. Then, we analyzed and quantified the reasons of each notification (table 1). The notification is voluntary for health professionals and population, but mandatory for registration holders and health services and, thus, some notifications may have been processed (investigated and completed) by the State or Municipal Sanitary Surveillances without being included in Notivisa (BRASIL, 2009b; ANVISA, 2010; BRASIL, 2010; ANVISA, 2015b).

The descriptor "blood bags" was the one with the largest number of notifications in each year. The other descriptors ("kit", "set" and "blood") presented a similar number of notifications between 2012 and 2016. Between 2012 and 2016, 39 (2012), 48 (2013), 92 (2014), 150 (2015) and 129 (2016) notifications (458 in total) were registered in Notivisa related to technical complaints associated with blood bags.

Table 1 presents the different reasons related to QT notifications about blood bags recorded in Notivisa, during the period of study. The notifications were classified by reasons, in order to minimize gaps and non-uniformity of the notifiers. The proposed topics were defined by quality criteria established in the specific standard.

This classification was of great relevance due to heterogeneity of the notifications and the diversity of the notifying agents. Notifications whose non-conformities did not fit in the stated rankings, or that did not have a clear description of the problem presented, were classified as others.



Artigo

Table 1: Technical complaint records related to blood bags from 2012 to 2016

Description of Technical Complaints	Number of notifications					Total	%
	2012	2013	2014	2015	2016		
Functionality							
Disconnected needle	5	7	12	6	6	36	6.9
Bent and/or broken needle	2	11	13	28	27	81	15.6
Defective bag connector	3	0	6	8	6	23	4.4
Defective seal	6	2	0	34	11	53	10.2
Needle obstruction	4	3	0	7	2	16	3.1
Vacuum system damaged	1	1	0	6	1	9	1.7
Defective retractable system (needle)	0	0	6	1	0	7	1.3
Package							
Disrupted plastic package	2	0	10	4	13	29	5,6
Labelling issues	1	1	1	2	5	10	1,9
Aspect							
Collapsed bag	1	1	2	3	1	8	1,5
Blood extravasation	1	5	12	14	12	44	8,5
Extravasation of anticoagulant and/or preservation solution	8	8	13	9	12	50	9,6
Presence of blood clot	1	1	1	0	0	3	0,6
Altered color of anticoagulant and/or preservation solution	0	0	0	8	9	17	3,3
Altered pH and lack of anticoagulant and/or preservation solution	0	1	2	0	3	6	1,2
Presence of holes and microholes in the bag	5	0	2	1	4	12	2,3
Presence of holes and microholes in the collection tube	1	0	1	3	2	7	1.3
Presence of dirt, stain or foreign bodies inside the product	3	1	3	8	11	26	5,0
Others	6	9	17	23	28	83	16,0
Total	50	51	101	165	153	520*	100

*There were, sometimes, more than one type of non-compliance in the same notification, and for this reason, the total number of technical complaints (520) was greater than the total number of notifications registered in NOTIVISA (458).



Artigo

Source: Notivisa data. Adapted (2016).

After the classification in 4 groups, notifications were reclassified into 18 sub-groups, based on quality criteria established in specific standard for blood bags, in order to more specifically assess the problems observed and reported by the notifiers, during use.

Based on the classification carried out, it could be noted that the main reasons reported were related to bent and/or broken needles (15.6%), defective seals (10.2%) and extravasation of anticoagulant and/or preservation solution (9.6%) (Figure 1).

Figure 1: Reasons of greater prevalence of technical complaint notifications related to blood bags, per year

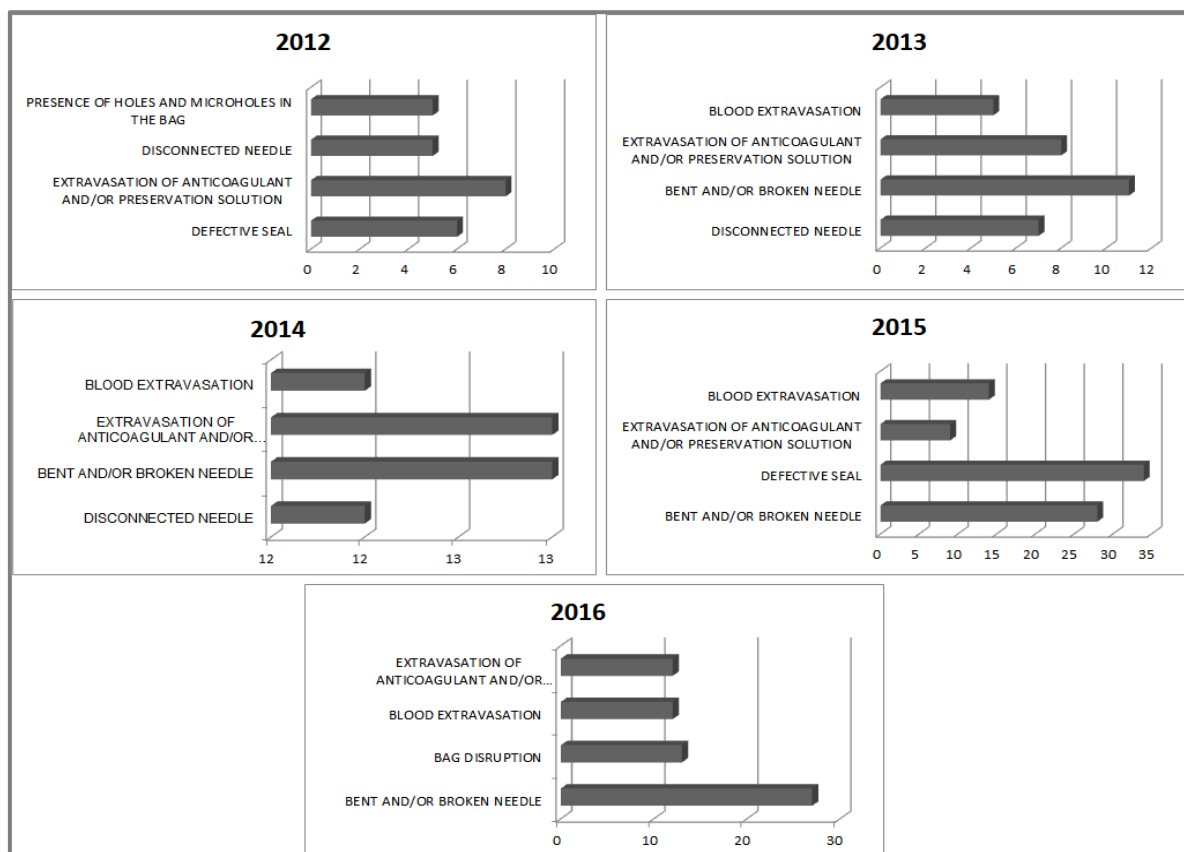


PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: [10.29327/213319.18.3-4](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-4)

Páginas 56 a 71

Artigo



Source: Notivisa data. Adapted (2016).

DISCUSSION

According to table 1, these non-conformities may point out problems in the process control of manufacturing blood bags, or problems associated with control of manufacturing environments (NICKEL, 2010).

In 2015, the year in which the new technical regulations for blood bags came into force, the number of notifications for this product significantly increased. It was verified an emergence of notifications related to anticoagulant and/or preservation solutions (color changed), which represents a potential risk, and even other problems encountered, such



Artigo

as bent and/or broken needle (81), disconnected needle (36) and bag disruption (29), which comprise a risk especially to health professionals that handle the product, in addition to the financial damage that may be caused by product loss, for being a high value product.

With respect to the increase of occurrences in 2015 related to defective seals, a significant decrease of more than 50% was observed in 2016 in the number of notifications in relation to 2015. On the other hand, there was not a remarkable decrease of notifications related to bent and/or broken needles from 2015 to 2016.

The decrease could be related to a possible adequacy of the companies to solve these problems, after the implementation of the new technical regulation. Additionally, it is important to note that the blood bags are risk III products (high risk), according to the classification set forth by RDC No. 185/2001, i.e. these problems should not even show up. An inspection by the responsible bodies and compliance with the acceptance criteria determined by legislation in force is needed (BRASIL, 2001).

Analyzing this bias, we can conclude that the registration holder companies are not complying with the quality criteria set forth, and not even perform a risk management of their products, since the number of notifications in 2016 remains high. With this in mind, the SNVS should monitor, analyze and investigate these quality deviations, even in case of limitations as to the resources needed for taking action in post-marketing analyses, and of structured and accredited laboratories for analysis of these products (BRANCO, 2015; ANVISA, 2010).

It is important to highlight that the registration holder company is responsible for the quality assurance of the product and shall take measures to prevent and avoid recurrence of the failures identified, as well as analyze processing errors, in order to ensure the safety and efficacy of the product to avoid risks to users (BRASIL, 2013).

The participation of health professionals, health services and system users is of paramount importance, and the notification aids in quality monitoring of post-marketing products. The awareness of Notivisa system is necessary, since it promotes integration between VISA and the society, serving as an important tool to help taking preventive measures by SNVS and the company itself (VICENTE, 2012; ANVISA, 2015c; BRANCO, 2015).

CONCLUSION



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

Therefore, it was possible to evaluate, in the period of study, the QT notifications related to blood bags before and after implementation of the new technical regulation for blood bags.

The classification provided an individual evaluation of notifications due to the large amount of related problems and the diversity of notifications recorded in the system, which are presented in a non-structured form.

458 QTs were reported in the study period, and 2015 was the year with the greater number of registered notifications. The QTs of higher prevalence were related to bent and/or broken needles (15.6%), defective seals (10.2%) and extravasation of anticoagulant and/or preservation solution (9.6%).

It is worth mentioning that, in 2015, there was a significant increase of "bent and/or broken needle" and "defective seal" notifications, which decreased in 2016. However, the emergence of notifications related to anticoagulant and/or preservation solution in 2015 and in 2016, which in previous years had no record in the system, is worrisome.

The study carried out in Notivisa showed that the previous analysis conducted in INCQS is a positive tool for SNVS, but it does not guarantee the sanitary quality. Moreover, it represents a positive strategy of partnerships with official laboratories. Studies related to QTs and EAs of products of health concern and the implementation of monitoring programs that seek to strengthen post-market surveillance actions are important, these actions being understood as a duty or assignment of all parties of the SNVS. Thus, we highlight the importance of monitoring, that should be continuous and combined with a strategy of appreciation of sanitary official laboratories with information that will certainly reduce the risk to population and guide a strategy for acquisition of products with acceptable quality, avoiding part of the notifications and improving VISA actions.

REFERENCES

ANVISA. **Manual de tecnovigilância**: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil. Brasília, 2010. 629 p.



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

_____. **Histórico da Rede**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<http://redesentinela-anvisa.blogspot.com.br/p/historico-da-rede.html>>. Acesso em: 08 nov. 2015a.

_____. **Rede Sentinela**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela>>. Acesso em: 09 nov. 2015b.

_____. **Produtos para a Saúde**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<http://portal.Anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Produtos+para+a+Saude>>. Acesso em: 09 nov. 2015c.

BRANCO, N. M. C.; LOPES, R. G.; SILVA, M. F.; ROMÃO, C. M. C. A. P. Notivisa e os laboratórios de Saúde Pública: A interface da informação em Vigilância Sanitária. **Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 3, n. 3, p. 130-134, 2015.

BRASIL. **Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 de set. 1976.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 950, de 26 de novembro de 1998**. Anexo. Regulamento técnico sobre bolsas plásticas para a coleta e acondicionamento de sangue humano e seus componentes. Diário Oficial da União, Brasília, (DF), Brasília (DF), 30 nov.1998.



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001**. Aprova o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 out.2001.

_____. **Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009**. Institui o sistema de notificação e investigação em vigilância sanitária - Vigipós, no âmbito do sistema nacional de vigilância sanitária, como parte integrante do sistema único de saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 24 de jul. 2009a.

_____. **Resolução nº. 67, 21 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre normas de tecnovigilância aplicáveis aos detentores de produtos para a saúde no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 23 dez. 2009b.

_____. **Resolução nº 2, 25 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 jan. 2010.

_____. **Resolução nº 16, de 28 de março de 2013**. Aprova o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e Produtos para Diagnóstico de Uso In Vitro e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 01 abr. 2013.

_____. **Resolução nº 35, de 12 de junho de 2014**. Dispõe sobre bolsas plásticas para coleta, armazenamento e transferência de sangue humano e seus componentes. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 02 jun. 2014.

FEITOZA-SILVA, M.; SILVA, F. B.; CARVALHO, S. F.; CARVALHO, C. M.; VALE, R. F. D.; SILVA, N. P. F.; GEMAL, A. L. Certificação compulsória e qualidade



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

de agulhas e seringas em um Hospital Sentinela. **Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 4, n. 3, p. 21-26, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA. **O que é INMETRO**. Rio de Janeiro, nov. 2014. Disponível em:

<<http://www.inmetro.gov.br/inmetro/oque.asp>>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA.

Avaliação da conformidade. 6. ed. 2015. Disponível em:

<<http://www.inmetro.gov.br/qualidade/>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 3826-1**:

plastics collapsible containers for human blood and blood components - part 1:

conventional containers. Switzerland, 2013.

MORAIS, L. O. **Avaliação da qualidade de seringas e agulhas comercializadas no Brasil**. 2009. 90 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Vigilância Sanitária – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MORAIS, L. O. **Qualidade do fio para sutura cirúrgica e do cateter venoso central: avaliação das notificações de tecnovigilância registradas no sistema NOTIVISA**.

2011. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária) – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

MORAIS, L. O.; FRIEDRICH, K.; MELCHIOR, S. C.; FEITOZA-SILVA, M.; GEMAL, A. L.; DELGADO, I. F. Eventos adversos e queixas técnicas relacionados ao fio para sutura cirúrgica comercializado no Brasil. **Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 1, n. 2, p. 35-43, 2013.



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: 10.29327/213319.18.3-4

Páginas 56 a 71

Artigo

NICKEL, E. M.; FERREIRA, M. G. G.; FORCELLINI, F. A.; SANTOS, C.; SILVA, R. A. A. Modelo multicritério para referência na fase de Projeto Informacional do Processo de Desenvolvimento de Produtos. **Revista Gestão & Produção**, v. 17, n. 4, p. 707-720, 2010.

VALE, R. F. D. **Avaliação de metodologias preconizadas no controle de qualidade físico-químico de bolsas de sangue**. 2010. 106 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Controle da Qualidade de Produtos, Ambientes e Serviços Vinculados à Vigilância Sanitária) – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

VICENTE, M. G. **Vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde: A Tecnovigilância com uma prática de Saúde Pública**. 2012. 23 p. Boletim Informativo de Tecnovigilância, Brasília: Unidade de Tecnovigilância, v. 3, 2012.



PROFILE OF NOTIFICATIONS OF TECHNICAL COMPLAINTS OF BLOOD BAGS MARKETED IN
BRAZIL AFTER PUBLICATION OF THE NEW TECHNICAL REGULATION

DOI: [10.29327/213319.18.3-4](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-4)

Páginas 56 a 71

Artigo

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM
SAÚDE NO SUS**

**PROFESSIONAL TRAINING AND KNOWLEDGE PRODUCTION IN
HEALTH IN SUS**

Kévia Katiúcia Santos Bezerra¹

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral²

Rozane Pereira de Sousa³

Sonally Yasnara Sarmiento Medeiros Abrantes⁴

RESUMO - Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, proveniente de um relato de experiência sobre as vivências durante o curso de Preceptoria de Residência Médica no SUS. O objetivo do curso é a capacitação de preceptores para programas educacionais desenvolvidos em serviços do Sistema Único de Saúde. O curso promove a análise dos contextos interno e externo ao trabalho de preceptoria, identificando os atores envolvidos, reconhecendo a existência de interesses antagônicos e buscando a criação de espaços de diálogo e pactuação, orientados por uma perspectiva de complementaridade entre as diferentes visões e saberes. O curso apresentou uma abordagem construtivista, baseada em metodologias ativas, em que foram utilizados alguns métodos, como o espiral construtivista e a problematização. Ainda foram empregadas outras estratégias

¹ Mestre em Sistemas Agroindustriais com ênfase na saúde. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande e Chefe da divisão médica do Hospital Universitário Júlio Bandeira - HUJB/UFPG/EBSERH, Cajazeiras – PB. Contato: keviabezerra@hotmail.com

² Mestre em Sistemas Agroindustriais com ênfase na saúde. cursando Doutorado em Ciências da Saúde pela Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. Contato: symara_abrantes@hotmail.com;

³ Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2012). Especializações em: Direitos Humanos e Obstetrícia. cursando pós-graduação em docência do ensino superior. Contato:rps-cefet@hotmail.com;

⁴ Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. Especialista em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto de ensino e pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande e Chefe da Unidade de pronto atendimento do Hospital Universitário Júlio Bandeira - HUJB.



Artigo

educacionais, como filmes, histórias, e depoimentos que funcionaram como disparadores para abordar determinados temas, uma atividade que era denominada como viagem, o que foi avaliado como o diferencial nesse processo de formação pedagógica. A experiência permitiu a construção concreta de conhecimentos nas áreas propostas pelo curso: atenção à saúde e preceptoria, gestão do trabalho e da educação em saúde e na formação profissional e do conhecimento em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde; Aprendizado Baseado em Problemas; Preceptoria.

ABSTRACT - This is a descriptive, retrospective study from an experience report about the experiences during the Preceptoria de Residência Médica course in SUS. The objective of the course is the training of preceptors for educational programs developed in services of the Unified Health System. The course promotes the analysis of the internal and external contexts of preceptory work, identifying the actors involved, recognizing the existence of antagonistic interests and seeking the creating spaces for dialogue and agreement, guided by a perspective of complementarity between the different visions and knowledges. The course presented a constructivist approach, based on active methodologies, in which some methods were used, such as the constructivist spiral and the problematization. Other educational strategies, such as films, stories, and testimonies that worked as triggers to address certain themes, an activity that was called travel, were evaluated as the differential in this pedagogical training process. The experience allowed the concrete construction of knowledge in the areas proposed by the course: health care and preceptor, work management and health education and vocational training and health knowledge.

Keywords: Health education; Problem-Based Learning; Preceptoria.

INTRODUÇÃO

O curso “Preceptoria de Residência Médica no SUS” promovido pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa a nível Lato Sensu, tem como objetivo a capacitação de preceptores para programas educacionais desenvolvidos em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que essa questão tem sido um fator crítico de sucesso na



Artigo

integração ensino-serviço e no desenvolvimento do SUS. Os cursos do Projeto de Apoio ao SUS utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem, buscando estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades da sociedade. Essas iniciativas objetivam aprofundar, de modo crítico e reflexivo, o conhecimento cientificamente produzido nas áreas de gestão, saúde e educação e o diálogo entre esses saberes e as necessidades da sociedade. A especialização em “Preceptoria no SUS” tem como desafio cumprir com esse objetivo em relação à formação de profissionais de saúde (LIMA et al., 2017).

Uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregando o desenvolvimento individual e o institucional, entre os serviços e a gestão setorial e entre a atenção e o controle social (BRASIL, 2003).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deve embasar-se na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2003).

Segundo Ceccim (2005), para produzir mudanças de práticas na gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las no contexto de trabalho de cada equipe e de construir novas práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada, equânime e de qualidade.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência que emergiu das sínteses reflexivas construídas ao longo do trajeto para compor a atividade “Trabalho de Conclusão de Curso”, tendo como ênfase as reflexões suscitadas pelas atividades educacionais desenvolvidas no curso “Preceptoria de Residência Médica no SUS”.



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, que decorreu de um relato de experiência das vivências ao longo do Curso de Especialização em Preceptoría de Residência Médica no SUS, ofertado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, com uma carga-horária de 360h de atividades.

O objetivo do curso é a capacitação de preceptores para programas educacionais desenvolvidos em serviços do Sistema Único de Saúde. O curso promove a análise dos contextos interno e externo ao trabalho de preceptoría, identificando os atores envolvidos, reconhecendo a existência de interesses antagônicos e buscando a criação de espaços de diálogo e pactuação, orientados por uma perspectiva de complementaridade entre as diferentes visões e saberes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ingresso no curso de Preceptoría em Residência Médica no SUS foi permeado por expectativas, pois o mesmo representa uma oportunidade de adquirir conhecimentos e habilidades nas áreas de atenção à saúde voltada para a preceptoría médica, gestão do trabalho, educação em saúde, formação profissional e produção de conhecimento em saúde.

No âmbito da formação profissional, o curso promove a identificação das necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e das famílias atendidas, a partir da reflexão sobre as práticas de saúde e de gestão do trabalho e da educação em saúde, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem, culturas e valores, identificando as suas próprias necessidades de como profissional e preceptor.

Ainda pretende desenvolver atividades educacionais a partir das necessidades de aprendizagem identificadas, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um e favorecendo o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação das limitações e dificuldades. Promove a educação pelo exemplo e atua como facilitador para a aprendizagem dos educandos e da equipe em que atua, incentivando a inovação e a melhoria da qualidade das práticas.

Estimula a curiosidade, a independência intelectual e o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde. Favorece a utilização de



Artigo

experiências e vivências na construção de pontes com os disparadores de aprendizagem. Estimula a busca de evidências científicas e de melhores práticas, favorecendo a análise crítica de informações e a capacidade de aprender ao longo da vida.

Nesse sentido, observa-se o quanto foram importantes algumas atividades desenvolvidas no curso com esse objetivo, bem como através da literatura consultada. Percebe-se claramente o crescimento nessa área e como tudo isso tem sido relevante para o desempenho enquanto preceptores.

Outras atividades possibilitaram a cultura de avaliação de programas educacionais desenvolvidos no contexto do SUS, visando à potencialização da preceptoria e da integração ensino-serviço para a melhoria qualidade da atenção à saúde e da educação no trabalho. Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas no exercício da preceptoria, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e as conquistas.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se nesse contexto os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008).

As novas propostas de ensino e aprendizagem têm como finalidade a formação de um profissional crítico e de um cidadão preparado para aprender a aprender, criar, propor e participar da construção do novo modelo de atenção à saúde (FAUSTINO et al., 2003). Para isso, o processo formativo deve ocorrer de forma articulada com o mundo do trabalho, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo, visando à transformação das práticas assistenciais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Tais práticas devem ser organizadas com base nas necessidades de saúde da população e sua transformação requer esforços conjugados entre a academia e os serviços de saúde, considerando que, para avançar na implementação das diretrizes do SUS, é necessário efetivá-las no cotidiano das Unidades de Saúde (BOURGET, 2005).

Outro momento muito significativo no curso foram as atividades que pretendiam desenvolver a capacidade de fazer e receber críticas de modo ético, orientado para a construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e para o exercício reflexivo da preceptoria. Nesse momento, percebemos algumas posturas inadequadas e que não contribuíam para o aprendizado nem muito menos para o crescimento dos indivíduos enquanto profissionais, como a



Artigo

utilização de críticas com fundamento de mera avaliação infundado, ou baseado em opiniões próprias que só ditam valor ao emissor.

Vale salientar que o processo de ensino e aprendizagem adotado no curso se baseia em uma abordagem construtivista para o desenvolvimento das competências e está ancorado em: teorias interacionistas; metodologia científica; comunidades de aprendizagem; dialogia e; nas estratégias que são empregadas nas metodologias ativas, como filmes, histórias, depoimentos que são utilizados como disparadores, na medida em que aproximam com a realidade e ainda, através de visitas técnicas.

O construtivismo não é um método, não é uma técnica, não é exatamente uma metodologia, mas sim uma postura em relação à aquisição do conhecimento (LEÃO, 1999). Significa a ideia de que nada a rigor está pronto, acabado, e de que, especificamente, o conhecimento não é dado em nenhuma instância como algo terminado (BECKER, 1993).

Segundo Salvador (2000), a concepção construtivista integra princípios explicativos sobre a natureza social e a função socializadora da escola, o papel do professor e dos conteúdos e ainda, sobre os processos de construção, modificação e reorganização dos esquemas e significados do conhecimento. Essa concepção tem sido um importante referencial para o deslocamento da formação profissionalizante ou tecnocientífica, para uma educação transformadora da realidade (BORDENAVE, 2001).

A teoria interacionista ou sociointeracionista promoveu uma releitura das explicações aparentemente antagônicas entre o adquirido e o inato e foca na mediação que ocorre entre o sujeito e o objeto (LIMA, 2016). Para essa teoria, traduzida na pedagogia construtivista, tanto os fatores hereditários quanto os conteúdos, a cultura e a sociedade interagem na aprendizagem (BECKER, 2012).

O interacionismo piagetiano pretende superar as concepções inatistas e comportamentalistas sobre como o homem adquire conhecimentos e condutas. Essas duas posturas são contrárias à concepção construtivista de aquisição do conhecimento e, ao mesmo tempo, são fundidas para dar lugar a essa nova concepção chamada interação. Para Piaget essa interação se dá por dois processos simultâneos: a organização interna e a adaptação ao meio. A adaptação ao meio é definida como a própria função do desenvolvimento da inteligência e ocorre por meio de dois processos complementares, não assimilação e acomodação (LEÃO, 1999).

As metodologias ativas, de um modo geral, são consideradas tecnologias que proporcionam o engajamento dos indivíduos no processo educacional e que favorecem o desenvolvimento de sua capacidade crítica e reflexiva em relação ao que estão fazendo



Artigo

(HANNAFIN; HANNAFIN, 2010). Visam promover a proatividade por meio do comprometimento dos sujeitos no processo educacional, vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos da realidade, desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade, colaboração e cooperação entre participantes (LIMA, 2016).

A interação entre o sujeito e objeto e entre pessoas com diferentes repertórios possibilita zonas de desenvolvimento proximal que impulsionam a aprendizagem (VYGOTSKY, 1998). Dessa forma, o contato com pessoas mais experientes favorece a resolução de problemas que seriam impossíveis de serem resolvidos somente com o repertório próprio (LIMA, 2016).

Nesse tipo de abordagem o mais importante em relação ao papel do professor na utilização do construtivismo é sua capacidade de aceitar que não é mais o centro do ensino e da aprendizagem, e esta ocorre na interação com o outro, que pode ser o próprio professor ou seus colegas. Novas figuras são introduzidas nesse processo, a supremacia do professor deve dar lugar à competência para criar situações problematizadoras que provoquem o raciocínio do estudante e resultem em aprendizagem satisfatória (LEÃO, 1999).

Dentre os métodos de aprendizagem ativa, estão a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a problematização, que se ancoram na pedagogia crítica e têm em comum o fato de trabalharem, inicialmente, com problemas para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, valorizando o aprender a aprender (MARTIN et al., 2010). Problematizar significa ser capaz de responder o conflito intrínseco que o problema traz (ZANOTTO; DE ROSE, 2003). A ABP enfatiza a descoberta, a experimentação e a reflexão, em que os docentes apresentam os conteúdos pragmáticos por meio de problemas ou questionamentos (GOMES et al., 2009).

A problematização baseia-se na análise de problemas da realidade. Nessa ótica, o conhecimento é construído pelo movimento de agir sobre a realidade, uma vez que no plano do pensamento, é refeita pela reflexão, a qual orienta o sujeito em sua transformação por meio da práxis (NOVOA, 1981), sendo a inserção crítica da realidade algo que confere um significado a aprendizagem (MARTIN, 2014). Embora o professor defina a problemática a ser observada, os problemas são reais e a abordagem desses problemas é pautado no arco de Margueret, que propôs um esquema de problematização da realidade em cinco etapas: observação da realidade; identificação dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; aplicação à realidade (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2014).



Artigo

Ao longo dos anos, o estudo de metodologias ativas vem se intensificando com o surgimento de novas estratégias que podem favorecer a autonomia do educando. A espiral construtivista surgiu com base em influências da ABP e da problematização, em que a diversificação da natureza e o processamento de disparadores a diferenciam dessas duas metodologias ativas. Com relação ao papel do contexto nos disparadores, a incorporação do termo “situação” ao termo “problema” aponta a ideia de interpretações situacionais para uma dada realidade (LIMA, 2016).

Neste método são utilizadas situações problema, narrativas ou produtos sistematizados do educando, o que a diferencia dos problemas neutros concebidos pela ABP. As problemáticas contextualizadas devem aproximar a aprendizagem da vida e favorecer o reconhecimento da cultura e da utilidade dos novos saberes (LIMA, 2016).

Utilizou-se como estratégia educacional as comunidades de aprendizagem formadas por grupo de participantes, os quais foram compostos através de dinâmicas que possibilitaram uma composição que fosse o mais diversificado possível. Nessas equipes o desenvolvimento de capacidades ocorre por meio da interação entre os envolvidos, partindo de disparadores, como as situações problema e a viagem.

A espiral construtivista foi utilizada como base, em que partíamos de uma situação problema e identificávamos os problemas, formulávamos as hipóteses, elaborávamos as questões de aprendizagem, partíamos à procura de artigos científicos que pudessem responder as questões de aprendizagem e fazíamos uma nova síntese. Foram também utilizadas algumas estratégias que serviram como disparadores para determinados temas, como os filmes e documentários, cuja atividade foi denominada de “Viagem”. Também compunha a programação do curso, os depoimentos chamados de conversa com o especialista.

As atividades descritas eram desenvolvidas em grupos, chamadas de comunidades de aprendizagem, que possibilitaram o exercício do trabalho em equipe, a comunicação, a avaliação, a criação de vínculos solidários e a corresponsabilidade pelo processo ensino-aprendizagem e pelo desenvolvimento de competência. Nós fomos distribuídos em grupos, 1) Equipe diversidade: formada de maneira a contemplar a maior diversidade possível de experiências prévias. Trabalhamos, fundamentalmente, com autogestão, podendo ser redistribuídas quando necessário. Visam à ampliação da compreensão de determinados fenômenos e à aplicação do conhecimento; 2) Grupo diversidade: formado de maneira a contemplar a maior diversidade possível de experiências prévias entre os especializandos. Os trabalhos nessas comunidades eram coordenados pela facilitadora.



Artigo

Ainda tinha o grupo afinidade, no qual foram desenvolvidas as atividades relacionadas ao projeto aplicativo.

Na comunidade de aprendizagem, ou seja, no Grupo diversidade, eram apresentadas as situações problemas e as narrativas que abordavam a temática que estava prevista para aquele encontro. Tais relatos traziam situações comuns a todos, enquanto docentes e preceptores na área da saúde, o que as tornava muito próximas da nossa realidade. Essas situações problemas eram analisadas em busca da observação dos problemas e, nesse momento, percebe-se claramente a importância do trabalho em grupo, possibilitando a troca entre os participantes e o facilitador, uma vez que cada membro aborda um aspecto diferente, contribuindo para a construção dos novos conceitos.

O próximo passo é a formulação das hipóteses e a exposição de possíveis explicações. Além disso, também fazíamos discussões sobre como trazer aquele determinado contexto para a nossa realidade. A partir dessas hipóteses, são construídas ou formuladas as questões de aprendizagem (QA) para melhor explicar a situação, a qual denominamos como síntese provisória. Essas QA irão direcionar a busca por novas informações para a construção de novos significados, o que foi chamado de nova síntese.

Outra ferramenta utilizada como disparador foi a viagem, em que foram oportunizados alguns filmes de longa e curta metragem, bem como documentários que abordavam o contexto a ser discutido, contribuindo para a aprendizagem. Posteriormente, eramos questionados quanto à experiência vivenciada, assim, nós expressávamos essa vivência na forma de sentimentos ou palavras, e formulávamos nossa própria interpretação, sempre fazendo uma correlação com a realidade.

A aprendizagem baseada em equipes é uma estratégia instrucional desenvolvida nos cursos de administração, nos anos de 1970 por Larry Michaelsen, sendo direcionada para grandes classes de estudantes. Procurava criar oportunidades e obter os benefícios do trabalho em pequenos grupos de aprendizagem, de modo que se possa formar equipes de cinco a sete estudantes, que trabalharão no mesmo espaço físico (sala de aula) (BOLLELA, 2014).

Tem sua fundamentação teórica baseada no construtivismo, em que o professor se torna um facilitador para a aprendizagem em um ambiente despido de autoritarismo, privilegiando a igualdade. As experiências e os conhecimentos prévios dos alunos devem ser evocados na busca da aprendizagem significativa. Neste sentido, a resolução de problemas é parte importante neste processo. Além disso, a vivência da aprendizagem e a consciência de seu processo (metacognição) são privilegiadas (BOLLELA, 2014).



Artigo

Outra importante característica do construtivismo é a aprendizagem baseada no diálogo e na interação entre os alunos, o que contempla as habilidades de comunicação e o trabalho colaborativo em equipes, que será necessária ao futuro profissional e responde às Diretrizes Curriculares Nacionais Brasileiras. Finalmente, o TBL permite a reflexão do aluno na e sobre a prática, o que leva às mudanças de raciocínios prévios (BOLLELA, 2014).

As atividades propostas no curso, e utilização como disparadores mediante as situações problema, as viagens e os TBL são relevantes para o aprendizado e serão essenciais para que se possa desenvolver atividades na docência e na preceptoría médica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as atividades desenvolvidas no curso foram relevantes, com ênfase para os momentos no Grupo Diversidade como o principal dispositivo pedagógico de produção de conhecimento, uma vez que os conhecimentos eram compartilhados durante a nova síntese. No caso da viagem, percebemos um potente disparador que desperta sentimentos e favorece muitas reflexões sobre determinados conceitos e práticas.

Constatamos que cursos com esse formato e abordagem são imprescindíveis para o desenvolvimento das competências necessárias para um preceptor de residência médica, de modo a contribuir significativamente para formação de profissionais capazes de desenvolver uma assistência integral, embasada em princípios da gestão clínica, contribuindo dessa forma, para o fortalecimento da atenção primária e para tornar essa atenção integral, sendo o paciente como o centro do cuidado.

A experiência permitiu a construção concreta de conhecimentos nas áreas propostas pelo curso: atenção à saúde e preceptoría, gestão do trabalho e da educação em saúde e na formação profissional e do conhecimento em saúde.

REFERÊNCIAS

BECKER, F. **Epistemologia do professor**: o cotidiano da escola. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.



Artigo

BECKER, F. **Educação e construção do conhecimento**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino** – aprendizagem. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOURGET, M. M. M. (Org.). **Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local**. São Paulo: Martinari; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Sistemas de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, 2005.

BOLLELA, V. R. et al. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno Saúde Pública**. 2004;20(5):1400-10

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência saúde coletiva**. v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno Saúde Pública**. v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

FAUSTINO, R. L. H. et al. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 56, n. 4, p. 343-7, 2003.



Artigo

GOMES, R. et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface (Botucatu)**. v. 13, n. 28, p. 71-83, 2009.

HANNAFIN, M. J.; HANNAFIN, K. M. Cognition and Student-Centered, Web-Based Learning: Issues and Implications for Research and Theory. In: **Learning and instruction in the digital age**. Spector J. M. et al. (eds.). New York: Springer Science + Business Media, 2010.

LEÃO, D. M. M. Paradigmas contemporâneos de educação: escola tradicional e escola construtivista. **Cadernos de Pesquisa**. n. 107, p. 187-206, 1999.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino – aprendizagem. **Interface (Botucatu)**. 2016.

LIMA, V. V. et al. **Preceptorial de residência médica no SUS**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2017

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista brasileira educação medicina**. v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010.

MARTINS, R. M. K. Pedagogia e andragogia na construção da educação de jovens e adultos. **Revista Educação Popular**. v. 12, n. 1, p. 143-53, 2013

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência saúde coletiva**. v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999.

NOVOA, C. A. T. **Leitura crítica de Paulo Freire**. São Paulo: Loyola, 1981.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico**: conceitos, metodologia e práticas. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SALVADOR, C. C. **Psicologia do ensino**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

VYGOTSKY, L. S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade descolar. In: VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1988. p. 103-17.

ZANOTTO, M. A. C.; DE ROSE, T. M. S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educação Pesquisa**. v. 29, n. 1, p. 45-54, 2003.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Senac; 2003.



FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE NO SUS

DOI: [10.29327/213319.18.3-5](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-5)

Páginas 72 a 84

Artigo

**RELIGIOSITY AND LIFESTYLE OF PATIENTS WITH DIABETES
MELLITUS TYPE 2**

**RELIGIOSIDADE E ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Sônia Elzi Alves dos Santos Sena Pereira¹

Gina Andrade Abdala²

Maria Dyrce Dias Meira³

Maria Cecília Leite de Moraes⁴

ABSTRACT - Religiosity/Spirituality and lifestyle have a positive impact on health results and, the objective of this article was to analyze association between religiosity and lifestyle of patients with type 2 diabetes mellitus. It is a cross-sectional study, quantitative approach with 21 diabetics enrolled in the HiperDia of a Family Health Strategy. The FANTASTIC lifestyle questionnaire, the DUKE-DUREL religious instrument and a socio-demographic and health form were used. Correlation of Spearman was used for the data analysis. The mean age of the participants was 62.6 years old (dp = 13.36), with 76.2% of female, 71.4% brown skin and 61.9% with low literacy. In this group, 71.5% go to religious services up to once a week and 85.7% carry out their religious practices daily. Lifestyle was "very good" for most of them (61.5%), but the "activities" dimension was below average (3.25; sd = 2.60). Organizational Religious Activity (ORA) was statistically associated with the lifestyle of these people with diabetes ($r = 0.608$, $p =$

¹ Nurse, Master in Health Promotion. Professor at the Faculdade Adventista da Bahia (FADBA).

² Nurses. PhD in Science (University of Sao Paulo - USP, Brazil). Professors at the Health Promotion Master Program in the Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP). Estrada de Itapecerica, 5859, Jardim IAE, São Paulo, Brazil. Cep: 05858-001 – SP

Email: ginabdala@gmail.com Phone number: 55.19.98389-3330- Orcid: 0000-0001-8015-0743.

³ Nurses. PhD in Science (University of Sao Paulo - USP, Brazil). Professors at the Health Promotion Master Program in the Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP).

⁴ Occupational Therapist. Professor at the Health Promotion Master Program in the Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP/SP).



Artigo

0.027). It was observed that the higher frequency of religious cults, the better their lifestyle, evidencing a positive association between these two variables.

Keywords: Religion. Spirituality. Lifestyle. Diabetes Mellitus Type 2.

RESUMO - Religiosidade / Espiritualidade e estilo de vida têm um impacto positivo nos resultados de saúde e o objetivo deste artigo foi analisar a associação entre religiosidade e estilo de vida de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com 21 diabéticos cadastrados no HiperDia de uma Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se o questionário do estilo de vida FANTASTICO, o instrumento religioso DUKE-DUREL e uma ficha sociodemográfica e de saúde. Correlação de Spearman foi utilizada para a análise dos dados. A média de idade dos participantes foi de 62,6 anos ($dp = 13,36$), com 76,2% de mulheres, 71,4% de pele morena e 61,9% com baixa escolaridade. Nesse grupo, 71,5% frequentam serviços religiosos até uma vez por semana e 85,7% realizam suas práticas religiosas diariamente. O estilo de vida foi "muito bom" para a maioria deles (61,5%), mas a dimensão "atividades" ficou abaixo da média (3,25; $dp = 2,60$). A Religiosidade Organizacional (RO) foi estatisticamente associada ao estilo de vida dessas pessoas com diabetes ($r = 0,608$, $p = 0,027$). Observou-se que, quanto maior a frequência aos cultos religiosos, melhor o seu estilo de vida, evidenciando uma associação positiva entre essas duas variáveis.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Estilo de Vida. Diabetes Mellitus tipo 2.

INTRODUCTION

Medicine, health and religiosity have been related in all population groups since the beginning of history. The first hospitals of the western world were built and administered by religious orders. After that, this healing system was dismembered largely in economically developed countries (KOENIG et al., 2012).

Society has changed and with it, the habits of life. These changes include inadequate food intake, reduced physical exercise and increased occurrence of chronic Non-Communicable Diseases (NCD) such as: Obesity, Diabetes Mellitus (DM), Insulin



Artigo

Resistance (IR), and Metabolic Syndrome. Exaggerated consumption of foods composed of saturated fats, salt, and sugar has been pointed out as habits related to the cause of at least 14 million deaths, or 40% of all deaths per year for NCD. Sedentary lifestyle is included in this statistic, adding up to 3 million (8%) of all deaths due to NCD and, finally, completing this scenario is alcohol consumption with 2.3 million deaths per year, of which 60% of the NCD (OPAS/OMS, 2017).

DM is defined as a syndrome of multiple etiology, due to lack of insulin and/or inability to adequately exert its effects, involving specific pathogenic processes, resistance to insulin action and disorders of secretion or defect in the regulation of hepatic glucose production. DM is classified as DM type 1 (DM1), DM type 2 (DM2) and other specific types, including gestational DM (SDB, 2015-2016). The present study will investigate Type 2 Diabetes Mellitus (DM2).

In many countries of the Americas, the prevalence of DM2 has rapidly increased and an even greater increase is expected. According to the World Health Organization's report on diet, nutrition and the prevention of NCD, habitual food consumption is one of the main determinants of the disease, which can be modified to avoid it. About 422 million adults in the world had diabetes in 2014, and in the Americas, the estimate is that by 2040, 109 million people will be living with the disease (OPAS/OMS, 2017).

According to recent data from a worldwide survey of all-cause mortality between 2005 and 2015, there were 1,150,200 deaths from DM in 2005 and 1,519,000 deaths in 2015, an increase of 32.1%. In addition, diabetes mellitus is one of the leading causes of lost years of life. It occupied position 27th in 1990, going to 18th in 2005 and recently in 2015 was in the 15th place (MURRAY, 2015).

Despite this unfavorable context, studies prove that individuals involved in some way with religion and spirituality receive positive interference in physical and mental health. Religion is a dimension that influences the improvement of biological markers related to cardiovascular diseases, style and quality of life, helping people cope and deal with stress situations (ANIFANTAKIS et al., 2013; ALZHRANI; SEHLO, 2013; ABDALA et al., 2015; CRES et al., 2015).

In a study with cancer patients, it was observed that forms of private religiosity such as meditation, prayer and the study of religious texts, as well as attendance at church are associated with better physical performance and lower symptoms of depression, contributing to the general well-being of the patient (CAPLAN et al., 2013).



Artigo

Rivera-Hernandez (2016), in his study on religiosity associated with the health of elderly and diabetic Mexican patients, it was stated that religiosity had no significant influence on health, but was positively associated with self-care and diabetes control.

Researchers have also shown that Religiousness / Spirituality (R / E) can positively influence glycemic control, self-care, depression, anxiety and better quality of life outcomes of DM2 patients (HOW et al., 2011; HEIDARI et al., 2017; YAZLA et al., 2017).

Furthermore, intervention programs conducted in faith-based communities have been successful in preventing DM2 and in the health behavior of participants, mainly in reducing the consumption of high-fat foods and increasing exercise practice (PENGPID et al., 2014; BAIG et al., 2015; SATTIN et al., 2016).

The discussion of the relationship between faith, spirituality, disease, healing, health and ethics must advance as scientific and biotechnological advances continue. When bridging the gap between care and spirituality, health professionals should also use, whenever possible, the patient's own reference sources. Acting in this way would be acting ethically in favor of respect and autonomy as well as beneficence (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

In addition, physicians should also observe the culture to which this patient is inserted, which will greatly influence their decision making in clinical practice (LUCCHETTI et al., 2016). The main aim should be to prolong life, especially a healthy life through political action, either by improving health services or by strengthening prevention programs (MURRAY et al., 2016).

Thus, the present study sought to deepen and give continuity to the current and relevant topic about the relationship between R / E and lifestyle, contributing to aggregate the results obtained to the existing research. Thus, it aimed to analyze the association between religiosity and lifestyle of patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

METHODS

It is a descriptive, exploratory, cross-sectional and quantitative approach. It is part of a larger study, based on an intervention that used Health Spirituality Workshops to guide the adoption of healthy habits related to the "eight natural remedies" (balanced nutrition, exercise, water, temperance, sunlight, fresh air, rest and trust in God) for a group of 21 DM2 patients in a Family Health Strategy unit in the city of Cachoeira – BA, Brazil.



Artigo

Three instruments were used to collect data: the FANTASTIC lifestyle questionnaire validated in Brazil by Rodriguez-Añez et al. (2008) e Silva, Brito e Amado (2014); the DUKE-DUREL religious instrument validated by Taunay et al. (2012) and a form containing sociodemographic and health data of the participants.

The FANTASTIC lifestyle questionnaire comprised of nine dimensions involves: family and friends; activity; nutrition; tobacco; alcohol; sleep, seat belts, stress and safe sex; type of behavior; insight and career.

The instrument of religiosity, DUKE-DUREL, is composed of five items that capture three of the dimensions of religiosity that are most related to health outcomes: Organizational Religious Activity (ORA), Non-Organizational Religious Activity (NORA) and Intrinsic Religiosity (IR). The first two items address ORA and NORA and were extracted from large epidemiological studies conducted in the United States and were related to indicators of physical, mental health and social support. The other three items refer to IR and are better related to social support and health outcomes, and it may be considered the total score on this scale (LUCCHETTI et al., 2013). In the DUKE-DUREL analysis, the scores on the three dimensions (ORA, NORA and IR) should be analyzed separately and the scores of the three dimensions should not be summed in a total score (KOENIG, 2012).

PROCEDURES

Data collection was carried out in August 2016. DM2 patients were enrolled who were registered in a Family Health Strategy unit in the city of Cachoeira - BA - Brazil, and who accepted to participate in the study, signing the Term Free and Informed Consent (EHIC). The project was approved by the Research Ethics Committee of the Adventist University Center of São Paulo (CEP / UNASP), opinion number: 1,542,117 - CAAE: 51672215.2.0000.5377.

Statistical Analysis

Data analysis was performed through the SPSS statistical program with descriptive and analytical results of the religiosity and lifestyle of diabetic patients. The Spearman correlation test was performed with the objective of correlating the variables of religiosity and lifestyle (DANCEY; REIDY, 2013).



Artigo

RESULTS

The average age of the patients with diabetes in this study was 62.6 (SD = 13.36), 76.2% were female, 71.4% were brown and 61.9% were uninstructed and / or with incomplete elementary school. Of the participants, 66.7% declared to be of Adventist religion; 23.8% Catholics and 9.5% Baptists. Summing up evangelicals and Catholics, a total of 95.2% claimed to be practicing, that is, attending the church assiduously. Although a majority (81.0%) stated that they underwent systematic medical follow-up, a significant portion (26.3%) reported that they almost always forget to use the medication as prescribed (Table 1). The present study also points out, as shown in Table 1, the low educational level of diabetic patients.

In this current study, it was found that 26.3% forgot to use the medication regularly, indicating that there is a difficulty for patients to adhere properly to the treatment.

The results of the DUKE-DUREL religiosity index observed in the present study indicated that, regarding Organizational Religious Activity (ORA), the subjects surveyed stated that the majority (42.9%) attended church more than once a week and 28.6% reported attending the services once a week (Table 2).

The Cronbach's Alpha for this questionnaire applied in this sample was 0.86. Analyzing Non-Organizational Religious Activity (NORA), it was found that only 14.3% dedicate their time to religious activities more than once a day, while 71.4% dedicate part of their time "daily" to religious activities and 14.3% two or more times per week (Table 2).

Regarding intrinsic religiosity (IR), in the first question on "feeling the presence of God or the Holy Spirit in life", it was observed that most participants (90.5%) stated that they were "totally true" while to 4.8% "in general is true" and also "in general is not true" for them "(Table 2). Combining, therefore, the first two options of response, it was observed that the majority (95.3%) feel the presence of God and the Holy Spirit in their lives.



Artigo

In the second question about whether "religious beliefs are behind the way of life," 81% answered "totally true", 14.3% answered that "in general it is true" and 4.8% that "in general it is not truth". In other words, 85.8% of the participants affirmed that the influence of religious beliefs on the adopted lifestyle is considered to be true (Table 2).

In the third question about "striving to live religion in all aspects of life"; 66.7% said to be "totally true", 23.8% stated that "in general it is true"; 4.8% "were not sure" of this and 4.8% stated that "in general it is not true" (Table 2). In this respect, we again see the predominance of those who strive to live in conformity with the religion they profess.

When classifying the dimensions of the FANTASTIC lifestyle, it was observed that the total lifestyle score was 73.54 (dp = 7.27), being considered "very good". The Cronbach's Alpha for this instrument in this population was 0.52 possibly due to the losses in this collection. In the evaluation of dimensions, the item "activity" (I am vigorously or moderately active) was below the mean (3.25; dp = 2.60) (Table 3).

In the correlation between the dimensions of religiosity and the total lifestyle score, Organizational Religious Activity (ORA) was statistically associated with lifestyle ($r = 0.608$; $p = 0.027$), that is, the higher the frequency of religious cults, better the lifestyle of these diabetics (Table 4).

DISCUSSION

The data in Table 1 show that the majority of the participants declared themselves to be brown and / or blacks. These data demonstrate that the prevalence of DM2 is higher among blacks than in other population groups and is considered a risk factor for changes in glycated hemoglobin in these patients (TEIXEIRA et al., 2017).

In addition, some studies of individuals of African descent confirm that there is a higher prevalence of chronic diseases and worse self-reported health status in this group (OLIVEIRA et al., 2014).

As to schooling, the present study confirmed the Brazilian data in which the level of schooling between browns and blacks was shown to be lower than the individuals declared white. Among black women, the number is twice as large as white women (IBGE, 2014).

Reflecting on adherence to treatment, in a study of men with hypertension and diabetes, this difficulty for adherence to treatment was basically related to the following factors: to attribute greater importance to work than to health; resistance to demand for



Artigo

health services, only in severe situations; suspension of medication due to the use of alcohol and tobacco and, finally, adequacy of the times of taking the medications with daily demand (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

The lack of adherence to treatment is still low, even with high access to medications and treatment free of charge by SUS. In this direction, Meneirs et al. (2017) consider that health professionals have left gaps where dialogue, orientation and knowledge construction would fit.

In addition, lower levels of schooling could also affect self-care, exerting a negative influence on adherence to treatment, as well as in making decisions for adopting healthy habits and consecutively, a good quality of life for those with diabetes (SANTOS; PORTELA, 2016; FARIAS et al., 2016).

In a study carried out with 154 patients with DM2, in a hospital in Iran, it was found that there is a statistically significant positive correlation between religious practices and their self-care ($p < 0.05$). The authors suggest that healthcare professionals should be aware of the role religion plays in the lives of those with DM2 (HEIDARI et al., 2017).

In another study with 212 patients with DM2 in a university clinic in Malaysia, the authors found a positive association between religiosity and diabetes control, that is, those patients with greater religious involvement, especially the Muslims, also had better short-term glycemetic control (HOW et al., 2011).

Regarding Religiosity, specifically ORA, similar data were also found for 364 patients with DM2 with a mean age of 61.8, in which 67.0% of them also declared themselves to be very religious (RIVERA-HERNANDEZ, 2015).

For another sample of 132 African Americans with an average age of 52, it was found that 83% believed in God, 69.7% had private religious involvement, and 82% considered religiosity important to solve everyday problems (WATKINS et al., 2013).

Regarding lifestyle, several studies have found results with the categories "good" or "very good", but with a lack of physical exercise. We need to invest in strategies for greater involvement in this dimension that is so defining as a healthy lifestyle (TABÁK et al., 2012; MEIRA et al., 2015; MIRANDA et al., 2018).

Adopting an adequate lifestyle, including regular physical activity and a balanced diet, is practically twice as effective as the DM2 pharmacological treatment (SDB, 2015-2016). The estimated prevalence for 2030 of pre-diabetics around the world will be greater than 470 million people. Authors claim that lifestyle modifications would reduce risk factors for this disease by 40-70% (GAZQUEZ et al., 2016).



Artigo

In a review study on the Lifestyle of patients with Type 1 Diabetes, it was found that physical activities interfere directly in the health of these patients, calling the attention of the health professionals to explore more the possibilities of practicing physical activities for the promotion of health (SALES-PERES et al., 2016). One of these strategies is to have the understanding that DM2 is preventable and can be reinforced by group interventions, through changes in lifestyle habits (BARROS et al., 2013).

The other dimensions of the FANTASTIC lifestyle in our study were presented with high averages (Table 3), perhaps because the participants declared themselves to be evangelicals, in the majority (76.2%). Baig et al. (2015) demonstrate that religious involvement influences the choice and decision of healthy behaviors.

Rivera-Hernandez (2016) pointed out that the "organizational religiosity" and sense of the importance of it was associated with self-care. In the study of the relationship between RO and the FANTASTIC lifestyle, and control of DM2.

Faith is an instrument of healing for diabetic patients because it brings hope and strength to face difficulties. Religious leaders consider that a person in faith has a better coping with the problems brought about by his illness than that which has no Faith (HIVERA-HERNANDEZ, 2015).

Thus, it is reiterated that R / E can positively influence the lifestyle outcomes of patients with DM2, for example: glycemic control, self-care, less depression, anxiety, decrease in fatty foods, exercise and better quality of life. life (HOW et al., 2011; PENGPID et al., 2014; BAIG et al., 2015; SATTIN et al., 2016; HEIDARI et al., 2017; YAZLA et al., 2017).

As the present study was based on an intervention for a limited number of patients with DM2 (n = 21), who used Health Spirituality Workshops as a strategy to guide the adoption of healthy habits related to the "eight natural remedies", it was not possible establish a causal relationship, thus considering a limitation of this study.

CONCLUSION

The majority of patients with DM2, who were surveyed in this study, were elderly, female, brown, low-educated, evangelical, and regularly attended "once a week."

Participants' lifestyles, according to the FANTASTIC questionnaire total score, were found to be "very good" for most of them, but the "activities" dimension was below average, meaning that it was difficult to perform physical activity regularly. Most have



Artigo

stated that they refrain from using alcohol, tobacco and drugs, reinforcing their commitment to the religion adopted, since most of them confirmed that they are practicing.

By associating the dimensions of religiosity with the lifestyle according to the FANTASTIC, it was found that ORA (frequency of religious services) was positively associated with the lifestyle of diabetics, that is, the higher the frequency of religious services, the better their lifestyle.

When talking about health promotion for people with diabetes mellitus type 2, it is necessary to focus on the religiosity and practice of physical activities to further improve the lifestyle of these patients.



Artigo

Table 1 – Socio - demographic and health data of patients with Diabetes mellitus type 2, residents of Cachoeira – Bahia, BRAZIL. (N = 21), 2017.

Variables	Categories	N	%
Gender (n=21)	Female	16	76.2
	Male	5	23.8
Referred skin color (n=21).	White		9.5
	Pale		71.4
	Black		14.3
	Yellow		4.8
Education (n= 21)	No education	13	61.9
	Elementary School / Junior High	4	19.0
	High School /Unfinished	3	14.3
	High School		
	Graduation	1	4.8
Religion (n=21)	Adventist	14	66.7
	Baptist	2	9.5
	Catholic	5	23.8
Practitioner (n=21)	Yes	20	95.2
	No	1	4.8
Systematic medical follow-up (n=21)	Yes	17	81.0
	No	1	4.8
	Not always	3	14.3
Glicemic control (n=21)	Oral hypoglycemic agents	18	85.7
	Insulin	3	14.3



Artigo

Forget to take medicine (n=19)	Always	1	5.3
	Almost Always	5	26.3
	Never	13	68.4

Resource: authors elaboration.

Table 2 – Absolute and relative frequency of Religiosity variables (n = 21). Cachoeira - BA, 2017.

Variables	Categories	N	%
ORA	More than 1 x per week	9	42.9
	Once p / week	6	28.6
	2 to 3 x per month	3	14.3
	Some times per year	2	9.5
	Once x p/ year or less	1	4.8
NORA	More than 1 x p day	3	14.3
	Diariamente	15	71.4
	2 or more x per week mais x per semana	3	14.3
IR 1	Totally true for me	19	90.5
	In general it is true	1	4.8
	In general it is not true	1	4.8
IR 2	Totally true for me	17	81.0
	In general it is true	3	14.3
	In general it is not true	1	4.8
IR 3	Totally true for me	14	66.7
	In general it is true	5	23.8
	I am not true	1	4.8
	In general it is not true	1	4.8

Resource: authors elaboration.



Artigo

Legend: **ORA** = OrganizaTional Religious Activity; **NORA**= Non Organizational Religious Activity; **IR** = Intrinsic Religiosity, (**IR 1**= Feel the presence of God or the Holy Spirit?; **IR 2**= My beliefs are behind my way of living?; **IR 3**= I strive to live my religion in all aspects of life?).

Table 3 - Descriptive analysis of the dimensions of FANTASTIC and total score, Cachoeira - Bahia, 2017.

Subscales	Average	Standard Deviation	Minimum	Maximo
Family and friends (N=19)	6.63	1.73	2	8
Activity (N=20)	3.25	2.60	0	8
Nutrition (N=20)	8.20	2.44	3	12
Tobacco (N=21)	14.81	1.54	10	16
Alcohol (N=20)	11.8	0.60	10	12
Sleep/Seatbelts/Stress/Safe Sex (N=16)	14.13	4.69	2	18
Type of Behavior (N=21)	4.29	2.55	0	8
Insight (N=21)	7.62	2.01	4	12
Career (N=21)	3.19	1.17	0	4
FANTASTIC total	73.54	7.27	58	86

Resource: authors elaboration.



Artigo

Table 4 - Spearman correlation between the dimensions of Religiosity and the total lifestyle score. Cachoeira - BA, 2017.

	ORA	NORA	IR 1	IR 2	IR 3
Lifestyle	0.608	-0.037	0.194	-0.024	0.352
P value	0.027	0.903	0.526	0.937	0.238

Resource: authors elaboration.

Statement of Human Rights:

“All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.”

Compliance with Ethical Standards:

The author A declares that she has no conflict of interest. The author B declares that she has no conflict of interest. The author C declares that she has no conflict of interest and the author D declares that she has no conflict of interest.

Informed Consent:

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

REFERENCES

ABDALA, G. A. et al. Religiosity and Quality of Life in Adults: Literature Review. **LifeStyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 25-51, 2015.

ALZHRANI, H. A.; SEHLO, M. G. The Impact of Religious Connectedness on Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcers. **Journal of Religion and Health**, v. 52, p.840-850, 2013. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3695669/pdf/10943_2011_Article_9529.pdf Access in Jun 10, 2018.



Artigo

ANYFANTAKIS, D. et al. Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. **Hormones**, v. 12, n. 3, p. 386-396.

BAIG, A. A. et al. Picture Good Health: a church-based self-management intervention among Latino Adults with diabetes. **Journal of General Internal Medicine**, v. 30, n. 10, p. 1481-90, 2015.

BARROS, C. R. et al. Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia** v. 57, n. 1, p. 7-18, 2013.

CAPLAN, L. S et al. Religiosity and Function Among Community-Dwelling Older Adult Survivors of Cancer. **Journal of Religion, Spirituality and Aging**. v. 25, n. 4, p. 311-325, 2013.

CRES, M. R. et al. Religiosidade e Estilo de Vida de uma População Adulta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 240-250, 2015.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicólogos**. 5. ed. São Paulo: PENSO, 2013.

FARIAS, R. F. S. et al. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus em área rural do Município de Vitória de Santo Antão – PE. **Revista APS – Atenção Primária à Saúde**, v. 19, n. 2, p. 181-190, 2016.

GAZQUEZ, M. L. A.; HERNANDEZ, S. C.; LOPEZ, J. R. G. Lifestyles of Nursing students from Colombia Public University. **Investigación y educación en enfermería**. v.34, p. 94-103. Medellin. 2016.

HEIDARI, S. et al. Religious Practices and Self-Care in Iranian Patients with Type 2 Diabetes. **Journal of Religion and Health**, v. 56, p. 683-696, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-016-0320-xn> Access on Jun 10 2018.



Artigo

HOW, C. B.; MING, K. E.; CHIN, C. Y. Does religious affiliation influence glycaemic control in primary care patients with type 2 diabetes mellitus? **Mental Health in Family Medicine**, v. 8, p. 21-18, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <https://www.gov.br/>. Acesso em 01 out 2017.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Health**. Oxford University Press, New York, NY, USA, 2nd edition, 2012.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality and Health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 12, 2012. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671693/pdf/ISRN.PSYCHIATRY2012-278730.pdf> Access on Jun 10 2018.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p. 112- 122, 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Atitudes in Brazil, India, and Indonesia, **International Journal Behavioral Medicine**. n. 23, p. 63-70, 2016.

LUENGO, C. M. L.; MENDONÇA, A. R. A. Espiritualidade e Qualidade de Vida em pacientes com Diabetes. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 380-387, 2014.

MEIRA, M. D. D. et al. Perfil do estilo de vida de adultos da zona sul de São Paulo. **Lifestyle Journal**. v. 2, n. 2, p. 67-82. São Paulo, 2015.

MEINERS, M. M. M. A et al. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v. 20, n. 3, p. 445-459, 2017.



Artigo

MIRANDA, M. K. V.; PORTO, E. F.; SOUZA, A. C. Influência do Estilo de Vida e Qualidade de Vida nos Exames de Sangue. **Temas em Saúde**. v. 18, n. 1, p. 143-170, 2018.

MURRAY, C. J. L. (org). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, n. 388, p. 1458-1544, 2016.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/OMS-Brasil, 2016. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-brasil. Access on May 01 2018.

OLIVEIRA, B. L. C. A; THOMAZ, E. B. A. F; SILVA, R, A: The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based in the Brazilian National Household Sample Survey (2008). **Cadernos de Saúde Pública**, 30(7), 1-15. Rio de Janeiro, 2014.

PENGPID, S.; PELTZER, K.; SKAAL, L. Efficacy of a church-based lifestyle intervention programme to control high normal blood pressure and/or high normal blood glucose in church members: a randomized controlled trial in Pretoria, South Africa. **British Medical C Public Health**, v. 14, p. 568, 2014. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064107/pdf/1471-2458-14-568.pdf> Access on Jun 10, 2018.

RIVERA-HERANANDEZ, M. The role of religious leaders in Health Promotion for Older Mexicans with Diabetes. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 1, p. 303-315, 2015.

_____. Religiosity, Social Support and Care, Associated with Health, in Older Mexicans with Diabetes. **Journal of Religion and Health**, 55(4): 1394-1410, 2016.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do questionário Estilo de Vida FANTASTICO: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**. V. 91, n. 2, p. 102-109. São Paulo, 2008.



Artigo

SALES-PERES, S. H. C. et al. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1197-1206, 2016.

SANTOS, M. I. P. O.; PORTELA, M. R. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. **Revista Brasileira de Enfermagem [internet]** v. 69, n. 1, p. 144-152, 2016. Available on http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0034-7167.2016690121i&pid=S0034-71672016000100156&pdf_path=reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0156.pdf&lang=en Access on Jun 10, 2018.

SATTIN, R. W. et al. Community Trial of a Faith-Based Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes among African-Americans. **Journal of Community Health**, v. 41, n. 1, p. 87-96, 2016.

SDB - DIRETRIZES SBD 2015-2016 Copyright © 2014 by SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes AC FARMACÊUTICA Uma editora integrante do GEN. <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.Acessado> em 24/05/2018.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* em estudantes do ensino superior. **Cincia e Saúde Coletiva**. v. 19, n. 6, p. 1901- 1910, 2014.

TABÁK, A. G. et al. Prediabetes: a high-risk state for developing diabetes. **Lancet**, v. 379, n. 9833, p. 2279- 2290, 2012.

TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 39, n. 4, p. 130 -135, 2012.

TEIXEIRA, A. M. et al. Risco de glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

25:e2893, 2017. Available on http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2893.pdf Access on Jun 10, 2018.

YAZLA, E. et al. The Effect of Religious Belief and Forgiveness on Coping with Diabetes. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 3, p. 1010-1019, 2018. DOI: org/10.1007/s10943-017-0504-z.

YOSHIDA, V, C; ANDRADE, M. G:O cuidado á saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface**; 20(58): 597-610, Botucatu, 2016

WATKINS, Y. J. et al. Spiritual and Religious Beliefs and Practices, and Social Support's Relationship to Diabetes Self-Care Activites in African Americans. **The Diabetes Educator**. V. 39, n. 2, p. 231-239, 2013.



RELIGIOSITY AND LIFESTYLE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

DOI: 10.29327/213319.18.3-6

Páginas 85 a 103

Artigo

CONHECENDO AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR GRUPOS
ANTITABAGISMO

KNOWING THE EXPERIENCES ENCOURAGED BY ANTABAGISM
GROUPS

Pâmela Scarlatt Durães Oliveira¹
Aparecida Rosângela Silveira²
Gabriela Luize Guimarães Sanches³
Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda⁴
Leonardo de Paula Miranda⁵
Adriana Barbosa Rodrigues⁶

RESUMO - Este trabalho objetivou conhecer a experiência da participação de usuários em grupos antitabagistas a partir dos significados atribuídos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem transversal, coleta de dados através de grupos focais e análise de dados através da análise de conteúdo. Constatou-se que a maioria dos participantes foram mulheres, casadas, pardas com grau de dependência de nicotina elevado. Os indivíduos que perceberam sua saúde como ruim apresentaram maior ocorrência de tabagismo. Houve associação entre comportamento de fumar e depressão/ansiedade. Dentre as principais causas para abandono do hábito está a busca do bem-estar familiar.

¹ Mestranda em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES. Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência, UNIMONTES. Bolsista CAPES. Email: pamela-scarlatt@bol.com.br

² Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora UNIMONTES, Analista de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: silveira.rosangela@uol.com.br

³ Mestranda em Ciências da Saúde, UNIMONTES. Bolsista FAPEMIG. E-mail: gabriela.luize@hotmail.com

⁴ Doutorando em Ciências da Saúde/UNIMONTES. Mestre EM Saúde Pública pela FIOCRUZ. E-mail: sergioenfermagem@yahoo.com.br

⁵ Doutorando em Ciências da Saúde/UNIMONTES. E-mail: leonardodepaulamiranda@bol.com.br

⁶ Assistente Social/UNIMONTES. Acadêmica de odontologia/UNIMONTES. E-mail: adrianabarbosarodrigues22@gmail.com



Artigo

A conclusão obtida é que os grupos de combate ao tabagismo são eficientes no abandono do hábito. Isso também provoca uma melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar e de trabalho.

Palavras-chave: Saúde Mental Comunitária. Terapia de grupo. Saúde Pública. Tabagismo.

ABSTRACT - This study aimed to know the experience of the participation of users in anti - smoking groups from the meanings attributed. It is a qualitative research with a transversal approach, data collection through focus groups and analysis of data through content analysis. It was found that the majority of the participants were women, married, brown with a high degree of nicotine dependence. Individuals who perceived their health as poor had a higher occurrence of smoking. There was an association between smoking behavior and depression / anxiety. Among the main causes for abandoning the habit is the search for family well-being. The conclusion is that smoking cessation groups are effective in quitting smoking. This can also cause a significant improvement in the quality of life of individuals, considering the family and work environment.

Keywords: Community Mental Health. Group Therapy. Public Health. Smoking.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um problema de saúde crônico responsável por inúmeros malefícios à saúde tanto dos fumantes quanto dos não fumantes e é considerada uma epidemia mundial que leva milhões de pessoas ao óbito todos os anos. Constitui a principal causa de morte evitável no mundo, sendo que morrem mais pessoas vítimas do tabagismo do que por acidentes de carro, Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), malária, alcoolismo e homicídios juntos (LUCCHESI et al., 2013; VIEIRA, 2013).

As ações antitabagistas já são antigas, sendo que a primeira obra nesse sentido é de 1604, escrita por um rei da Inglaterra. No início do século XX surgiram diversas leis contra o tabagismo nos EUA. Desde 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) exerce um importante papel na difusão de informações e organização de atores sociais



Artigo

em favor da saúde pública e contrários ao tabagismo. O governo dos EUA, em 1972, aprofundou a investigação sobre os riscos do tabagismo para a saúde, estabelecendo uma relação entre tabaco e várias enfermidades graves (BOEIRA, JOHNS, 2007).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com as secretarias de saúde estaduais e municipais, instituiu em 1989 o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que tem como proposta a diminuição do início do hábito de fumar entre jovens e os riscos do tabagismo passivo, além de ampliar o abandono do mesmo. Assim, o PNCT é executado por equipes multiprofissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família no país e o tratamento oferece apoio em atividades grupais, atendimentos individuais e farmacológicos. Como resultados têm-se que entre 1989 e 2005 o consumo *per capita* de cigarros caiu cerca de 32% e a prevalência de fumantes na população acima de 18 anos, caiu 34% em 1989, para 22% em 2003 e para 16% em 2006 (BRASIL, 2001; INCA, 2007).

O Tratamento para cessação do hábito de fumar, assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico. As Secretarias Estaduais da Saúde, com apoio do INCA/MS, são responsáveis pela articulação da implantação da rede de tratamento do fumante no Estado, que envolve a capacitação dos profissionais de saúde e orientação aos gestores municipais. O Brasil está entre um dos poucos países do mundo a documentar significativas diminuições nas taxas de prevalência do uso de tabaco o que é resultante de fortes políticas de controle do tabaco (INCA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Estudos dizem sobre a importância da participação de indivíduos tabagistas que enfrentam o desafio de parar de fumar em grupos de apoio, especialmente no cenário da atenção primária à saúde (APS), pois permitem dividir e compartilhar sentimentos e conquistas entre os participantes. Revelam também que dentre os tabagistas, cerca de 70% desejam parar de fumar, porém o número de pessoas que mantém a abstinência após um ano é pequeno, apenas 3 a 7%. Esse tratamento em grupo possui as mesmas técnicas que o individual, porém acredita-se que possa proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior facilidade da discussão de situações de risco e meios de lidar com as mesmas (LUCCHESI et al., 2013; VIEIRA, 2013; NUNES, CASTRO, 2010).

Diante deste quadro e considerando a experiência desenvolvida no contexto da APS, algumas questões se colocam, tais como: “Têm esses grupos de apoio a capacidade de mudar os comportamentos dos tabagistas?”, “O que esses usuários recolhem da experiência de participar nesses grupos?”



Artigo

O presente estudo propõe se debruçar nestas questões com o objetivo de conhecer a experiência da participação dos usuários em tais grupos a partir dos significados atribuídos e suas vivências. Espera-se nesse estudo, contribuir para o aprimoramento de grupos de ajuda mútua na APS.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa que pretende verificar a relação da realidade com o objeto de estudo, obtendo várias interpretações de uma análise indutiva por parte do pesquisador (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

Para a coleta de dados empíricos foi adotada a técnica de Grupos Focais (GFs). Os GFs são grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular quando recebem estímulos apropriados para o debate. É uma técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa que se distingue das outras por suas características próprias, principalmente por permitir que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas, além de proporcionar descontração para os participantes responderem as questões em grupo. Além disso, facilita a formação de idéias novas e gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo, dando oportunidade à interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. E ainda possibilita entender o estreitamento em relação ao tema, no cotidiano, sendo também adequado em estágios exploratórios de uma pesquisa, quando se quer ampliar a compreensão e a avaliação a respeito de um projeto, programa ou serviço, inclusive de intervenção em saúde. Alguns pesquisadores recorrem aos GFs como forma de reunir informações necessárias para a tomada de decisão; outros os vêem como promotores da auto-reflexão e da transformação social (RESSEL et al., 2008; GONDIM, 2003).

Neste estudo foram realizados três encontros com os participantes dos Grupos de anti-tabagismo, com duração média de duas horas cada, em que foram adotados os seguintes temas disparadores: Como é a sua experiência com o tabaco? Como a sua família/amigos/colegas de trabalho lidam com o fato de você fumar? Como é a experiência em relação a frequentar as reuniões do grupo de antitabagismo? As falas foram gravadas mediante consentimento dos participantes e imediatamente transcritas logo após o grupo focal, de modo a permitir uma melhor análise das mesmas. O intervalo entre os grupos foi de aproximadamente quinze dias entre cada intervenção. Esses grupos



Artigo

foram compostos de 60 homens e mulheres com idade a partir de 18 anos, que procuraram a ESF por livre vontade para conseguir ajuda em abandonar o fumo.

Para a análise dos dados coletados, utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo por se constituir em importante ferramenta da pesquisa qualitativa na busca do sentido das falas dos entrevistados. A perspectiva adotada de análise de conteúdo é do Interacionismo Simbólico (CAMPOS, 2004).

O interacionismo simbólico constitui uma perspectiva teórica de análise que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas, valorizando assim o sentido que as coisas têm para o comportamento humano. Nesse sentido, mostrou-se adequado para apreender os significados atribuídos e vivências em grupos antitabagismo de ajuda mútua (CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010).

Os recortes de falas transcritas foram agrupados nas seguintes categorias: significado, experiência e interações sociais, baseando nos preceitos do interacionismo simbólico. Em complementariedade, foi estabelecido o perfil dos participantes do estudo utilizando os dados socioeconômicos obtidos através do próprio questionário de cadastro do tabagista do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e os dados para caracterização do grau de dependência de tabaco de cada participante que foram obtidos através do Teste de Fagerstrom, utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação do grau de dependência. Esse teste foi desenvolvido e introduzido por Karl Fagerström em 1974, como questionário de tolerância de Fagerström (FTQ). Em 1991, foi realizada a adaptação desse teste, que passou a se chamar teste de dependência à nicotina, sendo validado no Brasil por Carmo & Pueyo. O teste consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permite a avaliação do grau de dependência de nicotina do usuário (FAGERSTROM, 1978; HALTY et al., 2002).

Foi garantido o anonimato dos participantes que também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e nos resultados foram identificados por nomes fictícios e a numeração arábica determina a sequência da transcrição das falas. Esse estudo atendeu à Resolução 466/2012 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes com o parecer de aprovação nº 1.322.457 de 27/11/2015.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

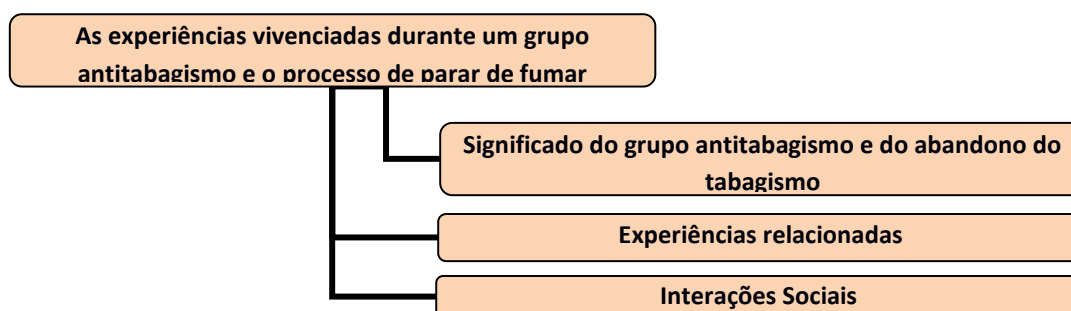
Caracterização do perfil dos participantes

Foram incluídos nesse estudo 60 participantes, sendo que a maioria são mulheres, casadas e pardas em discordância com a maioria dos estudos e como no estudo realizado por Zaitune et al., (2012), em que a maioria dos fumantes é do sexo masculino, sendo esse fato justificado pelos autores por fatores históricos e socioculturais. Os indivíduos possuem idade entre 31 e 66 anos, sendo a idade média de 35 anos. Uma pequena parte é hipertensa em uso controlado de medicação.

Os resultados do teste de Fagerstrom (1978) demonstram que a grande maioria dos participantes possuía um grau de dependência de nicotina elevado ou muito elevado, assim como no estudo realizado por Lucchese e colaboradores (2013).

As experiências vivenciadas durante o grupo antitabagismo e o processo de parar de fumar

As falas dos participantes desse estudo foram ouvidas e transcritas integralmente e, através da técnica de análise de conteúdo, foi trazida a tona os sentidos sobre a participação em grupo antitabagismo para cada indivíduo, segundo o contexto de vida. Esses sentidos foram agrupados e discutidos utilizando como referência estudos nacionais e internacionais recentes sobre o tema em questão. Segue abaixo uma representação dos resultados obtidos na pesquisa, divididos em categoria e subcategorias, para melhor exemplificá-los.



Artigo

Figura 1 – Esquema de divisão das subcategorias da categoria temática, baseada no objetivo do estudo. **Fonte:** elaboração dos autores.

Significado do grupo antitabagista e do abandono do tabagismo

Essa primeira categoria traz as falas relacionadas ao significado que o grupo adquiriu na vida dos participantes e seu papel no auxílio do abandono do hábito de fumar. Duarte et al., (2014), apontaram que o trabalho em grupos constitui-se como recurso terapêutico nos mais diferentes contextos de atenção à saúde, e nesse caso tendo como foco a ressocialização do indivíduo após abandono do fumo.

Participar do grupo foi uma excelente experiência, mas tem que ter força de vontade, mesmo participando do grupo. Acho que para os homens é mais difícil parar. Se eles conseguiram, porque eu não consigo!? [MARIA FLOR]

Parei. Foi o meu presente de natal. Gosto muito desse grupo [CARLA]
Muito boa a experiência de participar do grupo, o remédio também ajuda. [LUCIA]

Eu incentivo outros fumantes a parar de fumar participando do grupo. [LURDES]

Pra mim o grupo foi muito bom. Mudou a minha mente hoje lembro do cigarro e rapidamente me esqueço. [JOSÉ]

Esse grupo mudou pra sempre a minha vida, nem precisei de tomar o remédio. [JOÃO]

É a primeira vez de verdade que um posto de saúde com esse grupo me ajuda. E a ajuda foi grande porque eu sou uma nova pessoa. [APARECIDA]

Eu já acostumei a vir aqui toda segunda, como vai ser agora se esse grupo acabar? [CLAUDIA].

Pode se observar nas falas dos participantes que o grupo de combate ao tabagismo é muito eficiente no abandono do hábito, sendo que, assim como no estudo de Duarte et al., (2014), os encontros do grupo proporcionaram um momento em que cada participante pode relatar suas dificuldades e conquistas no processo, obter esclarecimentos, tirar dúvidas e se fortalecer através da experiência de vida do outro, deixando clara a importância de que os grupos tenham um número significativo de encontros para estabelecimento de um vínculo eficaz entre participantes e profissionais de saúde.



Artigo

Não parei, mas diminuí. É algo crônico e acho que vai continuar em mim quando o grupo acabar. [EDUARDA]

Foi muito fácil parar quando entrei para o grupo. A melhor coisa que aconteceu comigo neste ano foi parar de fumar. Mais tenho medo de depois voltar a fumar de novo[VITÓRIA]

Sozinho a gente não consegue parar, tive umas duas recaídas no início, com o grupo fica mais fácil por causa do apoio um do outro e ainda tem o remédio que ajuda[PEDRO]

Assim, como apontado por Pawlina et al., (2014), o grupo encara o fator de que a recaída é um acontecimento natural no ciclo de qualquer dependência. A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até abstinência definitiva, daí a importância do grupo ter vários encontros e reuniões de manutenção por até um ano, segundo a necessidade dos participantes, sendo este um espaço onde eles possam compartilhar momentos e vencer recaídas.

Vale ressaltar que em discordância com o resultado final do estudo de Duarte e colaboradores (2014) que demonstra que é muito baixo o número de pessoas que realmente conseguem parar de fumar, pois muitos acreditam que esse hábito não trará malefícios para sua saúde, nesse estudo somente uma paciente não conseguiu abandonar totalmente o hábito e todos os participantes relataram saber dos malefícios do tabagismo e que esses podem acabar com suas vidas e por isso abandonaram o vício ou tentarão com todos os esforços deixá-lo, dados que concordam com o estudo realizado por Lucchese et al., (2013) em que a maioria dos indivíduos que participaram de um grupo de combate ao tabagismo também abandonou o hábito de fumar.

Experiências Relacionadas com o tabagismo e o abandono do hábito

Os recortes de falas nessa categoria apresentam as falas dos participantes relacionadas à vida diária com o cigarro antes do grupo e sobre a experiência de abandonar ou diminuir o hábito de fumar. Percebe-se que a grande parte dos indivíduos refere baixa qualidade de vida e de saúde.

O odor era diferente. O cigarro tirava a minha fome. Sentia pigarros na garganta. [Maria Flor]



Artigo

Parei de fumar. Antes não sentia os sabores. Sempre tentei parar e não conseguia, por que é muito difícil abandonar o cigarro ele é viciante.

[Vitória]

Eu era muito nervosa. [JOANA]

Parei há meses. Meus dentes amoleceram e perdi todos. E não agüentava ficar muito tempo sem fumar. [José]

Parei. Não fumava muito. Consegui parar rápido, me fazia muito mal a pressão vivia alta. [Lurdes]

Assim como no estudo de Ramis et al., (2012), indivíduos que perceberam sua saúde como regular ou ruim apresentaram maior ocorrência de tabagismo, sendo que essa percepção do quanto o cigarro é prejudicial não impede que os indivíduos continuem com o hábito até consequências drásticas como o participante que relata ter perdido todos os seus dentes.

Uma hora eu paro, pois “água mole em pedra dura tanto bate até que fura” [Eduarda]

Fumo por desespero, por causa dos problemas de casa. Acho que a nicotina está impregnada em mim. [CLARA]

Quando eu fumava, era mais agitada e minha saúde que já não era muito boa era pior ainda. [LUCIOLA]

Observou-se também associação entre comportamento de fumar e depressão/ansiedade referida, assim como relatado em estudos conduzidos por Zaitune et al., (2012). Sabe-se que a nicotina interfere no funcionamento neuroendócrino e, desta forma, pode influenciar o quadro psicopatológico. Provavelmente, as pessoas que relatam ansiedade e depressão sentem-se bem fumando porque a nicotina é ansiolítica e contribui para o alívio dos sintomas. Cabe destacar que os sintomas de depressão podem ser um obstáculo na redução e interrupção do comportamento de fumar, embora esta observação seja controversa (RONDINA, GORAYEB, BOTELHO, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Parei há 4 meses e meio. Engordei 4 kg e estou mais saudável. [Pedro]

Eu era muito nervosa. Hoje como melhor e durmo melhor. [ISAURA]

Hoje minha saúde é outra. [Lurdes]



Artigo

Tive que parar de fumar porque queria minha saúde volta. [João]

O abandono do hábito de fumar proporciona uma melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos. Em estudo realizado por Lucchese et al., (2013) os indivíduos apontam como as principais causas para deixar de fumar são a preservação ou restauração da saúde, conquistas essas que os participantes desse estudo relatam através de suas falas.

INTERAÇÕES SOCIAIS

Interações com Familiares

As falas transcritas nessa categoria apresentam as interações entre os participantes com os seus familiares mais próximos e as pessoas que residem no mesmo domicílio e o abandono do cigarro, haja vista a grande influência que a família exerce sobre a tomada de decisão e as mudanças nos hábitos de vida diários dos indivíduos.

Meu filho ficou muito feliz e minha sobrinha também. Sempre me pediam para parar. Parei por meus filhos. Não quero que eles fumem. Não quero carregar esse peso comigo. [VITOR]

Meu filho me manda muito parar de fumar e tenho vontade de bater nele nessas horas. [CARLOS]

Na minha família quase ninguém fuma e me xingavam. [Lurdes]

Brinquei com meus filhos que iria voltar a fumar e eles não gostaram. [Pedro]

A esposa agora é uma mulher mais feliz, eu sou mais cheiroso pra ela. [Pedro]

Dentre as principais causas para abandonar o hábito de fumar está a busca do bem-estar familiar, pois os fumantes são caracterizados como antissociais pelos outros. Lucchese et al., (2013) destacam que a saúde e a felicidade da família dos participantes são apontadas como incentivo para conseguir abandonar o cigarro.

Minha mãe que é idosa ficou muito feliz. Ela era doida pra eu parar. [JOSEVAL]



Artigo

Meu filho tinha uma tosse seca que parou. [Vitória]
Não fumava perto de outras pessoas e nem dentro de casa perto dos meus filhos por que faz muito mal pra eles. [Maria Flor]

Vale ressaltar, ainda, que a fumaça emitida pelo fumante interfere diretamente na qualidade do ar, sobretudo em ambientes fechados. Os fumantes passivos, especialmente mulheres e crianças, são os grandes prejudicados, uma vez que o ar que não passa pelo filtro do cigarro e é liberado diretamente pode conter até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça tragada pelo fumante (Carvalho et al., 2013). Os participantes do estudo receberam essas informações durante os encontros e relatam terem se fortalecido mais ainda no processo.

Interações com amigos

Seguem abaixo os recortes de falas dos participantes desse estudo relacionadas a interações social deles com os amigos e colegas de trabalho, e a influência desse convívio no hábito de fumar. Para que o abandono do hábito seja efetivo é necessário que sejam considerados todos os meios onde o indivíduo convive diariamente e a influência em sua tomada de decisão sobre o hábito de fumar:

Tinha parado, mas tive uma recaída no final de semana porque vi outros colegas fumando. [TANIA]
Todos os meus amigos gostaram e me aceitaram melhor quando parei de fumar. [CLARISSA]
Lá no serviço tem vários amigos que fumam isso fazia ser mais difícil parar de fumar. [João]
É um amigo do grupo fortalecendo o outro, por isso conseguimos parar. [MARISA]
Eu tinha vergonha de fumar, por que ninguém mais dali fumava. [Claudia]
Eu quis mostrar pras minhas vizinhas que eu iria conseguir e mostrei mesmo. [Aparecida]

O hábito de fumar também interfere na convivência social quando desperta no fumante a sensação de inadequação e desconforto diante dos moldes desejáveis de uma comunidade que vem discutindo estas questões. Sendo que, assim como no estudo



Artigo

realizado por Lucchese et al., (2013), onde os participantes demonstram em suas falas que tem vergonha de fumar e o hábito os afasta de amigos que não fumam, assim também os participantes desse estudo demonstram que querem mostrar aos amigos que são capazes de abandonar o fumo para serem mais bem aceitos e ainda colocam a questão dos colegas de serviço que não os apoiam no abandono do cigarro, ficando evidente a necessidade de que sejam realizadas ações de combate ao tabagismo também em ambientes de trabalho.

Interações com profissionais de saúde

Essa categoria traz as falas sobre as interações dos participantes do grupo com os profissionais da Unidade de Atenção Primária a Saúde do bairro em questão, demonstrando a gratidão dos indivíduos e reconhecimento pelo trabalho executado nesse local e apoio oferecido através de vínculos paciente-profissional bem estabelecidos no decorrer das reuniões, sendo o profissional visto como elo e suporte nos casos de recaída e de conquistas.

Agradeço a vocês, sempre me ajudaram, na hora boa e ruim.
[MARINALVA]

Eu sempre vim aqui no posto pra outras coisas aí a enfermeira me avisou desse grupo e mudou a minha vida. [José]

Aqui nós nos tornamos todos amigos depois do grupo, vejo em vocês um apoio na recaída. [Vitória]

Com a ajuda de vocês aqui do posto foi que agora eu parei e vai ser pra sempre essa conquista. [Aparecida]

Deveria ter mais grupos assim em todos os bairros da cidade. [JOÃO]

Para obtenção de sucesso nos Programas de Cessação do tabagismo, assim como observado no estudo de Carvalho et al., (2013), há necessidade de ampliação da rede de relacionamentos, vínculos afetivos e relações de interdependência entre os pacientes tabagistas e os profissionais envolvidos no processo.

Nessa mesma direção, estudo realizado na Itália sobre um programa educacional implementado por enfermeiras para pacientes hipertensos tabagistas revelou melhora significativa na obesidade, no baixo consumo de frutas, na hipertensão não-controlada, LDL e colesterol total, além do abandono do hábito de fumar (CICOLINI, 2013).



Artigo

Fica evidente, nas falas dos participantes desse estudo, que as intervenções de educação em saúde e nos grupos de acompanhamento em saúde mental possibilitam que os pacientes mudem seus hábitos e tenham uma vida com mais qualidade, sendo viável, sendo viável que mais grupos de apoio ao combate do tabagismo sejam implantados por todo o país. Ressaltando-se ainda a importância de que esses grupos tenham encontros presenciais mais prolongados, para além do proposto pelo INCA, possibilitando o estabelecimento de vínculo paciente-profissional e entre os próprios integrantes do grupo (CICOLINI, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos de combate ao tabagismo como evidenciado nesse estudo são eficientes no abandono do hábito por proporcionarem momentos em que os participantes podem relatar suas dificuldades e conquistas no processo, além de se obter esclarecimentos, tirar dúvidas e se fortalecerem através das experiências de vida compartilhadas. Porém, para que o abandono do hábito seja efetivo é necessário que sejam considerados todos os meios de convivência do tabagista, tais como o ambiente familiar e de trabalho, e as possíveis influências que eles possam exercer em sua tomada de decisão, sendo muitas vezes necessário que sejam realizadas ações também nesses ambientes.

Como as recaídas são vistas como acontecimentos previsíveis no ciclo de qualquer dependência, surge a necessidade desses grupos de apoio terem encontros e reuniões de manutenção. Neste sentido, os profissionais são vistos como suporte nos casos de recaídas e de conquistas, sendo que a gratidão e reconhecimento pelos indivíduos do trabalho executado pelos profissionais nas reuniões tornam-se um reforço no vínculo participante-profissional. É válido que sejam realizados mais estudos com o tema aqui presente.

REFERÊNCIAS

BOEIRA, S.L.; JOHNS P. Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de *stakeholders*. **Revista internacional interdisciplinar Interythesis**. 2007; 4(1):1-25. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/895>>. Acesso em: 05 Jan 2015.



Artigo

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2001.

CAMPOS, C,J,G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2004; 57(5):611-4.

CARVALHO, A.A. et al. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Revista Ciência saúde coletiva**. 2013 ;18(4):1119-1130.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; RÊGO, D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: Ciencia e Profissão**. 2010; 30(1):146-61. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 13 Fev. 2015.

CICOLINI, G. et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**. 2013; 51(6):833-843. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24225325>>. Acesso em: 13 Fev. 2015

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. 2008; 2(3):1-13. Disponível em: < https://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/9.1b%20metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf >. Acesso em: 19 Fev. 2015.

DUARTE, M.L.C. et al. O grupo de tabagismo em um ambulatório de saúde mental no Rio Grande do Sul. **Revista contexto & saúde: revista do Departamento de Ciências da Saúde**. 2014; 14(27):75-80. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2846-1-18174-1-10-20150305.pdf> >. Acesso em: data.

FAGERSTROM, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**.1978 ;3(3-



Artigo

4):235-41. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/735910>>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

GONDIM, S,M,G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa:** desafios metodológicos. *Paidéia*. 2003; 12(24):149-161. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

HALTY, L.S. et al. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **Jornal de Pneumologia**. 2002 ;28(4):180-6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: data.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**.INCA: Rio de Janeiro, 2007.

LUCCHESI, R. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto Contexto-Enfermagem**. 2013; 22(4):918-926. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/07.pdf> >. Acesso em: 03 Mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Pesquisa especial de tabagismo PETab:** relatório Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>. Acesso em: 04 Mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional de Câncer. **Fumar: faz mal pra você, faz mal pro planeta**. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/web_folder_campanha_tabagismo_2012.pdf>. Acesso em: 05 Jan. 2015.

NUNES, S.O.V.; CASTRO, M.R.P. **Tabagismo:** abordagem, prevenção e tratamento.2010; 224. Disponível em: < <http://books.scielo.org>>. Acesso em: 07 Fev. 2015.



Artigo

PAWLINA, M.M.C. et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2014; 63(2):113-120. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 Mar. 2015.

RAMIS, T.R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2012;15(2):376-85. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Mar. 2015.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2007; 33:592-601. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 Jan. 2015.

KENNEY, B.A., et al. Depressive symptoms, drinking problems, and smoking cessation in older smokers. **Addictive Behaviors**. 2009; 34(6):548-53. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 25 Mar. 2015.

RESSEL, L.B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**. 2008; 17(4):779-86. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>>. Acesso em: 04 Jan. 2015.

VIEIRA, S.M. et al. Grupo de combate ao tabagismo na Atenção Primária: relato de experiência. **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. 2013; 12:652. Disponível em: < https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/producao_cientifica/Anais_CBMFC_2015_lume.pdf>. Acesso em: 16 Mar 2015.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. 2012; 28(3):583-95. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 Fev. 2015.



Artigo

**AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: COMPREENDENDO SUAS
CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS**

**SELF-MUTILATION IN ADOLESCENCE: UNDERSTANDING ITS CAUSES
AND CONSEQUENCES**

Amanda Albino dos Santos¹

Daniela Ribeiro Barros²

Brunno Marcondes de Lima³

Tamiris da Costa Brasileiro⁴

RESUMO – A automutilação tem sido alvo de um crescente número de estudos interessados em compreender o impacto deste tipo de comportamento na vida da pessoa que se automutila, bem como entender os fatores internos e externos que podem explicar esta prática. Contudo, ainda não é possível encontrar um consenso entre os autores no que diz respeito às causas da automutilação. Em virtude da constatação do alto índice de automutilação no período da adolescência, o presente estudo tem como objetivo compreender este fenômeno durante esse período do ciclo vital, buscando conhecer os fatores correlatos ao ato. A pesquisa descreve-se como sendo um estudo de caso descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, realizada em três escolas do município de Patos-PB, sendo duas escolas públicas e uma privada. Para tanto, mediante o processo de amostragem não-probabilístico por conveniência, o estudo conta com um total de 10 participantes, que responderam a uma entrevista semiestruturada e questões sócio-demográficas. Em síntese, este estudo pode identificar a prevalência do gênero feminino relativa a comportamentos de automutilação, como também, o manuseio de instrumentos cortantes sobre o corpo como sendo o tipo predominante de automutilação.

¹Discente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: amandaalbino@live.com

²Mestre em Psicologia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: daniela_ribeiro_barros@hotmail.com

³Mestre em Filosofia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: brunno.marcondes@hotmail.com

⁴Mestre em Psicologia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: tamirisbrasileiro@gmail.com



Artigo

Além disso, pode identificar também alguns fatores que impulsionam o ato de mutilar-se e suas consequências físicas, psicológicas e comportamentais mediante a automutilação. Deste modo, torna-se necessário avaliar a forma de estudar o fenômeno para se chegar a discussões mais ampliadas, a exemplo da adoção de ações preventivas e possíveis intervenções, para assim, longitudinalmente, verificar a redução de casos de adolescentes que se automutilam.

Palavras-chave: Automutilação. Adolescência. Fatores Associados.

ABSTRACT - Self-mutilation has been the target of a growing number of studies interested in understanding the impact of this type of behavior on the self-mutilating person's life, as well as understanding the internal and external factors that may explain this practice. However, it is not yet possible to find a consensus among authors regarding the causes of self-mutilation. Due to the high index of self-mutilation during adolescence, this study aims to understand this phenomenon during this period of the life cycle, seeking to know the factors related to the act. The research is described as being a descriptive-exploratory case study with a quantitative-qualitative approach, carried out in three schools in the municipality of Patos-PB, two public schools and one private school. To do so, through the non-probabilistic sampling process for convenience, the study counts on a total of 10 participants, who answered a semi-structured interview and socio-demographic questions. In summary, this study can identify the prevalence of female gender related to self-mutilation behaviors, as well as the use of sharp instruments on the body as the predominant type of self-mutilation. In addition, it can also identify some factors that drive the act of mutilating itself and its physical, psychological and behavioral consequences through self-mutilation. Thus, it is necessary to evaluate the way of studying the phenomenon in order to reach a wider discussion, such as the adoption of preventive actions and possible interventions, in order to longitudinally verify the reduction of cases of self-mutilating adolescents.

Keywords: Self-mutilation. Adolescence. Associated Factors.

INTRODUÇÃO



AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: COMPREENDENDO SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

DOI: 10.29327/213319.18.3-8

Páginas 120 a 147

Artigo

Dentre as mais variadas culturas, sejam elas primitivas ou contemporâneas, o corpo tem servido como instrumento de comunicação. Além dos adereços usados com objetivo de comunicar identidade, status, crença ou valor, também se pode verificar ao longo da história as marcas corporais decorrentes de lesões autoinflingidas (ARAÚJO; CHATELARD; CARVALHO; VIANA, 2016).

Messer e Fremouw (2008, citado em CASTILHO; GOUVEIA; BENTO, 2010) advertem que nas últimas décadas a conduta de automutilação, particularmente em adolescentes, tem sido foco de crescente atenção por parte da comunidade científica. Apesar da maior atenção e do maior número de pesquisas dadas a este comportamento, existe uma série de incógnitas, quer na nomenclatura, na significação, ou na terapêutica a ser utilizada. Há um número restrito de estudos empíricos relacionados aos modelos explicativos dos mecanismos subjacentes, bem como, dos fatores variantes que podem predispor a comportamentos autolesivos.

Segundo Tunner (2002), o primeiro artigo sobre automutilação publicado na literatura médica foi no ano de 1846, sobre um relato de caso de uma viúva maníaco-depressiva que aos 48 anos extraiu seus próprios olhos. Segundo a própria, cometera a enucleação porque sentia como se seus olhos a levassem a desejar homens, e conseqüentemente, a pecar (TUNNER, 2002 citado em ARAÚJO et al., 2016). Contudo, uma primeira análise desses comportamentos encontra subsídios na abordagem freudiana da pulsão, quando em 1914, Freud lança seu artigo “Sobre a introdução do conceito de narcisismo”. De acordo com Drieu, Lelouey e Zanello (2011), Freud ao introduzir o narcisismo e o “além do princípio de prazer”, reviu seu ponto de vista acerca do trauma. De modo geral, concluiu que as mudanças vivenciadas na puberdade são sentidas como traumáticas, resultando na precariedade do equilíbrio de passividade/atividade, fazendo com que os mecanismos de projeção corram o risco de serem as únicas alternativas para tentar preservar uma aparência de domínio.

Entretanto, o mérito do primeiro avanço relevante no entendimento moderno da automutilação deve-se à Karl Menninger, que, em 1934, escreveu sobre a automutilação a partir de uma visão teórica psicanalítica, acreditando que esta continha três elementos essenciais: agressão voltada para o interior, sentida em relação a um objeto exterior de amor-ódio; estimulação, com uma intenção sexual ou puramente física; e uma função autopunitiva que permite que a pessoa pague por um “pecado” de natureza agressiva ou sexual (STRONG, 1998 citado em ARAÚJO et al., 2016).

Já nos anos 60, os estudos psiquiátricos relativos à automutilação focaram mais para os cortes em punhos, surgindo então a expressão “síndrome do cortador de punhos”



Artigo

que considerava também as tentativas de suicídio incluídas no comportamento autolesivo. Contudo, a definição desta síndrome foi abandonada, mas a distinção entre automutilação e suicídio ainda necessitava ser esclarecida (GIUSTI, 2013).

Deste modo, até meados da década de 1980, a automutilação era considerada uma prática marginalizada e associada a atos simbólicos relacionados ao suicídio (LE BRETON, 2003 citado em JATOBÁ, 2010). Posteriormente, Favazza (2007) desenvolveu um sistema de classificação, o que possibilitou aos profissionais da área da saúde mental perceber que a automutilação envolvia um conjunto de comportamentos que necessitava de mais pesquisas. Em suma, a automutilação passou a ser definida por este autor como todo ato que envolve a intenção de uma pessoa modificar ou destruir, por vontade própria, uma parte do tecido do corpo, sem ter a finalidade de cometer o suicídio através deste ato.

Enquanto que anos atrás o investimento corporal estava ligado a ritos ou à inclusão em um meio social e cultural, na pós-modernidade esse investimento passou a ter outros significados, visto que, este período é um espaço mutante, pois tudo se torna flexível, até mesmo os valores. Deste modo, a psicanálise aponta que, na relação entre o sujeito e a imagem de seu corpo, há uma compulsão na busca do prazer, no investimento no/do corpo, do desejo de expô-lo para conseguir o olhar do outro, por isso, o gozo contemporâneo é a apelação para esse olhar (ASSUMPÇÃO, 2016).

Ainda nos remetendo as contribuições de Assumpção (2016), a autora aponta ainda para o fato de que, cortar-se para aliviar o sofrimento não é um acontecimento novo, entretanto, mediante a alta incidência de jovens apresentando comportamentos autodestrutivos na sociedade contemporânea, pesquisas pertencentes às áreas de Psicologia, de Psicanálise, da Antropologia e da Medicina começaram a surgir. Por este motivo, é essencial observar e fazer um gesto de interpretação do discurso de jovens que almejam solucionar seu sofrimento usando seus corpos como uma forma subjetiva de se vingar do mundo ou deles mesmos por não conseguirem ser perfeitos, por não conseguirem ser notados.

Concomitantemente, Cedaro e Nascimento (2013) definem automutilação como o ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem que haja intenção suicida consciente. Caracteriza-se por serem atos lesivos contra o próprio corpo, como cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos egodistônicos.



Artigo

Ademais, Dinamarco (2011), tendo como referência o livro *Eros e Tânatos, o homem contra si próprio*, de Karl A. Menninger, escrito em 1938, conclui que a automutilação é compreendida como um impulso suicida direcionado a uma parte do corpo. Tal conclusão é fundamentada através da análise feita por Menninger mediante o que era relatado por seus pacientes.

A depender da leitura que se faça, a automutilação é entendida como um sintoma de alguns transtornos mentais. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, versão 2008), “transtorno” não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Já para o DSM-5, atos de automutilação aparecem, por exemplo, na forma de um transtorno específico, ou exclusivo, como por exemplo, no Transtorno de Personalidade Borderline (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014, P. 663). A personalidade Borderline representa a perturbação mais tipicamente relacionada a estes atos, sendo que 80% dos indivíduos diagnosticados com essa perturbação exibem comportamentos de auto-dano (CASTILHO et al., 2010).

A literatura contempla um número significativo de terminologias a fim de tentar explicar o comportamento da automutilação, resultando no fato de muitos estudos apresentarem um enfoque totalmente voltado para esta questão, impossibilitando, em parte, o avanço no entendimento deste complexo fenômeno. Neste sentido, Guerreiro, Sampaio e Figueira (2014) apresentam o termo “comportamento autolesivo”, definindo-o como um comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo, deliberadamente, apresenta comportamentos que intencionam causar lesões ao próprio corpo.

Jatobá (2010) traz ainda o termo “escarificar”, do latim *scarificare*, que significa fazer uma incisão superficial na pele. A escarificação remete-se a um ato por meio do qual o sujeito faz um corte intencional na pele, através de um instrumento cortante, com o intuito de deixar uma cicatriz no corpo, sem existir, necessariamente, a inscrição de uma imagem ou de outro elemento. Neste ato, o sujeito é ativo e autor da marca no seu corpo, o que difere da tatuagem, pois esta precisa ser feita por um tatuador, que faz uso de instrumentos específicos.

Em suma, na atualidade, a autolesão em adolescentes é considerada como o resultado final de complexas interações entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais, tornando-se um relevante problema de Saúde Pública. Estes comportamentos apresentam elevada prevalência em amostras comunitárias e



Artigo

clínicas, e estão geralmente associados à morbidade psiquiátrica e a um aumento significativo do risco de suicídio consumado. Dados internacionais revelam que cerca de 10% dos adolescentes tiveram pelo menos um episódio de autolesão ao longo da sua vida (GUERREIRO;SAMPAIO; FIGUEIRA, 2014). Entretanto, com relação ao índice da prevalência de automutilação entre jovens no Brasil, não foram encontrados estudos epidemiológicos sobre a incidência deste ato, mas pesquisas realizadas no exterior mostram o crescimento da prática nos últimos anos.

Em consonância com a afirmação do aumento da prática de automutilação, Dinamarco (2011) baseada em um estudo publicado por Nancy Heath (2007), professora do Departamento de Educação e Aconselhamento Psicológico da Universidade McGill no Canadá, enfatiza que a automutilação é a prática que apresenta o maior crescimento entre os adolescentes. Após pesquisa realizada com esse público entre 12 e 16 anos de idade, Heath verificou que 13,9% deste grupo já haviam cometido alguma agressão contra o próprio corpo e que entre 14% e 39% dos adolescentes americanos já praticaram algum tipo de automutilação.

Com relação a alguns fatores associados à automutilação em adolescentes, em estudo realizado com 628 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, estudantes de escolas secundárias em Lisboa, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) pretenderam conhecer os comportamentos autodestrutivos dos adolescentes recolhendo informação relativa a comportamentos de automutilação, desejo de morrer, ideias suicidas, tentativas de suicídio, ter estado próximo de morrer e ter tido comportamentos que colocassem a vida em risco. Os resultados revelaram que 35% dos adolescentes relatavam comportamentos de automutilação, sendo que destes, 21.6% referiu ter este comportamento algumas ou muitas vezes. Verificou-se ainda que 42.8% dos adolescentes já desejou realmente morrer, mais da metade já teve ideias suicidas (com 31% referindo ter pensado entre algumas e muitas vezes), 7% dos adolescentes já tentaram suicídio e 40% indicam ter tido comportamentos que colocam a vida em risco.

No que se refere ao procedimento utilizado na violência autoinfligida, há estudos que indicam que na década de 1980, 75,5% dos adolescentes de 10 a 17 anos empregaram o uso abusivo de drogas e 10,4% a laceração ou a perfuração (ANDRUS; FLEMING; HEUMANN; WASSELL; HOPKINS; GORDON, 1991). Há outros estudos mais recentes que relatam que a violência autoinfligida, praticada por aproximadamente 80% dos adolescentes, foi por ingestão de substâncias que provocavam intoxicações exógenas, seguida de corte nos pulsos (ABASSE; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2009).



Artigo

Por fim, Bernardes (2015) conclui que compreender as transformações que envolvem o período da adolescência durante a história torna-se relevante, sendo que, para muitos autores, ainda há uma naturalização desse conceito. Tais contradições sociais que dizem respeito ao entendimento da adolescência podem ser identificadas tanto na compreensão do conceito quanto nos desdobramentos denunciados por esse público pelas experiências de automutilação.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo principal compreender a automutilação no período da adolescência buscando conhecer os fatores associados, visto que, a literatura contempla uma vasta gama de transtornos agregados ao fenômeno, o que instiga a conhecê-los e compreendê-los. Além disso, buscou-se identificar os motivos que propeliram atos autodestrutivos em adolescentes, bem como, descrever as consequências da automutilação neste público-alvo.

PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia empregada descreve-se como sendo um estudo de caso descritivo-exploratório, com abordagem quanti-qualitativa e processo de amostra gemêo-probabilístico por conveniência. A amostra é constituída de 10 adolescentes, do sexo feminino, cursando o ensino fundamental II e o ensino médio de três escolas do município de Patos-PB, sendo duas instituições de ensino público e uma de ensino privado. A variação das idades dos sujeitos foi composta de 70% entre 15 e 16 anos e 30% entre 13 e 14 anos. Destes, 90% estão cursando o ensino médio e apenas 10% estão no ensino fundamental II, sendo 70% de escolas públicas e 30% de escola privada.

Para a realização da presente pesquisa, a coleta de dados se deu através da obtenção de informações sócio demográficas, bem como, pelo uso de entrevista individual, semiestruturada contendo questões abertas, permitindo que o sujeito se expressasse livremente a partir das perguntas realizadas, sendo útil para interpretar, sem indução, os sentidos e significações sob as perspectivas dos participantes.

A coleta dos dados da referida pesquisa foi iniciada somente após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos a fim de cumprir os requisitos da resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), mantendo os preceitos éticos na aquisição e divulgação dos dados, bem como, após a emissão do Parecer Consubstanciado (CAAE: 79733417.0.0000.5181. Número do Parecer: 2.510.804). Para cumprir com o procedimento do Consentimento



Artigo

Informado, todos os participantes da pesquisa foram previamente informados do seu objetivo, os riscos, procedimentos, como também seu direito de recusar ou desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo para o mesmo.

A abordagem inicial da pesquisadora com os adolescentes se deu nas salas de aula das referidas instituições de ensino público e privado nas turmas do fundamental II e médio, tendo o acesso autorizado através do Termo de Autorização Institucional carimbado e assinado pelos responsáveis pelas instituições. Tendo isto, os adolescentes interessados em participar da pesquisa necessitaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por seu responsável legal, como requisito crucial para participação na pesquisa. Assim sendo, após a autorização do responsável expressa pelo TCLE, os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento, acordando a sua participação voluntária e finalmente, puderam responder a entrevista proposta em um ambiente reservado disponibilizado pela instituição para a realização da mesma.

Posteriormente, utilizou-se a entrevista individual, semiestruturada e de questões abertas como instrumento utilizado para a coleta dos dados. Além disso, no que tange a análise dos dados, empregou-se a técnica da análise de conteúdo de Bardin(2011), transformando o material empírico sistematicamente e agregando-o em unidades menores que permitiram a descrição exata das características pertinentes ao conteúdo, codificadas e reagrupadas de modo a formar categorias de resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados provenientes da pesquisa serão apresentados em tabelas descritivas contendo categorias e subcategorias, indicando o percentual de prevalência de cada subcategoria indicada, integrando os tópicos da entrevista utilizada como instrumento para a coleta de dados. Estes tópicos tornaram-se categorias mediante sua presença e relevância no discurso dos indivíduos, isto obtido em virtude da leitura flutuante do material. Para as discussões das informações coletadas na entrevista, foram dados nomes fictícios aos participantes com a finalidade de preservar a identidade dos mesmos.

Oportuno ressaltar ainda que, no caso de tabelas com percentagens não excludentes entre si, estas terão tal informação descrita em suas notas. Logo, tal acontecimento se dá pelo fato de que um entrevistado pode ter apresentado mais de uma



Artigo

resposta para a mesma questão, sendo, portanto, computadas todas elas, ultrapassando assim a percentagem de 100%.

A primeira categoria foi nomeada “Motivos que propeliram a automutilação no adolescente” sendo composta por subcategorias denominadas de: 1) Problemas familiares, 2) Relacionamentos interpessoais, 3) Transtornos/Patologias e 4) Preocupações externas.

Tabela 1 – Categoria “Motivos que propeliram a automutilação no adolescente”

Categoria	Subcategorias	%
Motivos que propeliram a automutilação no adolescente	Problemas familiares	90%
	Relacionamentos interpessoais	60%
	Transtornos/Patologias	20%
	Preocupações externas	20%

NOTA: Dados não-excludentes ⁵.

A Tabela 1 apresenta a primeira categoria elencada para a análise, denominada de “Motivos que propeliram a automutilação no adolescente”, bem como, descreve as suas respectivas subcategorias. Dentre elas, a subcategoria mais significativa foi “Problemas familiares” com um percentual de 90%, seguida de “Relacionamentos interpessoais”, com 60%. Posteriormente surgem as subcategorias com os menores índices de significância, sendo elas “Transtornos/Patologias” e “Preocupações externas”, ambas com o percentual de 20% das respostas da amostra. Para além das informações descritas na Tabela 1, torna-se importante destacar que essa categoria vai ao encontro a um dos objetivos específicos da pesquisa, o qual busca identificar os fatores que podem estar associados a determinados atos autolesivos em adolescentes.

A primeira subcategoria da Tabela 1 “Problemas familiares”, possui o maior índice de significância da categoria com percentagem de 90%, tendo emergido nos relatos dos adolescentes entrevistados variáveis como: “Discussões”, “Luto”, “Doença” e “Divórcio”. Ao analisar a frequência destas variáveis nos discursos, percebeu-se que a

⁵Um mesmo entrevistado pode mencionar mais de uma resposta, e, portanto, a soma das porcentagens pode ser superior a 100%.



Artigo

variável “Discussões” foi a mais prevalente, desta forma, buscou-se evidências empíricas que corroborem ou refutem com este resultado para a discussão da subcategoria mais relevante.

Surgindo como o motivo mais citado pelos adolescentes entrevistados que os levam ao ato da automutilação, o enfoque recai sobre as discussões no contexto familiar, como já descrito anteriormente, fato este que pode implicar em uma dinâmica familiar disfuncional. Para Lidchi e Eisenstein (2004), uma família funcional é percebida como afetuosa, com presença de diálogo, coesa, com regras flexíveis, porém com limites claros, oferecendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio em face de situações e/ou problemas. Entretanto, em conformidade com os dados obtidos na pesquisa, Guerreiro e Sampaio (2013), afirmam que a existência de disfunção familiar tem sido fortemente associada a comportamentos autolesivos em adolescentes.

A automutilação manifesta-se, sobretudo em adolescentes que apresentam problemas relacionais, especialmente a nível familiar, onde é frequente existir conflito, com crítica sistemática e falta de afeto, com recurso a soluções desadaptativas cujas consequências são, frequentemente, irreversíveis (MESQUITA RIBEIRO; MENDONÇA; MAIA, 2011). Essa discussão é demonstrada pela seguinte fala:

“Houve uma época em que na minha relação com a minha família não existia diálogo, principalmente com a minha mãe. Quando eu estava me cortando vinham na minha cabeça todas as discussões que eu estava tendo com ela” (Vivian, 16 anos).

Com relação às variáveis “Luto”, “Doença” e “Divórcio”, também presentes na primeira subcategoria “Problemas familiares” descrita na Tabela 1, observa-se que alguns dos entrevistados que convivem em ambientes conflituosos também relataram vivenciar outros tipos de problemas familiares como o luto pela perda de um familiar, doenças na família e o divórcio dos pais. Em suma, Rodrigues (2015) enfatiza que adversidades entre a família e o adolescente, funções de parentalidade mal adaptativas e divórcio dos pais são igualmente aspetos que estão associados às automutilações.

O recorte abaixo demonstra a experiência do luto como um fator que mobilizou a automutilação:



Artigo

“A última recaída que tive foi com a morte da minha avó, perde-la foi o mesmo que tirar a minha vida. Estou aqui fisicamente, mas acho que até a minha alma está triste” (Raquel, 15 anos).

Em se tratando da segunda subcategoria “Relacionamentos interpessoais”, descrita na Tabela 2 com um percentual de 40%, as variáveis elencadas foram: “Relacionamentos amorosos”, “Decepção com amizades” e “Influência de amigos”. Contudo, a subcategoria “Relacionamentos amorosos” se mostrou bastante presente nos discursos dos entrevistados, tendo uma pontuação significativa na fala dos indivíduos. Alguns sujeitos relataram já terem chegado ao ato da automutilação muitas vezes pelo fim de um relacionamento ou por este ser demasiadamente conflituoso.

Semelhante a isso, no estudo de Gonçalves (2016) a autora afirma que os adolescentes que participaram da pesquisa apontam a automutilação como um modo, coisa, jeito, método que fazem para passar, colocar para fora, escapar, refugiar e esquecer – a mágoa, a raiva, a solidão, a ansiedade, a depressão, o momento difícil. Citam, portanto, um conjunto de situações e sentimentos mobilizadores da automutilação, incluindo problemas na família e relacionamentos amorosos. Acrescenta ainda que a automutilação realizada em função de términos ou decepções também foi recorrente nas respostas dos questionários de sua pesquisa.

“O motivo foi justamente devido ao meu relacionamento, ele (namorado) sempre me falava coisas que outras pessoas o diziam que eu havia feito. Estas coisas não eram verdade e isso acontecia todos os dias, acredito que nunca houve um dia em que ele chegasse a minha casa e ficássemos bem. Tudo isso foi acumulando e desgastando o nosso relacionamento” (Clarisse, 15 anos).

As variáveis subsequentes presentes na subcategoria “Relacionamentos interpessoais” também descrita na Tabela 1, foram “Decepção com amizades” e “Influência de amigos”. Mediante os relatos, observou-se que alguns adolescentes sentem-se “traídos” por pessoas do seu círculo de amizades e conseqüentemente atacam o seu corpo por sentirem-se decepcionados diante de algumas atitudes. Entretanto, não foram encontrados subsídios na literatura que evidenciassem este fato vinculado à automutilação na adolescência. Deste modo, no que tange à influência dos amigos para o ato da automutilação, Rodrigues (2015) aponta para o fato de os amigos e o suporte social serem meios em que o adolescente cada vez mais se refugia e considera algo quase que



Artigo

central na sua vida, a influência dos amigos para a prática desses comportamentos seria evidente.

O recorte da fala a seguir ilustra, em parte, esta discussão:

“Eu me corto às vezes por decepção, pois eu gosto muito de falar sobre mim para ver se alguém me aconselha ou me ajuda, com isso acabo me decepcionando muito com minhas amigas” (Maria, 16 anos).

Ainda na Tabela 1, a terceira subcategoria elencada denomina-se “Transtornos/Patologias” composta por uma percentagem de 20%, isto em virtude de que alguns entrevistados relataram que o fator que os impulsionou ao ato da automutilação seria algum tipo de patologia. Na referida subcategoria emergiram duas variáveis, sendo elas a “Depressão” e a “Tricotilomania” ambas com a mesma frequência nos discursos dos entrevistados.

De acordo com dados da literatura, a depressão parece também condicionar o comportamento de automutilação. Mediante a busca por subsídios literários, notou-se que vários autores citam esta perturbação como uma importante característica psicopatológica do sujeito que exhibe comportamentos de automutilação (GUERTIN, 2001; HAW; HAWTON; HOUSTON; TOWNSEND, 2001), o que parece corroborado pelos resultados do estudo de Duque e Neves (2004), como também pelo presente estudo. Ainda semelhante ao achado, Castilho, Gouveia e Bento (2010) identificaram que os adolescentes com automutilação apresentam índices mais elevados de psicopatologia, nomeadamente de depressão, quando comparados com adolescentes sem auto-dano e adolescentes normais.

Ao buscar subsídios que fundamentassem a presença da tricotilomania como fator que mobiliza a automutilação, Favazza (1987/1996) insere a tricotilomania no tipo de automutilação que o mesmo denomina de “compulsiva”. Esta se refere a um comportamento que é automático, sem que a pessoa pense muito antes de agir; geralmente ocorre em resposta a uma ânsia repentina de se machucar e promove um alívio da ansiedade. Em suma, o tipo mais pesquisado da automutilação compulsiva é a tricotilomania – ato repetitivo e deliberado de arrancar os próprios cabelos da cabeça, sobrancelha e genitais (FAVAZZA, 1987/1996 citado em ARAÚJO, et al., 2016).

Neste sentido, Guerreiro e Sampaio (2013) acrescentam ainda que o perfil de um adolescente que apresenta automutilação é determinado por perturbações no nível de psicopatologia geral como depressão, ansiedade, impulsividade e agressividade, estando



Artigo

associados a um diagnóstico psiquiátrico, sobretudo doença afetiva. Logo, pois, segue o trecho de uma entrevista reafirmando as patologias como fatores impulsionadores da automutilação:

“Acho que a automutilação acontece porque nunca superei a depressão, acredito que quem tem depressão nunca fica curado totalmente, você sempre vai estar triste e de vez enquanto se sentir sozinha” (Raquel, 15 anos).

Finalmente, trataremos da última subcategoria presente ainda na Tabela 1 com uma percentagem de 20%, sendo ela as “Preocupações externas”, esta agindo como um dos motivos que propõem a automutilação em adolescentes. Para isto, foram elencadas duas variáveis, sendo elas “Dificuldade na aprendizagem” e “Acúmulo de preocupações”, visto que, de acordo com alguns relatos obtidos com as entrevistas, adolescentes associam os atos de automutilação a uma forma de aliviar a raiva, tensão e ansiedade advindas das preocupações e dificuldades, principalmente no contexto escolar.

Andrada (2003) aponta para as possibilidades de intervenção do psicólogo escolar quanto a essa questão, e a importância de designar espaços para escuta das demandas e assim refletir maneiras de como lidar com situações que são cotidianas. Ademais, trazer uma reflexão sobre a função da dificuldade de aprendizagem, bem como, do acúmulo de preocupações neste momento do ciclo da vida, criando um espaço de diálogo franco entre o adolescente e a família acerca das dificuldades de todos, não só dele, diluindo nos sistemas a “culpa” pelo fracasso escolar (CARTER, 1995; MCGOLDRICK, 1995 citado em FREITAS; SOUZA, 2017).

Em virtude das preocupações externas ao adolescente, um recorte de uma entrevista faz a seguinte colocação:

“Quando eu não consigo entender algum assunto que o professor passa na sala de aula geralmente fico com raiva e me estresso, é quando machuco meus braços e puxo os meus cabelos” (Suzana, 15 anos).

Em situações como estas, nos discursos mostrados acima, a automutilação partiu de uma série de causas ou motivos ora internos, ora externos ao sujeito. A vista disso, tanto os motivos internos quanto os externos podem ocasionar prejuízos na vida destes



Artigo

adolescentes, pois não se tem como ponderar a gravidade das consequências físicas, psicológicas ou comportamentais geradas por estes.

Portanto, este fenômeno pode ainda ser visto como uma forma de autopunição por parte do adolescente, de maneira a que este canalize a raiva que sente, para além de ser igualmente uma forma de interrupção de estados dissociativos, permitindo ao adolescente o regresso à realidade que de certo modo quer evitar confrontar-se. O anseio de se automutilar é a consequência de um impulso, precipitado por uma acumulação de acontecimentos negativos e estressantes (MESQUITA, et al., 2011).

A Tabela 2, apresentada a seguir, corresponde aos tipos e especificações dos instrumentos utilizados no ato da automutilação que foram descritos pelos adolescentes entrevistados. Mediante os relatos, fez-se o levantamento dos instrumentos cortantes, perfurantes e (corpo) contundentes que foram mais utilizados pelos adolescentes no momento da automutilação. Dentre as subcategorias de instrumentos, emergiram também algumas variáveis que serão descritas a seguir.

Tabela 2 – Categoria “Instrumento utilizado no ato da automutilação”

Categoria	Subcategorias	%
Instrumento utilizado no ato da automutilação	Instrumentos cortantes	90%
	Instrumentos (corpo) contundentes	40%
	Instrumentos perfurantes	10%

NOTA:Dados não-excludentes.

Ao observar os dados contidos na Tabela 2 nota-se que esta apresenta a segunda categoria elencada para a análise, descrita como “Instrumento utilizado no ato da automutilação”, de modo que, apresenta também as suas respectivas subcategorias. Dentre elas, a subcategoria mais significativa foi “Instrumentos cortantes” com um percentual de 90%, seguida de “Instrumentos (corpo) contundentes”, com 40%. Em seguida, é descrita a subcategoria com o menor índice de significância, sendo ela “Instrumentos perfurantes” com um percentual de 10% da amostra.

A primeira subcategoria da Tabela 2 “Instrumentos cortantes”, apresenta o maior índice de significância com relação às demais subcategorias, estando presente nos discursos de 90% da amostra. Nesta subcategoria, a partir das respostas emitidas pelos entrevistados quando questionados sobre os instrumentos mais utilizados no ato da



Artigo

automutilação, verificou-se uma maior frequência de instrumentos cortantes representados pelas “Lâminas” (barbear, lapiseira), “Estilete”, “Tesoura”, “Papel” e “Estilhaço de vidro”. Contudo, as variáveis mais citadas foram as “Lâminas” seguidas pelo “Estilete”.

Emergindo como um dos instrumentos mais utilizados pelos adolescentes no momento do ato da automutilação, o mais citado foi o uso das lâminas, estas sendo lâminas de barbear e também lâminas de lapiseira. Nesse sentido, uma notícia de 2014 traz o caso de uma escola no Acre, Brasil, onde dez adolescentes estariam se cortando para fazer um “pacto de sangue”. Uma das adolescentes relata: "As meninas estavam se cortando, mas não sei o motivo, e me chamaram para participar. Elas usavam lâminas do apontador e ficavam se cortando dentro da sala ou pegavam de casa e traziam para cá. Eu fiz duas vezes, mas já parei" (RIBEIRO; FULGÊNCIO, 2014 citado em GONÇALVES, 2016).

Segue abaixo uma parte do relato de uma das adolescentes entrevistadas, que representa a discussão apresentada acerca das lâminas como sendo um instrumento demasiadamente utilizado para a automutilação:

“Na primeira vez em que me cortei eu usei lâminas de barbear, eu mesma quebrei uma para me cortar. Na segunda vez eu usei uma lâmina de lapiseira, quebrei a lapiseira semelhante à forma como fiz com a lâmina de barbear” (Carla, 14 anos).

Em seguida, com relação às variáveis “Estilete”, “Tesoura”, “Papel” e “Estilhaço de vidro”, apresentados também na primeira subcategoria “Instrumentos cortantes” descrita na Tabela 3, nota-se que há certa diversidade no que tange a escolha do instrumento que auxiliará no ato. De fato, para a prática da automutilação alguns adolescentes utilizam múltiplos objetos cortantes como estiletes, facas, tesouras, dentre outros (LE BRETON, 2007; FAVAZZA, 2007).

O recorte abaixo demonstra o manuseio de alguns instrumentos cortantes escolhidos para o ato em diferentes situações: “*Já utilizei várias coisas para me cortar como, por exemplo, lâmina de lapiseira, estilete e até mesmo caco de vidro*” (Patrícia, 13 anos).

Em se tratando da segunda subcategoria “Instrumentos (corpo) contundentes” que se referem aos instrumentos que atuam por pressão exercida sobre eles, descrita na Tabela 2 com um percentual de 40%, as variáveis elencadas foram: “Unhas”, “Maçaneta de



Artigo

porta”, “Corda”, “Puxões de cabelo” e “Socos na parede”. Dessas, a subcategoria “Unhas” se mostrou bastante presente nos discursos dos entrevistados, sendo o elemento mais frequentemente utilizado na automutilação.

Tal comportamento apresenta graus variados: desde lesões leves, como arranhar a pele com as unhas ou se queimar com pontas de cigarros; passando por formas moderadas, como cortes superficiais em braços; e chegando até as mais graves, como a autoenucleação e a autocastração (ALROE; GUNDA, 1995; BHARATH; NEUPANE; CHATTERJEE, 1999 citado em CEDARO; NASCIMENTO, 2013). De certo modo, Dinamarco (2011) cita um trecho do livro *Eros e Tântatos*, o homem contra si próprio, de Menninger, no qual o autor comenta que o que determina o ato de automutilação não é o seu grau de severidade, mas sim a sua natureza. “*Quando eu estava estressada ou com raiva eu usava as minhas unhas, machucava meus braços com ela. Isso acontece sempre que estou estressada*” (Suzana, 15 anos).

Ademais, na subcategoria “Instrumentos (corpo) contundentes”, descrita na Tabela 2, estão presentes outras variáveis que sucedem o uso das unhas como instrumento de automutilação. Estas incluem friccionar o corpo contra a maçaneta de uma porta, enrolar uma corda no pescoço e fazer movimentos de vai-e-vem, envolver os dedos no cabelo e arrancá-los do couro cabeludo, além de socar repetidas vezes as paredes com o intuito de ferir dedos e mão. Mediante os relatos, foi possível perceber que alguns adolescentes usam a força do seu corpo contra algum tipo de objeto ou também, acontece de usarem partes do seu corpo, como as unhas, fazendo pressão contra si mesmo com a finalidade de machucar-se.

Deste modo, em concordância com o achado da presente pesquisa com relação ao uso de instrumentos (corpo) contundentes, os autores Adler e Adler (2011) apresentam uma estimativa da prevalência de vários atos, em comparação com outros, sugerindo a seguinte distribuição: 72% cortes, 35% queimaduras, 30% auto-agredir usando o próprio corpo, 22% interferência de cicatrização de feridas, 10% puxar cabelo, 8% quebra óssea, 78% múltiplos métodos (ADLER; ADLER, 2011 citado em GONÇALVES, 2016). Em síntese, o recorte da fala a seguir demonstra esta discussão:

“Às vezes eu uso a maçaneta da porta, fico enfiando ela contra o meu abdômen varias vezes seguidas. Ah, eu também ficava dando socos em paredes, naqueles tipos que são caspentas e arranham a pele” (Vanessa, 15 anos).



Artigo

Em síntese, com relação à última subcategoria “Instrumentos perfurantes”, contida ainda na Tabela 2, apresentando-se com o menor percentual da categoria “Instrumento utilizados no ato da automutilação” de apenas 10%, foram elencadas três variáveis, sendo elas “Caneta com ponta fina”, “Arame” e “Alicate de unhas”. Por meio de alguns relatos obtidos com as entrevistas, notou-se uma tímida frequência, porém existente, de adolescentes que afirmam já terem consumado o ato através de objetos perfurantes.

A literatura não contempla em grande escala os objetos perfurantes mais comumente utilizados por adolescentes para a automutilação, mas, de acordo com Cedaro e Nascimento (2013), os atos lesivos contra o próprio corpo incluem cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos semelhantes. Deste modo, confirma-se então o ato de perfurar o corpo como um meio de automutilação, se dando, por exemplo, por meio de arame, alicate de unha, caneta com ponta fina, conforme identificado no presente estudo.

“Uma vez usei o arame de uma pasta que serve para armazenar papeis dentro, aqui na escola inclusive. Também já usei caneta com uma ponta bem fina, além do alicate de unhas” (Vanessa, 15 anos).

Em virtude de todos os objetos utilizados presentes nos discursos mostrados acima, logo, não é incomum ouvir relatos de adolescentes que utilizam mais de um método para a automutilação, em diferentes ocasiões. O estudo de Klonsky (2011) revelou que 50% dos automutiladores utilizavam mais de um método para provocar as lesões, em média dois tipos (LLOID-RICHARDSON; PERRINE; DIERKER; KELLEY, 2007; KLONSKY, 2011 citado em GIUSTI, 2013).

Conclui-se então que a automutilação por cortes é o método mais comum de autolesão, através de facas, lâminas, tesouras, vidros ou outros materiais abrasivos, em que o pulso, antebraço, zona abdominal ou os membros inferiores são as zonas de eleição pelo fato de as feridas frequentemente ficarem escondidas ou menos expostas (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012 citado em CARDOSO, 2016). Existe assim uma intenção de o indivíduo se magoar de forma a substituir ou a cessar a dor psicológica sentida como intolerável por uma dor física, localizável e palpável (OLIVEIRA; AMÂNCIO; SAMPAIO, 2001).



Artigo

Em suma, outro ponto que se buscou investigar na pesquisa se refere às consequências que o ato da automutilação poderia acarretar na vida do adolescente, sendo abordado na pesquisa como um dos objetivos específicos que pretendia descrever as consequências da automutilação no público adolescente. Dito isso, a tabela 3 refere-se à categoria “Consequências presentes após a automutilação”, e demonstra as subcategorias que foram elencadas, referindo-se às consequências físicas, psicológicas e comportamentais da automutilação.

Tabela 3 – Categoria “Consequências presentes após a automutilação”

Categoria	Subcategorias	%
Consequências presentes após a automutilação	Físicas	70%
	Psicológicas	40%
	Comportamentais	10%

NOTA:Dados não-excludentes.

Podemos observar na Tabela 3, a terceira categoria elencada através da análise do conteúdo das comunicações, descrita como “Consequências presentes após a automutilação”. Partindo do princípio de que a automutilação acarretaria consequências em diferentes âmbitos da vida do adolescente, perceberam-se que alguns tipos são mais frequentemente apontados pelos sujeitos, com isso, as subcategorias que emergiram foram, respectivamente, as consequências “Físicas”, “Psicológicas” e “Comportamentais”. As consequências “Físicas” foram as mais presentes nos relatos dos adolescentes entrevistados, descrita com um percentual de 70%, esta sendo a subcategoria com maior índice de relevância da categoria apresentada. Em segundo lugar surgem as consequências “Psicológicas” estando presentes nos relatos de 40% das respostas da amostra, e por fim, as consequências “Comportamentais”, com um percentual de 10%.

A primeira subcategoria da Tabela 3 apresenta o maior índice de percentual da categoria (70%) e retrata as consequências físicas presentes no adolescente após o ato da automutilação, estas sendo a curto, médio ou longo prazo. Tornou-se notório a presença de algumas variáveis relacionadas a este tipo de consequência, tais como: “Dor”, “Hematoma”, “Inchaço”, “Ardência”, “Vermelhidão” e “Cicatrizes”. Ao analisar a constância destas variáveis nos discursos, concluiu-se que a variável “Dor” foi a mais prevalente dentre as demais, podendo surgir durante o ato, logo após ou somente no dia seguinte à automutilação, podendo ser persistente ou momentânea e ter graus variados de intensidade.



Artigo

O indivíduo, ao praticar a conduta de risco não busca, necessariamente, a intencionalmente de morte, mas sim, a intenção de machucar e magoar a si mesmo visando trocar a dor de intensidade intolerável sentida psicologicamente por uma dor visível fisicamente. E em alguns destes momentos, acabam por colocar a vida em risco (OLIVEIRA; AMÂNCIO; SAMPAIO, 2001). Adolescentes que cometem danos físicos no seu corpo fazem-no para desencadear o alívio face à aflição emocional. A dor física torna-se frequentemente, mais fácil de tratar e lidar do que a dor emocional, devido à causa, talvez mais clara, e aos sentimentos reais, sendo que os ferimentos podem servir para demonstrar ao indivíduo que a sua dor emocional é real e válida. Este tipo de comportamento auto lesivo pode acalmar o indivíduo, tornando-se uma resposta natural ao stress do dia-a-dia do jovem e pode aumentar na frequência e na severidade (BALTAZAR, 2009).

“No dia em que eu me mutilava eu não sentia nada, mas no dia seguinte ficava ardendo e chegava a ficar inchado. No momento da raiva eu não ligava pra essa dor, me cortava nos braços e pernas” (Catarina, 13 anos).

Com relação à intensidade dolorosa, o estudo de Vieira, Pires e Pires (2016), realizado com 20 pacientes com idade superior a 18 anos atendidos em um ambulatório de Psiquiatria numa cidade de médio porte do Vale do Paraíba, revelou que de acordo com a escala numérica de dor aplicada aos sujeitos 45% da amostra relataram ausência de dor, 35% dor leve, 15% moderada e 5% dos participantes relataram sentir dor intensa. De acordo com Arcoverde (2013), um aspecto curioso encontrado em fontes diversas da literatura sobre autolesão, independentemente da perspectiva teórica que utilizam, refere-se à ausência, indiferença ou diminuição da sensação de dor naqueles que provocam ferimentos em si mesmos.

De certo modo, se torna necessário também enfatizar as demais variáveis presentes na primeira subcategoria apresentada na Tabela 3, que retratam as consequências físicas após a automutilação. Ademais, os hematomas, o inchaço, a ardência, a vermelhidão e as cicatrizes também são descritas pelos adolescentes como consequências físicas deste ato. Segue abaixo um relato que retrata tal discussão:

“Eu chegava a fazer tão profundo que houve uma vez em que eu fiquei com muito medo de ir para o hospital porque não parava de sangrar, e eu fiquei com medo de chegar lá e dizer que estava me cortando na



Artigo

frente da minha mãe e de um médico desconhecido, isso seria uma vergonha” (Raquel, 15 anos).

Em se tratando da segunda subcategoria descrita como as consequências “Psicológicas” presentes no adolescente após o ato de automutilação, descrita também na Tabela 3 com um percentual de 40%, as variáveis elencadas foram: “Vergonha”, “Culpa”, “Fragilidade” e “Incapacidade de falar sobre o assunto”. Entretanto, a subcategoria “Vergonha” mostrou-se mais presente nos discursos dos entrevistados, tendo uma pontuação significativa na fala dos indivíduos. Um dos entrevistados relatou sentir extrema vergonha após o ato, visto que, a sua família tomou conhecimento do acontecido e passou a comentar sobre isso, acrescentou ainda que, sentiu-se pior quando as pessoas tomaram conhecimento disso do que se sentia no momento da automutilação.

O ato da automutilação é seguido, por vezes, de sensação de bem-estar e alívio momentâneo e/ou culpa, vergonha e tristeza por ter praticado tal ato. As sensações de bem-estar e alívio podem persistir por algumas horas, alguns dias e, mais raramente, por algumas semanas, retornando então aos sentimentos iniciais (SIMEON; FAVAZZA, 2001; LAYE-GINDHU; SCHONERT-REICHL, 2005; FAVAZZA; CONTERIO, 1989 citado em GIUSTI, 2013). A autora identificou ainda que era comum os indivíduos que se automutilavam afirmarem ter vergonha quando questionados por estranhos sobre suas cicatrizes e que também tentavam escondê-las, usando mangas longas e evitando trajés de banho. Acrescenta que os cuidados com os ferimentos resultantes da automutilação também são descritos de forma ritualizada e com um misto de sentimentos de arrependimento, vergonha, alívio e tranquilidade.

“Costumo me cortar nos pulsos porque é onde consigo esconder, coloco algumas pulseiras e as pessoas não percebem. Essas marcas mais escuras são os cortes mais profundos, quando são cortes leves eles vão clareando com o tempo” (Maria, 16 anos).

No que tange às demais variáveis presentes na subcategoria de consequências “Psicológicas”, estas são, respectivamente, “Culpa”, “Fragilidade e “Incapacidade de falar sobre o assunto”. Com relação a culpa, o presente estudo traz este sentimento como uma consequência após o ato, conforme explicitado pelos adolescentes entrevistados. Entretanto, a literatura tende a associar este sentimento como sendo um facilitador para a automutilação, neste caso, evidenciando a culpa como causa e não como consequência.



Artigo

Nos remetendo novamente às contribuições de Vieira, Pires e Pires (2016), os autores evidenciaram que com relação ao sentimento desencadeante da automutilação, 14 (70%) responderam tristeza, 12 (60%) angústia, 8 (40%) culpa, 6 (30%) ansiedade, 4 (20%) raiva ou medo ou frustração, 3 (15%) insônia ou confusão mental, 1 (5%) alegria ou alucinação ou impotência ou lembranças.

Nota-se que a literatura ainda carece de estudos que visem identificar as possíveis consequências psicológicas que acometem o sujeito após a automutilação, visto que, a ênfase recai demasiadamente sobre os fatores desencadeadores do ato. O presente estudo pode identificar como consequências psicológicas também a fragilidade desse adolescente após mutilar-se e a incapacidade de falar sobre o assunto abertamente, mediante a sua insegurança e temor. Ao buscar subsídios na literatura que corroborassem ou refutassem este elenco de variáveis, pouco foi encontrado, reafirmando a carência de estudos neste contexto.

Conforme os achados no presente estudo, com relação às consequências psicológicas presentes após o ato, segue o recorte de uma fala significativa:

“Eu não fiquei com nenhuma sequela ou consequência física, mas psicológica sim, pois hoje em dia quando vejo alguém contando que faz isso me sinto impactada por saber que já fiz e sei como e com o que é feito. Não consigo mais falar sobre esse assunto por esses motivos” (Raquel, 15 anos).

Finalmente, a Tabela 3 apresenta ainda a terceira e última subcategoria elencada, referida como as consequências “Comportamentais” do ato de automutilação, apontada em 10% das respostas dadas nas entrevistas. Nesta subcategoria foram identificadas as seguintes variáveis: “Ausência da fala” e “Indisposição”, estas sendo descritas pelos adolescentes como consequências que vivenciaram após o ato da automutilação. Logo, não distante do que se encontrou na literatura com relação às consequências psicológicas posteriores à automutilação, as consequências comportamentais praticamente inexistem dentre artigos publicados no Brasil.

De fato, é inegável que o interesse pela automutilação, bem como pela busca de respostas aos pontos de interrogação que permeiam este ato, principalmente no público adolescente, vem crescendo gradativamente nas últimas décadas, parcialmente em resposta à atenção da mídia para este fenômeno. Apesar disto, como se observou no presente estudo ainda há muitas lacunas existentes, além de vertentes deste ato que



Artigo

carecem de estudos mais aprofundados. Enfatizando a linha de pensamento de Giusti (2013), a autora afirma que os estudos existentes até agora são controversos principalmente quanto à definição da automutilação, o que leva a divergência quanto a sua prevalência. Também, a maioria dos estudos foi realizada com população de adolescentes e adultos jovens, e muito pouco se sabe a evolução e consequências desse comportamento longitudinalmente.

Por fim, para ilustrar o achado das consequências comportamentais presentes nos adolescentes entrevistados após a automutilação, segue o relato abaixo:

“Eu tive que tomar remédios por um tempo, pois depois que comecei a me cortar eu não falava nada, só ficava deitada e não sentia vontade de levantar, foi aí então que minha mãe me levou ao psicólogo. Minha família dizia que eu era louca, que eu deveria me internar e que não voltasse para a escola, pois as pessoas iriam se afastar de mim por causa disso” (Catarina, 13 anos).

Em síntese, considera-se que a autoagressão na adolescência, bem como os fatores que estão associados a este fenômeno atualmente tão relevante, são problemas de saúde pública, visto que, atinge não somente as famílias dos adolescentes envolvidos, mas também a sociedade como um todo, incluindo os profissionais de saúde e os professores e educadores que acompanham cotidianamente os adolescentes nas suas atividades escolares. Acredita-se que, com o trabalho interdisciplinar entre as famílias, gestores e profissionais da saúde, é possível diminuir e prevenir a conduta autoagressiva entre adolescentes em idade escolar, a partir da identificação das causas e maior efetividade na prevenção (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006). Ressalta-se então, mediante este estudo, a importância de estudos que visem identificar fatores que mobilizem e sejam preditores destes comportamentos autolesivos, como também, que busquem traçar estratégias para a prevenção e desenvolvimento de terapêuticas eficazes para estes adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida do presente estudo resultou, em um primeiro momento, de motivações pessoais na tentativa de compreender a automutilação em adolescentes, os



Artigo

fatores que podem estar associados, bem como, as consequências que sucedem estes atos. Outro motivador para a realização do mesmo se deu mediante a carência de estudos percebida após a busca por subsídios na literatura, constatando-se a existência de lacunas, principalmente em pesquisas nacionais, referentes a especificações do tema, como as consequências geradas pelo ato longitudinalmente, ou também, ao papel da psicologia como agente transformador neste cenário.

Quanto aos objetivos propostos, estes vislumbravam compreender o fenômeno e encontrar possíveis associações da automutilação com outros fatores, como também identificar algumas das causas e consequências deste ato no adolescente. Conclui-se então que estes foram devidamente alcançados, visto que, tornou-se possível ampliar a compreensão com relação à automutilação, encontrar os fatores que propeliram a automutilação no público adolescente, além de identificar algumas das consequências apresentadas pelos adolescentes em face do ato da automutilação. Contudo, o estudo apresenta algumas limitações, como a dificuldade em obter uma amostra mais significativa, a falta de estudos com os mesmos objetivos e com a mesma população alvo, o que limitou consideravelmente que os resultados obtidos pudessem ser comparados a outros estudos, como também, a aplicação do instrumento de coleta de dados ter sido preenchido em tempo de aula, implicando em alguns alunos negarem-se participar da pesquisa por vergonha de amigos e colegas.

Em virtude dos achados encontrados neste estudo, faz-se necessário focar nas consequências que surgiram após o ato de automutilação nos adolescentes. Pouco foi encontrado na literatura com relação a esta questão, pois muitos estudos abordam as suas discussões em terminologias, diferenças quanto ao gênero e associações da automutilação a outras patologias. A literatura carece de estudos que reflitam as consequências deste ato, sejam elas físicas ou psicológicas, a curto ou longo prazo, e ainda, as implicações que a automutilação há de ter na vida do indivíduo e as possibilidades de ajuda que se apresentam para este. A partir disto, outra dificuldade foi encontrada no que tange as possibilidades de intervenção de profissionais da saúde, como também o papel crucial da escola, da família e amigos no cotidiano deste adolescente, e ainda a importante conscientização da sociedade em geral, para que sejam agentes de mudança deste atual cenário.

Torna-se necessário avaliar a forma de estudar o fenômeno para se chegar a conclusões mais ampliadas, com ações preventivas para sugerir intervenções, para assim, longitudinalmente verificar a redução de casos de adolescentes que se automutilam. Desse modo, almeja-se que outros estudos possam fazer uso dos subsídios fornecidos por esta



Artigo

pesquisa para impulsionar novos conhecimentos sobre a automutilação, bem como, incentivar a conscientização da população-alvo para a busca de um acompanhamento especializado. No contexto social, espera-se com os resultados obtidos por meio desta pesquisa, trazer alguma contribuição, a fim de favorecer a ampliação do conhecimento proporcionando maior interesse pelo construto apresentado.

REFERÊNCIAS

ABASSE, Maria Leonor Ferreira; OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra; SILVA, Tiago Campos; SOUZA, Edinilsa Ramos. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v.14, n.2, 407-416, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5º ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.992p.

ANDRADA, Edla Grisard Caldeira. Família, escola e a dificuldade de aprendizagem: intervindo sistemicamente. *Psicologia Escolar e Educacional*, Santa Catarina, v. 7, n. 2, 171-178, 2003.

ANDRUS, Jon Kim; FLEMING, David William.; HEUMANN, Michael; WASSELL, James; HOPKINS, David; GORDON, Jane. Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon. *American Journal of Public Health*, Estados Unidos, v. 81, n. 8, 1067-1069, 1991.

ARAÚJO, Juliana Falcão Barbosa; CHATELARD, Daniela Scheinkman; CARVALHO, Isalena Santos; VIANA, Terezinha de Camargo. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos Clin*, São Paulo, v. 21, n. 2, 497-515, 2016.

ARCOVERDE, Renata Lopes. *Autolesão e produção de identidades*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica– Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2013. 84p.



Artigo

ASSUMPÇÃO, Ana Paula Vieira de Andrade. *O Discurso da falta e do excesso: A Automutilação*. Dissertação de Mestrado em Letras – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016. 100p.

BALTAZAR, Maria da Anunciação Lopes. *Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais: correlação com os antecedentes da vítima*. Dissertação de mestrado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2009. 361p.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo: edição revista e ampliada*. 6º ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 280p.

BERNARDES, Suela Maiara. *Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*. Dissertação de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 123p.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Diário Oficial da União, 2016. Retirado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.

CARDOSO, Gabriela Tanreiro. *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens*. Dissertação de Mestrado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2016. 66 p.

CASTILHO, Paula; GOUVEIA, José Pinto; BENTO, Elisabete. *Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes*. *Psychologica*, Coimbra, v. 52, n. 2, 331-360, 2010.

CEDARO, José Juliano; NASCIMENTO, Josiana Paula Gomes. *Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações*. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, 203-223, 2013.



Artigo

DINAMARCO, Adriana Vilano. *Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos expostos na Internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 117 p.

DRIEU, Didier;LELOUEY, NadineProia;ZANELLO, Fabrice. Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 9-20, 2011.

DUQUE, Alexandra Freches;NEVES, Pedro Gante. Automutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Portugal, v. 5, n. 2, 215-227, 2004.

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda Cruz. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê*, São Paulo, v. 10, n. 18, 151-166, 2006.

FAVAZZA, Armando. Review of treating self-injury: a practical guide [Versão Eletrônica]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 195, n. 2, 187-188, 2007.

FREITAS, Elidiane Queiroz Mercês;SOUZA, Robson. Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar. *Ciência (in) cena*, Bahia, v. 1. N. 5, 157-174, 2017.

GIUSTI, Jackeline Suzie. *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese de Doutorado em Psiquiatria – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. 184 p.

GONÇALVES, Jacqueline Nascimento. *“Vocês acham que me corto por diversão?” Adolescentes e a prática da automutilação*. Dissertação de Mestrado em Educação – Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2016. 138p.

GUERREIRO, Diogo Frasquilho; SAMPAIO, Daniel; FIGUEIRA, Maria Luísa. *Relatório da investigação “comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e*



Artigo

estratégias de coping”. Tese de Doutorado em Psiquiatria – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2014. 13p.

GUERREIRO, Diogo Frasquilho; SAMPAIO, Daniel. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Port Saúde Pública*, Portugal, v. 31, n. 2, 213-222, 2013.

GUERTIN, Tracey; LLOYD-RICHARDON, Elizabeth; SPIRITO, Anthony; DONALDSON, Deidri; BOERGERS, Julie. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 40, n. 9, 1062-1069, 2001.

HAW, Camilla; HAWTON, Keith; HOUSTON, Kelly; TOWNSEND, Ellen. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, Estados Unidos, v. 178, n. 1, 48-54, 2001.

JATOBÁ, Maria Manoella Verde. *O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. 93 p.

LE BRETON, David. Antropologie des conduites a risque et scarifications a l'adolescence [Versão Eletrônica]. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, França, v. 59, n. 2, 120-131, 2007.

LIDCHI, Victoria; EISENSTEIN, Evelyn. *Adolescentes e Famílias no Contexto Médico*. Em: Júlio de Mello Filho, *Doença e Família*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2004. 412p.

MESQUITA, Cristina; RIBEIRO, Fátima; MENDONÇA, Liliane; MAIA, Ângela. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Psicologia da criança e do adolescente*, Lisboa, v. 3, 97-109, 2011.

OLIVEIRA Abílio; AMÂNCIO Lúcia; SAMPAIO Daniel. Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 4, n. 19, 509-521, 2001.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Retirado de <http://bit.ly/2fZ7tji>.

RODRIGUES, Joana dos Reis. *Funcionamento familiar e percepção de rejeição paterna: influência na ocorrência de comportamentos autolesivos na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Lisboa, 2015. 62 p.

VIEIRA, Marcos Girardi; PIRES, Marta Helena Rovani; PIRES, Oscar Cesar. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Dor*, São Paulo, n. 14, v. 4, 257-260, 2016.



AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: COMPREENDENDO SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

DOI: 10.29327/213319.18.3-8

Páginas 120 a 147

Artigo

**SÍFILIS MATERNA E SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

**MATERNAL SYPHILIS AND CONGENITAL SYPHILIS: EVALUATION OF
HOSPITAL CARE**

Ana Paula Ferreira Holzmann¹
Sônia Maria Oliveira de Barros²
Carla Silvana de Oliveira e Silva³
Dulce Aparecida Barbosa⁴

RESUMO - A sífilis é uma doença amplamente conhecida, que se tornou um dos mais desafiadores problemas de saúde pública deste início de milênio, principalmente pelo aumento de casos em gestantes e crianças. O objetivo geral desse estudo foi descrever e avaliar o manejo hospitalar de mulheres com diagnóstico de sífilis admitidas para o parto, assim como dos recém-nascidos expostos à transmissão vertical da infecção. Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, realizado nas maternidades de dois hospitais da cidade de Montes Claros, MG. A população foi composta pelo universo de mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, parto ou puerpério, atendidas para a resolução do

¹ Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira do Programa Municipal de IST/HIV/Hepatites virais de Montes Claros, MG. Professora do ensino superior da Universidade Estadual de Montes Claros, MG.

² Graduada em Enfermagem pela Escola Paulista de Medicina. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Doutora em Enfermagem Materna e Infantil pela Universidade Federal de São Paulo. Livre Docente e Professora Titular da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, SP.

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora do ensino Superior e do programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, MG.

⁴ Graduada em Enfermagem, Mestre em Biologia Molecular, Doutora em Ciências da Saúde e Pós-Doutora em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo. Livre Docente e Professora Associada IV da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, SP.



Artigo

parto nas referidas maternidades, nos anos de 2014 e 2015 e pelos seus respectivos recém-nascidos. As variáveis de interesse foram coletadas dos prontuários clínicos, além de outras fontes secundárias de informação e digitadas em banco criado no programa Epidata versão 3.0, que foi, posteriormente, transferido para o programa SPSS versão 19.0, onde foi realizada análise descritiva dos dados. Foram incluídos no estudo 107 parturientes/puérperas e 100 nascidos vivos. A avaliação da assistência hospitalar prestada pelas duas maternidades investigadas permitiu identificar que o manejo das parturientes/puérperas e dos recém-nascidos foi inadequado na maioria das situações analisadas (95,3% e 81,0%, respectivamente), sendo os principais motivos para a inadequação, a falta de aconselhamento (100,0%) e o não encaminhamento da puérpera para término de tratamento e ou controle de cura a nível ambulatorial (50,0%) e a falta de notificação do caso (100%) e de realização do RX de ossos longos, no recém-nascido (32,1%). Tais resultados indicam o não seguimento pelos profissionais da assistência de todas as recomendações do Ministério da Saúde, as quais, se cumpridas, permitiriam evitar futuros casos, além de reduzir os desfechos desfavoráveis relacionados a evento tão nefasto, como a sífilis congênita.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Assistência hospitalar. Sífilis congênita. Prevenção.

ABSTRACT - Syphilis is a widely known disease which has become one of the most challenging public health problems of this early millennium, specially due to the increased cases in pregnant women and children. The general objective of this study was to describe and evaluate the hospital management of women diagnosed with syphilis admitted for childbirth, as well as of newborns exposed to the vertical transmission of infection. This is a cross-sectional retrospective study carried out in the maternities of two hospitals in the city of Montes Claros, MG. The population was composed by the universe of women diagnosed with syphilis during pregnancy, childbirth or the puerperium, who were cared for the childbirth resolution in these maternity hospitals, in 2014 and 2015, and their respective newborns. The variables of interest were collected from clinical records, as well as other secondary sources of information and typed in a database created with the Epidata program version 3.0, which was later transferred to the SPSS program version 19.0, where a descriptive data analysis was performed. The study included 107 parturients/puerperae and 100 live births. The evaluation of the hospital care provided by



Artigo

the two maternity hospitals investigated allowed us to identify that the management of parturients/puerperae and newborns was inadequate in most situations analyzed ((95,3% and 81,0% respectively). The main reasons for the inadequacy were lack of counseling (100%), non-referral of the puerperium to the final steps of the treatment and/or cure control at outpatient level (94.5%), lack of notification (100%) and non-performance of the newborn long-bone radiographs (46.4%). These results indicate that caregivers do not follow all recommendations of the Ministry of Health, which, if fulfilled, would allow to avoid future cases, besides reducing the unfavorable outcomes related to such a nefarious event, such as congenital syphilis.

Key words: Health Evaluation. Hospital care. Syphilis. Congenital syphilis. Prevention.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença milenar, amplamente conhecida, de fácil diagnóstico e tratamento, no entanto, continua a assombrar o cenário epidemiológico mundial pela sua persistência e, nos últimos anos, pelo aumento significativo do número de casos, principalmente em gestantes e crianças, o que tornou o agravo como um dos mais desafiadores problemas de saúde pública deste início de milênio (MIRANDA et al., 2016; ARAUJO et al., 2012; DE LORENZI, 2001; COOPER, 2016; MILANEZ, 2016).

Trata-se de uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, microrganismo de transmissão predominantemente sexual, mas que tem a capacidade de atravessar a barreira transplacentária e ocasionar a forma congênita da doença, que, além de causar inúmeras consequências para a saúde do concepto, é responsável por elevadas taxas de aborto e morte perinatal (BRASIL, 2015).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 12 milhões de novos casos de sífilis ocorrem no mundo a cada ano. Entre as gestantes, a estimativa é de 1, 5 a dois milhões de casos, resultando em mais de 300 mil óbitos fetais e neonatais anualmente, além de um adicional de 215 mil crianças com risco aumentado de morte prematura (GOMEZ et al., 2013; WHO, 2008; OPAS, 2011; CDC, 2014).

Embora a maioria dos casos se concentre na parte mais pobre do planeta, ou seja, na América Latina, Caribe, África subsaariana, sul e sudeste da Ásia, países desenvolvidos como os Estados Unidos registraram um aumento de 22% na taxa de infecção entre as mulheres em idade reprodutiva e de 38%, na taxa de sífilis congênita,



Artigo

no período de 2012 a 2014 (BOWEN et al., 2015). Entre 2010 e 2014, muitos países da Europa, como a Alemanha, França e Bélgica também apresentaram um crescimento na taxa de sífilis adquirida em torno de 50%, além do registro de 424 casos de sífilis congênita, no mesmo período (ECDC, 2016).

Frente à sua magnitude, apesar do caráter evitável e tratável da infecção, a eliminação da sífilis congênita na América Latina e no Caribe tornou-se uma prioridade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que traçaram como meta a redução da sua incidência para $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos, a princípio, até o ano de 2015 (ALONSO et al., 2010; OPAS, 1995; OPAS, 2011; OPAS, 2014). No entanto, como somente 17 países e territórios conseguiram alcançar a meta, um novo plano de ação foi elaborado em 2016, com prorrogação do prazo para o ano de 2021 (OPAS; OMS, 2017).

O Brasil é um dos países que, apesar de todos os projetos, programas e campanhas governamentais já lançados ao longo das últimas décadas, não conseguiu avançar no controle da sífilis. Pelo contrário, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), houve um aumento de mais de 5.000% dos casos de sífilis adquirida no Brasil entre 2010 e 2015. A taxa de sífilis congênita em 2015 foi de 6,5 casos a cada mil nascidos vivos, um número 13 vezes maior do que aquele tolerado pela OMS e 170% a mais do que o registrado em 2010. Nas gestantes, a taxa de detecção passou de 3,7 para 11,2 casos a cada mil nascidos vivos, um aumento de 202%, num período de cinco anos (2010 a 2015). Ressalta-se que o aumento registrado no número de casos pode ser reflexo de melhorias ocorridas no sistema de vigilância epidemiológica e acesso ao diagnóstico, no entanto, esses fatores não são suficientes para explicar o caráter epidêmico da infecção no país (BOLETIM SÍFILIS, 2016; MILANEZ, 2016).

Nesse contexto, os questionamentos sobre os motivos que levam a sífilis a se perpetuar e a se agravar ao longo dos anos continuam a inquietar a comunidade científica e acadêmica (MAGALHÃES et al., 2013; DUARTE, 2012; MILANEZ, 2016; COOPER, 2016). As respostas trazidas por muitos estudos conduzem a falhas no processo de trabalho e a má qualidade dos serviços de saúde em geral (TREPKA, 2006; RODRIGUES, 2008; LIMA et al.; 2013; RAMOS et al., 2014; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2013A; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012; ANVERSA, 2012) principalmente do pré-natal, o que levou a sífilis congênita (SC) a se tornar um evento sentinela para monitoramento da qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2013b).



Artigo

Diante disso e em busca de uma melhor qualificação dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro tem investido na elaboração de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas como ferramenta de apoio (BRASIL, 2015). Resultados de revisões sistemáticas reforçam a validade dos protocolos assistenciais e a importância da sua adoção pelos serviços de saúde (BLENCOWE et al, 2011; BARROS et al, 2010).

Assim, considerando que, com disciplina no cumprimento dos protocolos vigentes é viável o controle desse agravo, principalmente da sua forma congênita, e que, a maioria das pesquisas sobre a temática tem-se concentrado nos serviços de pré-natal (SARACENI; MIRANDA, 2012; DUARTE, 2012; BRASIL, 2007), o objetivo geral desse estudo foi descrever e avaliar o manejo hospitalar de mulheres com diagnóstico de sífilis admitidas para o parto, assim como dos recém-nascidos expostos à transmissão vertical da infecção.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, realizado nas maternidades de dois hospitais da cidade de Montes Claros, localizada na região norte de MG. O critério de inclusão das maternidades foi estarem credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) para desenvolvimento das ações do Projeto Nascer Maternidades e, portanto, consideradas aptas a prestarem assistência a parturientes com diagnóstico não só de sífilis como de infecção pelo vírus HIV, assim como aos recém-nascidos (RN) expostos à transmissão vertical desses agravos.

O Projeto Nascer Maternidades foi uma estratégia lançada pelo MS em 2002 (BRASIL, 2002), cuja proposta considera o momento do parto como estratégico e privilegiado para a recuperação de oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento da sífilis e HIV durante a assistência pré-natal. As ações desenvolvidas envolvem a capacitação de equipes multiprofissionais no acolhimento, aconselhamento, realização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes infectadas e crianças expostas, bem como a vigilância epidemiológica e disponibilidade do tratamento farmacológico, estabelecido por meio dos protocolos assistenciais (BRASIL, 2003).

Por motivos éticos, os nomes das instituições pesquisadas foram resguardados e as maternidades denominadas como Maternidade A e B. Ambas são conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem títulos de Hospital Amigo da Criança e



Artigo

Maternidade Segura. Juntas, atendem em média a 325 partos ao mês e também exercem atividades acadêmicas vinculadas a instituições de ensino superior em nível de graduação e pós-graduação, incluindo residência em ginecologia/obstetrícia e pediatria.

A população desse estudo foi composta pelo universo de mulheres atendidas para a resolução do parto nas referidas maternidades, nos anos de 2014 e 2015 e pelos seus respectivos recém-nascidos (RN). Foram considerados elegíveis os casos, cujas mulheres foram identificadas com diagnóstico de sífilis na gravidez, parto ou pós-parto, que tiveram como desfecho nascidos vivos, independentemente de peso ou idade gestacional, ou nascidos mortos, com peso maior que 500g ou idade gestacional acima de 22 semanas e cujos prontuários pudessem ser acessados eletronicamente ou localizados pelo serviço de arquivo médico (SAME). Optou-se por analisar todos os casos, uma vez que, pela baixa prevalência da sífilis em gestante, os mesmos poderiam não ser incluídos no sorteio aleatório, o que prejudicaria a análise dos procedimentos relacionados a essa população. Abortamentos foram excluídos, já que o objetivo principal do estudo era a avaliação da assistência ao parto e nascimento.

As variáveis estudadas foram assim caracterizadas:

a) Maternas: Idade, em anos (<20; ≥20); Escolaridade, em anos de estudo (≤8; >8); Raça/cor (Não branca; branca); Situação conjugal (Com companheiro; sem companheiro); Ocupação remunerada (Sim; não); Procedência (Montes Claros; outro município/ zona urbana; zona rural); Número de gestações e abortos prévios (0; ≥1); Momento do diagnóstico da sífilis (Antes, durante ou após o parto).

b) Assistência pré-natal (PN): Realização de PN (Sim; não); nº de consultas realizadas (<6; ≥6); trimestre gestacional de início do PN (Primeiro; segundo, terceiro); realização do teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) para sífilis e resultados (Sim; não/reagente; não reagente); titulação do exame VDRL (Não reagente; < 1:8; ≥ 1:8); realização de tratamento para sífilis (Sim; não); tratamento realizado em tempo oportuno - menos de 30 dias do parto (Sim; não); tratamento concomitante do parceiro (Sim; não); notificação do caso (Sim; não).



Artigo

c) Assistência ao parto e pós-parto: Idade gestacional (IG) no momento do parto (Pré-termo, a termo); realização do teste rápido para sífilis (TR) na maternidade (Sim; não); realização do VDRL na maternidade (Sim; não); titulação do VDRL (Não reagente; < 1:8; \geq 1:8); desfecho da gestação (Nascido vivo a termo; nascido vivo pré-termo; natimorto); tratamento para a sífilis (Sim; não); rastreamento de parceiros (Sim; não); encaminhamento da puerpera para seguimento ambulatorial (Sim; não).

d) Assistência ao recém-nascido (RN): Critério de definição para sífilis congênita (Sim; não); realização de exames e resultados: VDRL, radiografia (RX) de ossos longos e análise do líquido cefalorraquidiano (Sim; não/normal; alterado); prescrição de tratamento para sífilis (Sim; não); esquema de tratamento instituído (Penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/kg; penicilina cristalina, dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, por 10 dias ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias; ceftriaxona dose de 25 – 50mg/kg peso dia, IV ou IM, por 10 a 14 dias; outro); notificação do caso (Sim; não); encaminhamento para acompanhamento ambulatorial (Sim; não).

Os dados foram coletados dos prontuários das mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis na gravidez, parto ou pós-parto e dos seus RN. Informações não encontradas nos prontuários foram buscadas nas declarações de nascidos vivos e fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O instrumento utilizado foi um formulário adaptado do questionário adotado por Sousa (2006) em seu estudo sobre avaliação da implementação do Projeto Nascer Maternidades no Estado de Pernambuco.

Os prontuários incluídos na análise foram rastreados por meio de busca pelos nomes de mulheres com resultados reagentes para sífilis em registros da maternidade ou bloco obstétrico e laboratório dos hospitais, busca por notificações de sífilis em gestante e sífilis congênita em setores de epidemiologia dos hospitais e do município e também por busca através dos CID (Classificação internacional de doenças) de sífilis congênita (CID 10 A50, A50.0, A50.1, A50.2 e A50.9). De posse dos nomes das mulheres foi feita a busca pelos números de seus prontuários e também dos RN, nos casos de internação dos mesmos.

Os dados coletados foram digitados duplamente utilizando-se um banco criado no programa Epidata versão 3.0 que após passar pela conferência e correção de erros de



Artigo

digitação foi transferido para o programa SPSS versão 19.0, onde os dados foram analisados de forma descritiva.

Inicialmente são apresentadas as características gerais das mulheres, bem como a descrição das variáveis relacionadas à assistência à mulher no pré-natal, parto, pós-parto e ao recém-nascido. Para a descrição das variáveis qualitativas, as estatísticas apresentadas foram as frequências absolutas (n) e as frequências relativas (%). Para a descrição das variáveis quantitativas foram apresentadas a média, como medida central, e desvio-padrão, mínimo e máximo para apontar a variabilidade.

Para se chegar à conclusão sobre a adequação ou não do manejo hospitalar da parturiente/puérpera, primeiramente, investigou-se, a partir das informações disponíveis sobre a gestação e pré-natal, se a gestante recebeu tratamento para sífilis e se o mesmo foi adequado, considerando-se os critérios de definição para tal, vigentes na época do estudo (BRASIL, 2015). De posse dessa informação, foram analisadas todas as condutas referentes ao manejo hospitalar registradas nos prontuários, incluindo a realização e resultado do VDRL, realização do aconselhamento, instituição de tratamento, rastreamento do parceiro e encaminhamento dos casos para término de tratamento e ou controle de cura da sífilis a nível ambulatorial.

Para avaliar as condutas adotadas em relação aos recém-nascidos (RN), inicialmente, cada caso foi analisado considerando-se também os critérios de definição de caso de sífilis congênita vigentes no país no período do estudo (BRASIL, 2015). Uma vez enquadrado em um dos critérios, a realização de exames (RX de ossos longos e análise do LCR) e a instituição de terapêutica medicamentosa foram analisados, tomando-se como referência a situação clínica e laboratorial da mãe, principalmente a conclusão sobre adequação ou não do tratamento na gestação, conforme preconizado. A notificação do caso de SC e o encaminhamento do RN para acompanhamento ambulatorial também foram critérios considerados para a conclusão sobre a adequação ou não do manejo hospitalar do RN.

Para a análise e conclusão sobre a adequação do manejo, tanto da mulher quanto do RN, utilizou-se como referência o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). O manejo só foi considerado adequado quando todas as condutas preconizadas pelo referido protocolo foram realizadas e devidamente registradas nos prontuários.

O estudo atende aos aspectos éticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde-CNS através da Resolução 466/2012 que regulamenta a realização de pesquisas



Artigo

envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/PARECER: 1.808.536).

RESULTADOS

No período delimitado para o estudo ocorreram 14.748 partos nas maternidades pesquisadas, sendo 3946 (26,7%) na maternidade A e 10.802 na maternidade B (73,3%). Dentre estes, foram identificados 107 casos de mulheres admitidas para o parto que tiveram diagnóstico de sífilis, sendo 51 casos na maternidade A (47,7%) e 56 casos, na maternidade B (52,3%). Foram excluídos 13 casos, cujos prontuários não foram localizados ou encontravam-se indisponíveis para consulta. Dos 107 partos, 100 (93,4%) resultaram em nascidos vivos, sendo que um deles faleceu dois dias após o parto.

Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se maioria de mulheres solteiras (58,5%), de cor não branca (95,0%), com oito anos ou menos de estudos concluídos (61,6%), sem ocupação remunerada (70,7%), procedentes de Montes Claros (87,5%) e da zona urbana (92,4%). A média de idade foi de 25,7 anos, sendo a idade mínima de 14 e a máxima de 47 anos (DP=6,3) e faixa etária predominante de 20 anos ou mais (52,3%). Os dados da história obstétrica revelam mulheres com duas ou mais gestações anteriores (66,4%), com evolução para no mínimo um aborto em 43,7% dos casos.

A maioria fez pré-natal (93,5%), com início precoce (61,3%) e realizou no mínimo seis consultas (57,0%), sendo no mínimo uma e no máximo nove consultas, com média de 5,4 consultas. Pelo menos um exame para detecção da sífilis (VDRL) foi realizado no pré-natal (95,9%), sendo 92,5% deles reagentes, com titulação igual ou maior que 1:8 (68,5%). O tratamento para sífilis, com administração de, no mínimo, 2,4 milhões de UI de penicilina G benzatina, foi instituído em 69,2% dos casos e 24,1% dos parceiros foram tratados concomitantemente. A análise do histórico do pré-natal permitiu evidenciar que 54,8% dos tratamentos das gestantes foram inadequados. A notificação do caso de sífilis em gestante foi realizada em 27,1% dos casos.



Artigo

Tabela 1- Distribuição das variáveis de estudo segundo manejo hospitalar das parturientes/puérperas e dos recém-nascidos. Montes Claros, MG, 2014 e 2015.

Variáveis	n	%
Realizado teste rápido (TR) para detecção da sífilis na parturiente/puérpera (n=106)		
Sim, no pré- parto	77	72,6
Sim, no pós- parto	23	21,7
Não	06	5,7
Realizado teste VDRL na parturiente/puérpera (n=107)		
Sim	104	97,2
Não	03	2,8
Titulação do VDRL da parturiente/puérpera (n=90)		
Não reagente	07	7,8
Menor que 1:8	23	25,6
Igual ou maior que 1:8	60	66,7
Realizado aconselhamento (n=107)		
Sim	05	4,7
Não	102	95,3
Parturiente/puérpera tratada para sífilis na maternidade (n=105)		
Sim	70	66,7
Não	35	33,3
Realizado rastreamento do parceiro sexual (n=107)		
Sim	30	2,8
Não	77	72,0



Artigo

Desfecho da gestação (n=107)		
Nascido vivo	100	93,5
Natimorto	07	6,5
Realizado teste VDRL no RN (n=99)		
Sim	98	99,0
Não	01	1,0
Titulação do VDRL do RN (n=87)		
Não reagente	22	25,3
Menor ou igual ao materno	54	62,1
Maior que o materno	11	12,6
Puérpera encaminhada para controle ambulatorial (n=107)		
Sim	56	52,3
Não	51	47,7
Realizado RX de ossos longos no RN (n=98)		
Sim	68	69,4
Não	30	30,6
Realizado análise do LCR do RN (n=98)		
Sim	68	69,4
Não	30	30,6
RN tratado para sífilis no hospital (n=98)		
Sim	85	86,7
Não	13	13,3
Tipo de tratamento prescrito para o RN (n=85)		
Penicilínico	65	76,5
Não penicilínico	20	23,5
RN encaminhado para acompanhamento ambulatorial (n=100)		
Sim	84	84,0
Não	16	16,0
Caso de sífilis congênita notificado (n=107)		
Sim	26	24,3
Não	81	75,7
RN preencheu critério para diagnóstico de sífilis congênita (n=107)		



Artigo

Sim	95	88,8
Não	12	11,2

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

As informações relacionadas à hospitalização para o parto (Tabela 1) demonstram que a maioria das mulheres estava com gestação a termo (76,2%), sendo a idade gestacional (IG) mínima de 24 semanas e a máxima de 41 (média de 37,7; DP= 3,5) e realizou teste rápido para sífilis (94,3%) e teste VDRL (97,2%) ao serem admitidas ou durante internação. Dentre aquelas que fizeram o VDRL, 66,7% apresentaram titulação igual ou superior a 1:8 e a realização de aconselhamento pelos profissionais foi registrada em 4,7% dos prontuários. A penicilina G benzatina na dosagem de 2,4 milhões de UI foi prescrita para 66,7% das parturientes/puérperas, 51,5% delas foram encaminhadas para completar esquema ou fazer o controle da cura, ambulatoriamente e em 70% dos casos não houve rastreamento de parceiros sexuais. Quanto ao desfecho das gestações, 6,7% delas resultaram em natimortos e 93,3%, em nascidos vivos, sendo 16,2% prematuros e 23% com baixo peso.

Quanto ao manejo dos recém-nascidos (RN), o exame de VDRL foi realizado em 99% dos casos, sendo a maioria com resultado de titulação igual ou menor que a materna (62,1%). Fizeram RX de ossos longos e punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), 69,4% dos RN, sendo que 13,2% apresentaram alguma alteração na análise do LCR configurando quadro de neurosífilis, confirmado ou suspeito. Os resultados de RX não apresentaram alterações em nenhum caso. O tratamento para sífilis congênita foi instituído em 86,7% dos casos, sendo o esquema terapêutico com penicilina G cristalina endovenoso (EV) o prescrito com maior frequência (48,2%). Medicamentos como a ampicilina e a ceftriaxona também foram utilizados, ambos, em 11,8% das situações. A principal justificativa encontrada para prescrição dessas drogas foi a falta da penicilina no hospital (95,0%).

Constatou-se que 88,8% dos conceitos preencheram algum critério para definição de diagnóstico de sífilis congênita, incluindo os natimortos. Por fim, 88,3% dos RN foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial e 19,0 % dos casos foram notificados.

Quanto à avaliação do manejo adotado a nível hospitalar, levando-se em consideração todos os critérios analisados caso a caso, chegou-se à conclusão de que o manejo das parturientes/puérperas e dos RN foi considerado inadequado na maioria das situações (95,3% e 81,0 %, respectivamente), sendo os principais motivos para a inadequação, a ausência do aconselhamento e o não encaminhamento da puérpera para



Artigo

término de tratamento e ou controle de cura a nível ambulatorial e, para o RN, a não notificação da sífilis congênita e a não realização do RX de ossos longos. Outros motivos são apresentados na Tabela 2. Ressalta-se que há mais de um motivo para a classificação do caso como manejo inadequado, na maioria dos casos.

Tabela 2 - Motivos de inadequação do manejo hospitalar das parturientes/puérperas e recém nascidos, incluídos no estudo. Montes Claros, MG, 2014 e 2015.

Variáveis	n	%
Parturientes/puérperas (n=102)		
Aconselhamento não realizado	102	100,0
Teste para sífilis (VDRL) não realizado	03	2,9
Resultado do VDRL não anexado ao prontuário	14	13,7
Tratamento para sífilis necessário e não realizado	05	4,9
Ausência de encaminhamento para controle de cura/término de tratamento	51	50,0
Tratamento desnecessário	03	2,9
Parceiro não rastreado	30	29,4
Recém-nascidos (n=81)		
Teste VDRL não realizado	01	1,2
Resultado do VDRL não anexado ao prontuário	12	14,8
Exame do LCR não realizado	23	28,4
Exame RX de ossos longos não realizado	26	32,1
Realização desnecessária do exame do LCR	04	4,9
Realização desnecessária de RX de ossos longos	03	3,7
Tratamento para sífilis não realizado	10	12,3
Tratamento realizado com medicamento não recomendado (Tratamento não penicilínico)	20	24,6
Tratamento com esquema de penicilina inadequado para o caso	08	9,8



Artigo

Ausência de encaminhamento para controle ambulatorial	16	19,7
Caso de sífilis congênita não notificado	81	100,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo

DISCUSSÃO

A análise dos dados sociodemográficos aponta para um perfil de mulheres oriundas de classes sociais menos favorecidas, semelhante ao que é normalmente encontrado em estudos nacionais (BRASIL, 2016; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2013A; MAGALHÃES et al., 2013; LIMA et al., 2013). Embora a sífilis não seja uma doença restrita a esse tipo de população, fatores que contribuem para a pobreza na sociedade, como baixa escolaridade e renda, constituem-se em determinantes de risco para a prevalência da sífilis nesse segmento populacional (MAGALHÃES et al., 2013; SARACENI et al., 2005; VIEIRA, 2005).

Já para a forma congênita da infecção, o principal fator associado à sua ocorrência diz respeito ao acesso ao pré-natal e à qualidade da assistência prestada à gestante. Neste quesito, os resultados deste estudo reforçam a hipótese de vários outros autores, de que a realização de um número mínimo de consultas não garante a qualidade da assistência, visto que, a maioria das crianças com sífilis congênita nasce de mães que tiveram acesso ao acompanhamento pré-natal (VADERRAMA, 2004; SARACENI; MIRANDA, 2012; SILVA, 2010).

Algumas falhas encontradas na assistência pré-natal são dignas de serem apontadas, apesar de extrapolarem os objetivos do estudo, como o considerável percentual de gestantes (30,8%) e parceiros sexuais (75,9%) não tratados; sendo este último fato também constatado e indicado por vários outros autores como um dos principais entraves para controle da sífilis congênita (LIMA et al., 2013; SOEIRO et al., 2014; COSTA et al., 2013; MAGALHÃES, 2013; ALMEIDA, 2015). Além disso, observou-se, a exemplo de outros estudos (OLIVEIRA et al., 2014; LAFETÁ, 2016) importante subnotificação dos casos de sífilis em gestante (72,9%), o que compromete o planejamento das ações de controle pelo sistema de saúde (BRASIL, 2015).



Artigo

É fato que a qualidade da assistência à gestação seja o determinante mais importante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis, tendo como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado das gestantes infectadas. No entanto, considerando as limitações operacionais do pré-natal e que 95% dos partos no país são hospitalares, é preconizada a realização de exame para detecção da sífilis, de preferência o teste rápido (TR), em todas as mulheres, até então, não diagnosticadas, também no momento do parto (BRASIL, 2015). Ressalta-se que o seguimento desta recomendação beneficiou um total de 14 mulheres (13,0%) deste estudo que não foram diagnosticadas durante a gestação, seja por não terem realizado o pré-natal (n=7) ou por não terem sido diagnosticadas durante o mesmo (n=7).

Para aquelas mulheres que já chegam ao hospital com diagnóstico e mesmo para as que são diagnosticadas na maternidade por meio do teste rápido, a realização do VDRL é mandatória para fins de definição do manejo do recém-nascido, a partir da comparação entre os resultados de mãe e filho. (BRASIL, 2015). Apesar desta recomendação, observou-se que não havia registro em três dos prontuários maternos sobre a realização do VDRL (2,8%) e em 14 deles, não havia o resultado do exame (13,1%), sendo estas as primeiras falhas identificadas no manejo hospitalar das mulheres, neste estudo. Estudo de Sousa (2006) encontrou cobertura semelhante de realização do VDRL, também pelos registros em prontuários (92,9%), em maternidades pernambucanas. Reitera-se que, apesar de elevada, essa cobertura ainda merece atenção uma vez que a realização do exame VDRL é obrigatória em 100% dos partos de mulheres diagnosticadas com sífilis e esses resultados devem ser anexados ao prontuário das pacientes (BRASIL, 2015).

Se a rede de Atenção Básica a Saúde (ABS) falhar no tratamento da sífilis da gestante, a hospitalização representará, assim como para o diagnóstico, uma nova chance para realizá-lo. Os hospitais podem, dessa forma, ser considerados como unidades de saúde sentinelas, cujo papel é estratégico para o diagnóstico e tratamento da sífilis não diagnosticada ou mesmo negligenciada no pré-natal (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; TEIXEIRA et al., 2003). Além disso, é fundamental que essas mulheres sejam aconselhadas pelos profissionais de saúde e referenciadas, após a alta, para controle de cura a nível ambulatorial, ou término do tratamento, quando esse for o caso (BRASIL, 2015).

Sobre isso, verificou-se que 9,2% das mulheres, que necessitariam receber tratamento não o receberam durante internação e, mais preocupante ainda, 47,7% do universo pesquisado não foi devidamente encaminhado para serviço de referência após a alta, o que compromete o controle da cura e interrupção da cadeia epidemiológica da



Artigo

infecção. Por outro lado, 5,5% receberam tratamento desnecessário, uma vez que havia registro no prontuário indicando tratamento adequado da gestante no pré-natal com redução da titulação do VDRL.

Outra falha encontrada se refere à falta do aconselhamento, que além de realizado deveria ser registrado no prontuário pelos profissionais que assistem a mulher. Essa é uma atividade importante dentro das diretrizes do Projeto Nascer-Maternidades que, além de ser um direito da gestante/parturiente, é acima de tudo, um dever dos profissionais de saúde. Um bom aconselhamento contribui para a percepção de risco das mulheres e prevenção de futuras exposições a situações de risco e novas infecções (SOUSA, 2006). No entanto, a inexistência do aconselhamento é uma situação comum que tem sido demonstrada em vários outros estudos (SOUSA, 2006; MACEDO, 2009; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012), indicando que essa é uma prática ainda não incorporada pela maioria dos profissionais de saúde.

Por último, somente em 30 prontuários (28%) foi encontrado algum registro indicando rastreamento de parceiros. Reitera-se que o rastreamento e tratamento de contatos é o principal método de controle da transmissão da sífilis nas comunidades, cujo fracasso, resulta em futuros novos casos de sífilis congênita (SC), pela possível (re) infecção das mulheres (LAGO, 2016; BRASIL, 2015; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

Quanto ao manejo clínico dos recém-nascidos, observou-se falta de seguimento das recomendações do Ministério da Saúde também em um número considerável de casos (n=81). A investigação da sífilis congênita deve ser desencadeada em todas as situações em que a mãe é diagnosticada com sífilis durante a gestação, parto ou puerpério, mesmo que esta tenha recebido tratamento adequado no pré-natal, visto que, há possibilidade de falha terapêutica durante a gestação em cerca de 14% dos casos (BRASIL, 2015).

O protocolo ministerial para investigação dos casos de sífilis congênita inclui a realização do exame físico e do exame VDRL de sangue periférico do recém-nascido, além de hemograma completo, estudo radiográfico de ossos longos e punção lombar para exame do LCR em todos os casos, cujas mães não foram tratadas ou receberam tratamento inadequado na gestação, independente do resultado do VDRL do recém-nascido e também nas situações de tratamento materno adequado, porém com recém-nascido com resultado de VDRL maior que o materno e ou com alguma alteração clínica sugestiva. (BRASIL, 2015).

A partir dos achados clínicos e laboratoriais a criança pode, então, ser submetida a esquemas padronizados de tratamento que variam desde a aplicação em dose única de



Artigo

penicilina G benzatina até tratamento prolongado por 10 dias, feito com penicilina cristalina na dose de 50.000UI/Kg/dose por via endovenosa (EV) ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg por via intramuscular (IM). Nos casos de diagnóstico ou suspeita de neurosífilis, assim como na impossibilidade de realização da punção lombar, o esquema de escolha deve ser a penicilina cristalina, uma vez que níveis líquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína (BRASIL, 2015)

Quanto à análise dos tratamentos realizados nos recém-nascidos deste estudo, falhas foram identificadas em três situações distintas: crianças não tratadas, quando deveriam ter sido (12,3%), crianças que receberam esquema de penicilina inadequado para o caso (9,8 %) e crianças que receberam tratamento, porém com outra droga que não a penicilina, como ceftriaxona e ampicilina (24,6%).

Dentre os esquemas avaliados como inadequados, a maioria diz respeito à prescrição da penicilina G benzatina IM, dose única, quando a criança deveria ter sido tratada com penicilina cristalina ou procaína, por 10 dias. Ressalta-se que a penicilina é também a droga de escolha para tratamento da sífilis congênita e que a falta do tratamento adequado e em tempo oportuno, até os três meses de idade, pode levar a danos irreversíveis e progressivos na saúde física e intelectual dessas crianças, que podem surgir tardiamente, após os dois anos de idade (WHO, 2016; CDC, 2015; BRASIL, 2015).

Dessa forma, considerando que todas as condutas para prevenção e manejo da sífilis congênita estão bem fundamentadas e descritas pelos protocolos ministeriais, tais achados são avaliados como graves, principalmente por se tratar de maternidades intituladas como “seguras”, localizadas em hospitais- escola, com residências em obstetrícia e pediatria e, além disso, credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) como referência para desenvolvimento das ações do Projeto Nascer Maternidades. Nestes casos, a única situação a ser ponderada e que, inclusive estava justificada nos prontuários, diz respeito à prescrição da ceftriaxona como alternativa à penicilina, devido à sua falta no mercado.

Em 2015, O uso da ceftriaxona por um período de 10 dias foi estabelecido pelo MS do Brasil como tratamento de segunda escolha para os recém-nascidos em casos de falta da penicilina, cujo desabastecimento iniciou-se em 2014, atingindo vários países, além do Brasil. No entanto, nestes casos, deve haver acompanhamento clínico e sorológico rigoroso, já que o tratamento não pode ser considerado adequado pela falta de evidências científicas sobre a eficácia de tratamentos não-penicilínicos para sífilis congênita (BRASIL, 2015; WHO, 2016; STAM, 2015; LAZARINI; BARBOSA, 2017).



Artigo

Além dos problemas relacionados ao tratamento, o estudo também identificou fragilidades na solicitação dos exames padronizados para investigação dos recém-nascidos. Verificou-se que o teste de VDRL não foi realizado em uma das crianças e em 12 prontuários não havia o resultado do exame anexado, o que dificultou a análise desses casos. Além disso, dentre aqueles RN que necessitariam ser investigados, 26 (32,1%) não fizeram o RX de ossos longos e 23 (28,4%) não fizeram a análise do LCR. Por outro lado, algumas crianças foram submetidas de forma desnecessária a esses exames. Sob quaisquer desses aspectos, é reiterado o desconhecimento e/ou a negligência na abordagem da doença.

Reafirma-se que, em situações de dificuldade técnica, a análise do LCR pode até deixar de ser realizada, desde que, por segurança, o caso seja tratado como neurosífilis. No entanto, verificou-se que três recém-nascidos enquadrados nesta situação receberam tratamento com esquema de penicilina G benzatina dose única, sendo os mesmos classificados como tratamento inadequado, como descrito anteriormente. É possível também que a não realização do exame do líquido ocasione aumento desnecessário do período de internação dos recém-nascidos e dos custos hospitalares, além do maior desgaste emocional das puérperas e família (BRASIL, 2015; SOUSA, 2006).

Outra recomendação incluída nos protocolos clínicos, nacionais e internacionais, diz respeito ao encaminhamento das crianças expostas à transmissão vertical da sífilis para seguimento ambulatorial. Esta é uma discussão importante, não somente pela necessidade da confirmação diagnóstica do caso, como também pela possibilidade de surgimento tardio de manifestações da doença, já que a maioria das crianças é assintomática ao nascer (BRASIL, 2015; CDC, 2016; SILVEIRA, 2017).

Mesmo diante da clara importância do acompanhamento dos recém-nascidos, verificou-se que não havia registro acerca do referenciamento dessas crianças em 11,7% dos prontuários analisados. Estudo de Sousa (2006), realizado em maternidades de Pernambuco encontrou resultados piores, com 20,6% de recém-nascidos não encaminhados, o que reforça a falta de seguimento das recomendações oficiais pelos profissionais de saúde envolvidos.

Sobre a notificação dos casos de sífilis congênita, último critério avaliado, verificou-se que a maioria dos casos não foi notificada (84,0%) pelas maternidades. Apesar de ser uma doença de notificação compulsória desde o ano de 1986, a subnotificação ainda é um sério problema no Brasil (LAFETÁ, 2016; SOARES et al; 2017, SOUZA, 2006) também considerada como um indicador indireto de má qualidade



Artigo

da assistência (OLIVEIRA, 2014), que contribui para a persistência da sífilis como um problema de Saúde Pública (VALDERRAMA, 2004; TIAGO et al., 2017; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2014).

Estudos semelhantes (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2017; KAWAGUCHI, 2014) que buscaram avaliar o manejo clínico de recém-nascidos com sífilis congênita em maternidades e outros, mais abrangentes, que buscaram avaliar a implementação do Projeto Nascer Maternidades a nível nacional e de forma isolada em Estados como Pernambuco, Ceará e Bahia (SANTOS et al, 2009; MACEDO, 2009; SOUSA, 2006; MESQUITA, 2012), também identificaram pontos vulneráveis da assistência hospitalar, tanto obstétrica quanto neonatal, além de deficiências estruturais, demonstrando que os problemas se estendem para além do acompanhamento pré-natal realizado na ABS, onde se concentram a maioria dos estudos sobre a temática (ANVERSA, 2012; COSTA, 2009; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2013; MAGALHÃES, 2013).

Os resultados, até então apresentados e discutidos, sugerem que, embora a meta de redução da sífilis congênita exista desde o início da década de 90, as estratégias continuam a fracassar, alertando para a necessidade de ações nacionais e internacionais para um efetivo controle do agravo, que, aliás, é também um dos objetivos de desenvolvimento do Milênio (MILANEZ, 2016; WHO, 2008)

Segundo Domingues et al. (2013), os casos de sífilis congênita não ocorrem por problema em um único segmento. Em geral, as falhas ocorrem nos mais diversos setores e podem envolver tanto os profissionais de saúde e seus respectivos serviços e gestores quanto os próprios usuários.

Sabe-se que intervir na origem do problema, ou seja, sobre os fatores socioeconômicos e comportamentais que tornam a população vulnerável é algo mais complexo, que requer ações e investimentos em longo prazo. No entanto, reitera-se que o grande desafio está em entender a origem das falhas relacionadas à prática dos profissionais, já que as bases para a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita encontram-se bem estabelecidas no país, com diretrizes e recomendações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio de protocolos assistenciais, como já discutido.

Esta inquietação tem motivado a realização de vários estudos no Brasil e em outros países, cujos resultados, infelizmente, têm apontado o baixo conhecimento e qualificação técnica dos profissionais de saúde, assim como a pouca familiaridade com os protocolos assistenciais, como possíveis entraves para eliminação e controle da sífilis



Artigo

(LAZARINI, 2017; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2013; RODRIGUES, 2008; GOMES, 2013; GOUVEIA, 2012, WUD, BUSE, 2015; HOLANDA et al, 2011; MEYER et al, 2012; BOWEN et al, 2015).

Neste contexto, refletir sobre os processos de trabalho em saúde é uma necessidade, pois a transformação das recomendações em resultados favoráveis requer, antes de tudo, profissionais capacitados e sensibilizados quanto ao seu papel nesta importante causa. (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2013).

Perder a oportunidade de prevenir os desfechos negativos da sífilis materna devido a negligência, imperícia ou imprudência dos profissionais de saúde, seja na atenção básica ou atenção hospitalar, é uma situação inaceitável e nada menos que vergonhosa. Afinal, a solução para o problema não depende de novos conhecimentos científicos e tecnológicos, mas simplesmente da utilização mais efetiva daqueles já existentes (NASCIMENTO et al., 2012; KASSAR et al., 2013; LIMA et al., 2012).

Estudo de Araújo et al. (2014) demonstrou melhorias significativas no conhecimento e desenvolvimento de habilidades dos profissionais após intervenções educativas, que refletiram em melhor controle da sífilis congênita, reforçando assim, a importância do investimento institucional em programas de educação permanente de seus recursos humanos. No entanto, para obterem sucesso, esses programas devem ser encarados como um processo educativo que, como tal, deve ser retroalimentado, refletido e reavaliado, para assim, devolver à sociedade uma assistência humanizada, atualizada e de qualidade.

As discussões, até aqui realizadas, não têm a pretensão de esgotar a compreensão sobre os fatores inerentes à sífilis na gestação e à sífilis congênita, mesmo porque, a dimensão do problema inclui outros fatores de ordem social, cultural e estrutural, que vão além dos objetivos desse estudo.

No entanto, considerando que as ações de monitoramento e de avaliação em saúde se apresentam ainda pouco incorporadas às práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em regiões interioranas, espera-se que os resultados aqui apresentados possam despertar a consciência gestora para a gravidade dos problemas encontrados e para a necessidade urgente de investimento em medidas saneadoras que contribuam para a universalização do acesso às medidas adequadas de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da redução de sua morbimortalidade, tendo por referência os princípios de acessibilidade e equidade.



Artigo

Por último, ressalta-se a limitação de estudos de investigação epidemiológica que utilizam dados secundários que, assim como este, estão sujeitos à qualidade dos registros que geralmente apresentam deficiências pelo preenchimento incompleto ou inadequado das informações. Além disso, há que se considerar a possibilidade de que procedimentos tenham sido realizados e não registrados nos prontuários, o que também traz limitações às conclusões do estudo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, falhas importantes foram encontradas no manejo hospitalar das mulheres infectadas pela sífilis e também dos recém-nascidos expostos à transmissão vertical, indicando o não seguimento de todas as recomendações do Ministério da Saúde pelos profissionais da assistência, as quais, se cumpridas, permitiriam reduzir os desfechos desfavoráveis relacionados a evento tão nefasto, como a sífilis congênita.

Ressalta-se a necessidade das instituições hospitalares atentarem para o real significado de ser uma Maternidade Segura, que, além do título em si, representa o compromisso ético e social de zelar por uma assistência humanizada e qualificada, que contribua de fato para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.D et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Revista Interdisciplinar**. v. 8, n. 1, p. 67-70,2015.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2018.

ARAUJO, C.L. de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-



Artigo

486, jun., 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2018.

ARAUJO, M.A.L. et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300-306, set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300300&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 fev. 2018.

BARROS, F.C. et al. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2010; 10 Suppl 1:S3.

BOWEN, V. et al. Increase in Incidence of Congenital Syphilis – United States, 2012-2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Washington, v. 64, n.44, p.1241-5, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>. Acesso em: 16 mar. 2016.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M; BERMAN, S.; LAWN J.E. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, 2011; 11(Supl. 3):S9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 2104** - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, o Projeto Nascer. Brasília, 19 de novembro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção**



Artigo

da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis** . Brasília/ DF, vol. 47. n. 35, 2016.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (US). **Sexually transmitted disease surveillance**, 2012. Atlanta: U.S., 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/stats12/surv2012.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. **Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015.** Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015>. Acesso em: 20 Ago. de 2015.

COSTA, C.C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 1, n.47, p.152-159, 2013. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033324019.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2018.

COOPER, J.M. et al. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed!. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-253, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000300251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2018.

DE LORENZI, D.R.S.; MADI, J.M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 fev. 2018.

DOMINGUES, R. M. S.M; HARTZ, Z.M.A; LEAL, M.C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré natal da rede pública do município do Rio



Artigo

de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p.269-280, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a07v12n3>. Acesso em: 29 nov. 2016.

DOMINGUES, R. M. S.M et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, Maio 2013a. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 fev. 2018.

_____. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, Oct. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

DONALISIO, M. R.; FREIRE, June Barreiros; MENDES, Elisa Teixeira. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-173, set. 2007. Disponível em

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 fev. 2018.

DUARTE, G. Sífilis e gravidez...e a história continua!. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 49-51, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-7232012000200001&r
m=iso>. Acesso em 16 fev. 2018.



Artigo

ECDC. European centre for disease prevention and control. “Syphilis infections on the rise in Europe”. **ScienceDaily**, 2016. Disponível em:
www.sciencedaily.com/releases/2016/05/160518102737.htm

GOMEZ G.B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v.91, p. 217, 226, 2013. doi:10.2471/BLT.12.107623.

HOLANDA, MTCG; BARRETO MA; MACHADO KMM; PEREIRA, RC.

Perfilepidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2011;20(2):203-212. Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.5123/](http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200009)

S1679-49742011000200009. Acesso em: 17 jun. 2012.

KASSAR, S. B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 3, p. 269-277, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23680300>. Acesso em: 9 ago. 2016.

KAWAGUCHI, I.A.L.; MAGALHÃES, D.M.S.; CALDERON, I.M.P.; DIAS, Adriano.

O seguimento da sífilis congênita em crianças tratadas ao nascer. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 24, n.3, p. 221-230, 2014. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/seguimento_sifilis_congenita_crianças.pdf. Acesso em: 16 fev. 2018.

LAFETA, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, Mar. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2018.

LAGO, E.G. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. **Cureus** 2016; 8(3):e525.



Artigo

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervención educacional en la Atención Básica para prevención de la sífilis congénita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2845, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

LIMA, E. F. A. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 578-585, jul./ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400005. Acesso em: 9 ago. 2016.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v.18, n.2, p.499-506, 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en&nrm=iso. Acessado em 03 mar. 2015.

MACEDO, V. C. et al. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1679-1692, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2018.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

MESQUITA; K. O. ; LIMA, G. K. L.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A.S.L.; LINHARES, M.S.C.L. **Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de sobral**, Ceará, de 2006 a 2010, S A N A R E, Sobral, V.11. n.1.,p. 13-17, jan./jun. – 2012.

MEYER, S.P.M.; TRÜCK, J.; BOSSHARD, P.P.; TOMASKE, M.; MORÁN CADENAS, F.; LAUTENSCHLAGER, S.; GOETSCHER, P. Congenital syphilis in



Artigo

Switzerland: gone, forgotten, on the return. **Swiss Medical Weekly**. 2012; 141:w13325. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252171> DOI 10.4414/smw.2011.13325. Acesso em: 07 mar. 2016.

MILANEZ, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 425-427, Sept. 2016. Disponível em: http://www.sicelo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000900425&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 fev. 2018.

MIRANDA, A.E. et al. A. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00118215, 2016. Disponível em: http://www.sicelo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000905008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2018.

NASCIMENTO, M.I.; CUNHA, A.A.; GUIMARÃES, E.V.; ALVAREZ, F.S.; OLIVEIRA, S.R.S.M.; VILLAS BÔAS, E.L. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, 34(2):56-62, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200003>. Acesso em: 14 jun. 2012.

OLIVEIRA, L.R.; COSTA, M.C.N.; BARRETO, F.R.; PEREIRA, S.M.; DOURADO I.; TEIXEIRA, M.G. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2014 may-jun; 47(3):334-40.

OPAS. Pan American Health Organization. **Plan of Action for the Elimination of Congenital Syphilis**. Washington: PAHO, 1995.

_____. Pan American Health Organization. **Situation analysis: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas**. Washington. PAHO, 2011. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15896&Itemid. Acesso em: 15 out. 2014.



Artigo

_____. Pan American Health Organization. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas** [Update]. Washington: PAHO, 2014.

_____; OMS. Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021**. Washington: DC, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=41433&lang=es. Acesso em 01 de janeiro de 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Geneva: WHO, 2008.

_____. World Health Organization. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf. Acesso em 15 jan. 2016.

_____. Organização Mundial da Saúde. **WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)**. Geneva: World Health Organization; 2016.

RAMOS, V.M.; FIGUEIREDO, E.M.; MENEZES, S.R.C. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 17(4):887-898, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400887&lng=en. Acesso em 16 fev. 2018.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES M.D.C., CÉSAR C.C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Revista de Saúde Pública**. 2008; 42(5):851-8.

SANTOS, N. P.; CASTRO, B.G.; RIOS-GRASSI, M. F. Aplicação do protocolo do “Projeto Nascer Maternidades” em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 1, p. 69-



Artigo

76, Mar. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2018.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.490-496, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2016.

SILVA, D. M. A. **Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza- CE**. Fortaleza, 2010. 64 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza; Fortaleza, 2010.

SILVEIRA, S. L. A. **Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2017.

SOARES, L.G. et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 781-789, Dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 fev. 2018.

SOEIRO, C. M.O. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Amazonas, Brasil: uma abordagem por meio de relacionamento de bases de dados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.715-723, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400715. Acesso em: 29 nov. 2016.

SOUSA, M.G.G. **Avaliação do grau de implementação do Projeto Nascer maternidades em Pernambuco** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.



Artigo

STAMM, L.V. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. **Epidemiologia e Infectologia**. 2015;143(8):1567-74.

TEIXEIRA, M.G. et al . Áreas sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 21-28, mar. 2003 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2018.

TIAGO, Z. S. et al. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 503-512, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2018.

TREPKA, M.J.; BLOOM, S.A.; ZHANG, G., KIM, S.; NOBLES R.E. Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. **Sexually Transmitted Diseases**; 33(11):670-674,2006.

VALDERRAMA, J.; ZACARÍAS, F.; MAZIN R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Revista Panamericana de Saúde Pública**/Pan Am J Public Health. 2004; 16(3): 211-217.

VIEIRA, A.A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002. **Jornal Brasil Doenças Sexualmente Transmissíveis**; 17(1): 10-17, 2005. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista17-1-2005/contribuicaoaoestudo.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

WUD, H.S.; BUSE K. Prevention of mother-to-child transmission of syphilis and HIV in China: what drives political prioritization and what can this tell us about promoting dual elimination? **Jornal de Ginecologia Obstetrícia**; 130(1):S32-S6, 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215002027> DOI 10.1016/j.ijgo.2015.04.005. Acesso em 16 jun. 2016.



Artigo

**FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA
REVISÃO NA LITERATURA**

Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira Torres¹

Franciele Ornelas Cunha²

Jaqueline Teixeira Teles Gonçalves³

Silvério de Almeida Souza Torres⁴

Henrique Andrade Barbosa⁵

Carla Silvana de Oliveira e Silva⁶

RESUMO - A fadiga por compaixão é uma síndrome caracterizada pelo esgotamento emocional e físico, além da frustração com o trabalho, resultantes da relação de empatia/compaixão com o paciente em sofrimento, constituindo-se como uma ameaça à saúde, qualidade de vida e do trabalho. O objetivo deste estudo foi analisar o que há disponível na literatura acerca dos fatores associados à fadiga por compaixão entre os

¹ Professora. Doutoranda em Ciências da Saúde (UNIMONTES/MG). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES/MG). E-mail: jaqueline.vieira@live.com.

² Discente. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES/MG). E-mail: francielecunha91@gmail.com.

³ Professora. Mestre em Cuidado Primário em Saúde (UNIMONTES/MG). Departamento de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES/MG). E-mail: jaquelinettg@gmail.com.

⁴ Professor. Doutorando em Ciências da Saúde (UNIMONTES/MG). Departamento de Odontologia. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES/MG). E-mail: silverio_torres@hotmail.com.

⁵ Professor. Mestre em Ciências da Saúde (UNIMONTES/MG). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES/MG). E-mail: henriqueabarbosa2007@gmail.com.

⁶ Professora. Doutora em Ciências (UNIFESP/SP). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES/MG). E-mail: profcarlasosilva@gmail.com.



Artigo

profissionais de saúde que atuam em serviços hospitalares. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com inclusão de artigos científicos da língua portuguesa, espanhola e inglesa publicados na íntegra nas bases de dados: SciELO, LILACS e Medline no período de 2012 a 2017. Os descritores utilizados foram “Fadiga por Compaixão” e “*Compassion Fatigue*”. 12 artigos foram incluídos nesta revisão. Os resultados demonstraram que os fatores relacionados ao acometimento pela fadiga por compaixão estão ligados às condições de trabalho, a fatores emocionais e psicológicos individuais e também a características sociodemográficas do indivíduo. A fadiga por compaixão afeta a qualidade de vida podendo impactar negativamente no atendimento ao paciente e nos resultados organizacionais. Compreender tais fatores constitui-se como ação importante para subsidiar estratégias de intervenção e prevenção da síndrome.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão. Pessoal de Saúde. Serviços Hospitalares.

ABSTRACT - Compassion fatigue is characterized by emotional and physical exhaustion, in addition to frustration with work, resulting from the relationship of empathy / compassion with a suffering patient, constituting a threat to health, quality of life and work. This study aims to analyze the available literature about factors associated to compassion fatigue among health professionals that work at hospitals. It is an integrative review of the literature, based on the scientific data of the Portuguese, Spanish and English language in the database: SciELO, LILACS and Medline in the period from 2013 to 2017. The descriptors used were “Fadiga por Compaixão” (in portuguese) and “Compassion Fatigue” (in english). 12 articles were included in this review. The results demonstrated that the factors related to the affection by compassion fatigue are related to the working conditions, to individual emotional and psychological factors and also to the sociodemographic characteristics of the individual. Compassion fatigue affects quality of life through a negative impact on patient care and organizational outcomes. Understanding these factors constitutes an important action to subsidize intervention strategies and prevention of the syndrome.

Keywords: Compassion Fatigue. Health Personnel. Hospital Services.



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO
CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: [10.29327/213319.18.3-10](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10)

Páginas 178 a 194

Artigo

INTRODUÇÃO

É antiga a preocupação acerca dos efeitos do trabalho sobre aqueles que o exercem, assim como dos efeitos do estilo de vida, sobre as condições físicas e mentais dos trabalhadores. Os profissionais de saúde, devido ao contato constante com o cuidar de outras pessoas e à vivência do sofrimento, estão mais propensos a desenvolverem problemas de saúde relacionados ao trabalho (LAGO; CODO, 2013).

Em sua atuação profissional, o trabalhador de saúde poderá estabelecer uma relação de empatia/compaixão com o paciente e a sua qualidade de vida no trabalho poderá ser medida por meio de dois aspectos principais: o positivo, que é a satisfação por compaixão (SC), que ocorre quando o profissional expressa alegria por ajudar o outro; e o negativo, que é a fadiga por compaixão (FC), uma síndrome, que envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração com o trabalho (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

A SC também pode ser definida como sentimentos positivos que se tem em relação a um trabalho; é a satisfação que se sente ao ajudar pessoas que sofreram um evento traumático. Em contrapartida, na FC são considerados os aspectos negativos da prestação de cuidados, que resultam das demandas do ambiente de trabalho e ao cuidar de indivíduos em sofrimento (STAMM, 2010).

O modelo de Stamm (2010) de FC é composto de duas dimensões que encontram-se presentes em tal síndrome: estresse traumático secundário (ETS) e burnout. O ETS é considerado uma consequência para cuidadores e profissionais de saúde, frequentemente expostos ao estresse e trauma de outros (BOYLE, 2011) e pode incluir dificuldades de sono, ansiedade, imagens intrusivas e sintomas cognitivo-emocionais semelhantes aos da pessoa que foi traumatizada (FIGLEY, 1995). Por outro lado, burnout é um sintoma de estresse relacionado ao trabalho e está associado com a exaustão emocional, despersonalização, baixa realização pessoal e incapacidade de trabalhar efetivamente (STAMM, 2010).

O termo Fadiga por Compaixão vem tomando um espaço importante entre os profissionais de saúde que, quando acometidos, poderão desenvolver problemas de saúde como esgotamento, estresse, ansiedade e depressão que comprometerão a sua qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO
CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: [10.29327/213319.18.3-10](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10)

Páginas 178 a 194

Artigo

Neste contexto, o hospital é considerado um ambiente propício ao desenvolvimento de doenças laborais, já que constitui-se como um local insalubre, devido aos diversos riscos físicos e psicossociais em que estão expostos diariamente os profissionais de saúde que atuam nesses serviços (FALEIRO; VENDRUSCOLO, 2006; KIRCHHOF et al., 2009). Os problemas mais frequentes que acometem estes trabalhadores são: sintomas depressivos, angústia, estresse, cansaço físico, déficits de memória e doenças osteoarticulares (ELIAS; NAVARRO, 2006). Estes se associam a certas condições de trabalho como o acúmulo de funções, a superlotação hospitalar, o contato direto e intenso com pacientes afligidos física e emocionalmente, o exercício de atividades em turnos ampliados e, às vezes, em mais de uma instituição, e o fato de lidar com a presença iminente da morte (KIRCHHOF et al., 2009).

Na literatura, tem crescido a concordância de que a FC é uma importante ameaça à saúde mental dos profissionais da saúde, e que o avanço no estudo e na compreensão deste fenômeno pode resultar no progresso das estratégias de promoção à saúde. Isto se torna ainda mais importante, ao se considerar que promover a saúde do trabalhador refletirá em uma melhoria no desenvolvimento do seu trabalho, melhorando a atenção a todos aqueles a quem ele atende (LAGO; CODO, 2013). Desta forma, este estudo teve por objetivo analisar o que há disponível na literatura acerca dos fatores associados à fadiga por compaixão entre os profissionais de saúde que atuam em serviços hospitalares.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste em um método de pesquisa capaz de proporcionar a síntese do conhecimento e a inclusão de estudos significativos para a compreensão de um tema ou fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As seguintes etapas foram seguidas a fim de se desenvolver a revisão: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) definição das bases de dados e dos descritores; 3) análise dos títulos e resumos com seleção dos textos de interesse; 4) análise dos textos completos selecionados; 5) Apresentação e discussão dos resultados (Figura 1).

Para nortear o estudo, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: o que há disponível na literatura acerca dos fatores associados ao acometimento de profissionais de saúde que atuam em serviços hospitalares, pela fadiga por compaixão?



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

A busca pelos artigos realizou-se no período compreendido entre Março e Maio de 2018. Inicialmente, foram definidas as bases de dados eletrônicas para identificar e selecionar os artigos, sendo: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline). A etapa seguinte constituiu-se na definição dos descritores inseridos na busca e dos critérios de inclusão. Os termos utilizados foram delimitados a partir das palavras-chave presentes em artigos adequados ao tema e por meio de consulta às coleções de termos cadastrados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Os descritores utilizados foram: “Fadiga por Compaixão” e “*Compassion Fatigue*”. Foram incluídos no estudo artigos disponibilizados na íntegra nos bancos eletrônicos, no período de 2013 a 2017, além de estarem publicados nos vernáculos: português, espanhol e/ou inglês. Foram excluídos os artigos indisponíveis para leitura gratuita, que não faziam relação com a temática e publicados fora do período proposto nesta pesquisa. Realizou-se, então, uma leitura dos artigos selecionados, prosseguindo com a análise.



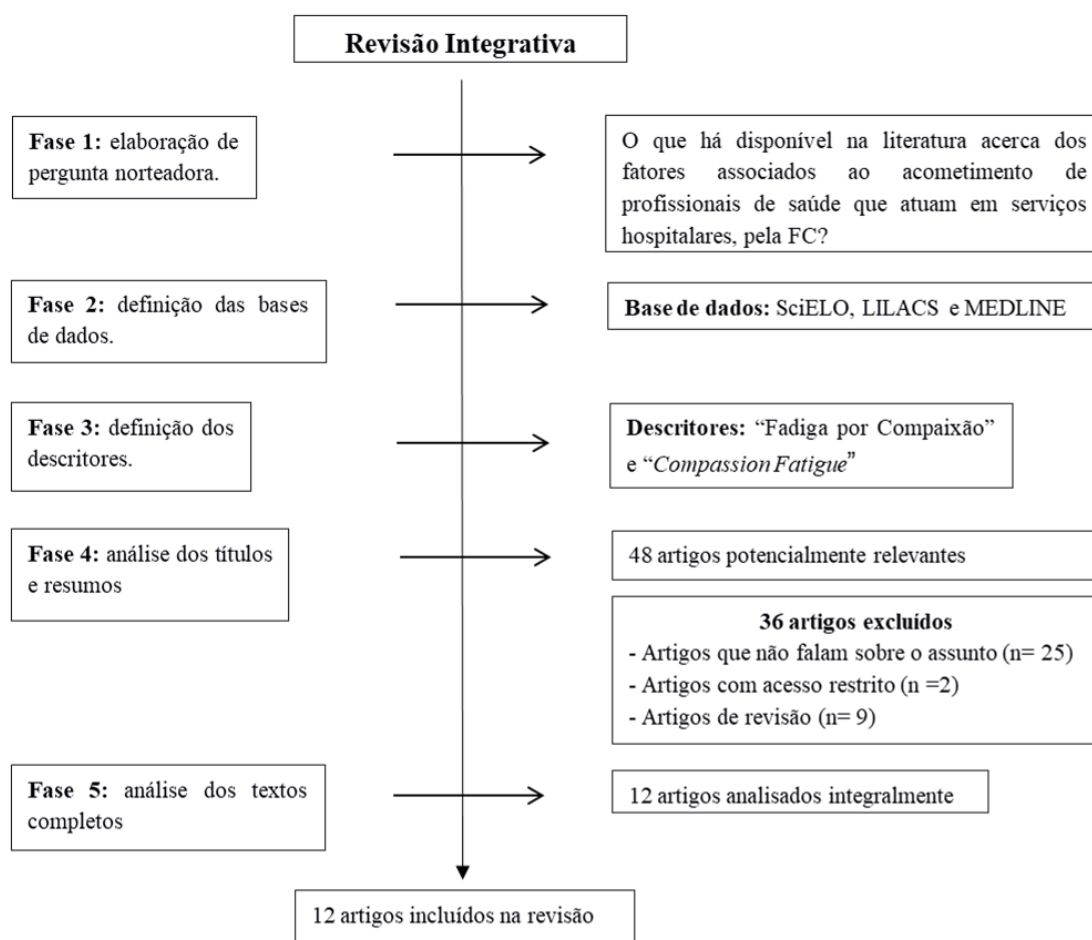
FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO
CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: [10.29327/213319.18.3-10](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10)

Páginas 178 a 194

Artigo

Caracterização do estudo



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: 10.29327/213319.18.3-10

Páginas 178 a 194

Artigo

Figura 1: Fluxograma do processo de coleta de dados.

RESULTADOS

Foram incluídas 12 referências que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos para este estudo (Quadro 1).

Quadro 1. Obras literárias organizadas e catalogadas.

Ano/ Periódico	Autor(es)	Título	Objetivo
2017/Análise Psicológica	DUARTE, J.	Qualidade de vida profissional em enfermeiros: contribuição para a validação da versão em português da Escala de Qualidade de Vida Profissional-5 (ProQOL-5).	Oferecer uma contribuição para a validação em português da Escala de Qualidade de Vida Profissional-5 (ProQOL-5), utilizando uma amostra de enfermeiros.
2014/Revista Psicologia: Organizações e Trabalho	BARBOSA, S.C. et al.	A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares.	Avaliar a qualidade de vida profissional em uma amostra de profissionais de saúde que trabalham em hospitais públicos nas cidades de João Pessoa e Campina Grande/PB.
2016/Oncology Nursing Forum	STACEY, W. et al.	Fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão entre os enfermeiros de oncologia nos	Examinar as experiências de fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão entre enfermeiros oncológicos nos Estados Unidos e no Canadá e identificar quaisquer



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: 10.29327/213319.18.3-10

Páginas 178 a 194

Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

		Estados Unidos e no Canadá.	diferenças em tais experiências nestes países.
2016/Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy	<u>CRAIGIE, M.</u> et al.	A influência do afeto negativo, satisfação por compaixão e fadiga por compaixão em enfermeiros australianos.	Examinar a natureza das relações que o traço de afeto negativo e a satisfação por compaixão tiveram com a fadiga por compaixão e seus componentes de estresse traumático secundário e burnout em 273 enfermeiros de um hospital terciário metropolitano em um estado da Austrália Ocidental.
2015/Archives of Psychiatric Nursing	<u>MANGOULIA, P.</u> et al.	Prevalência de estresse traumático secundário entre enfermeiros psiquiátricos na Grécia.	Investigar a prevalência de estresse traumático secundário, fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão em enfermeiros psiquiátricos, e seus fatores de risco.
2015/Critical Care Nurse	SACCO, T. L. et al.	Satisfação por compaixão e fadiga por compaixão entre enfermeiros de cuidados intensivos.	Estabelecer a prevalência da satisfação por compaixão e da fadiga por compaixão em enfermeiros pediátricos, adultos, e intensivistas neonatais e descrever a contribuição das possíveis características demográficas, individuais e organizacionais.
2015 Journal of Pediatric Nursing	BERGER, J. et al.	Fadiga por compaixão em enfermeiros pediátricos.	Determinar a prevalência e a gravidade da fadiga por compaixão entre os enfermeiros pediátricos e as variações na prevalência com



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO
CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: 10.29327/213319.18.3-10

Páginas 178 a 194

Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

			base na demografia dos entrevistados, usando um desenho de inquérito transversal.
2015/American Journal of Maternal/Child Nursing	<u>BRANCH, C.</u> ; <u>KLINKENBERG, D.</u>	Fadiga por compaixão entre os profissionais de saúde pediátrica.	Identificar risco de fadiga por compaixão entre prestadores de cuidados de saúde pediátrica no Hospital Infantil de St. Louis, MO.
2015/Journal of Human Nutrition and Dietetics	OSLAND, E.J.	Uma investigação sobre a qualidade de vida profissional de nutricionistas trabalhando em serviços de cuidados agudos: estamos fazendo o suficiente para cuidar dos nossos?	Investigar se nutricionistas australianos que trabalham com tratamento agudo apresentam experiência semelhante para o descrito em outras profissões de saúde, e tentar identificar grupos de risco dentro da profissão.
2015/Emergency Medicine Journal	DASAN, S. et al.	Prevalência, causas e consequências da satisfação por compaixão e fadiga por compaixão no atendimento de emergência: um estudo de métodos mistos com consultores de medicina de emergência do Reino Unido.	Estimar a prevalência e explorar as potenciais causas e consequências da satisfação por compaixão e fadiga por compaixão nos consultores de medicina de emergência do Reino Unido.



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO
CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: [10.29327/213319.18.3-10](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10)

Páginas 178 a 194

Artigo

2014/Journal of Nursing Management	HEGNEY, D.G. et al.	Satisfação por compaixão, fadiga por compaixão, ansiedade, depressão e estresse em enfermeiros na Austrália: Resultados da fase 1.	Relacionar a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão com os potenciais fatores que contribuem para a ansiedade, a depressão e o estresse.
2015/ Journal of Pediatric Nursing	MEYER, R. M. L. et al.	Enfermeiros iniciantes em pediatria: analisando a fadiga por compaixão como um mediador entre a exposição ao estresse e a satisfação por compaixão, burnout e satisfação no trabalho.	Investigar se a fadiga por compaixão media associações entre a exposição ao estresse pelo enfermeiro e satisfação no trabalho, satisfação por compaixão e burnout, controlando o estresse pré-existente.

DISCUSSÃO

Evidenciou-se, por meio da análise dos estudos, que o acometimento de profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar pela síndrome da fadiga por compaixão está relacionado a fatores laborais e individuais. Realizou-se a categorização dos resultados de acordo com os principais eixos temáticos encontrados nos artigos.

Condições de trabalho

O processo de empatia em relação a um cliente com experiência traumática resulta em respostas fisiológicas e cognitivas que, se não administradas de forma adaptativa, podem levar a sentimentos e angústias que resultarão em FC (CRAIGIE et al., 2016).



Artigo

As altas exigências a que os profissionais da saúde que atuam em hospitais estão submetidos constantemente, geram tensão contínua e requerem prontidão imediata a qualquer situação inevitável que possa se apresentar, muitas vezes, em caráter de emergência ou urgência. Os atendimentos e procedimento de trabalho precisa ser executados com muita atenção e cuidado, obedecendo a protocolos sistemáticos e integrados, já que acidentes e falhas podem levar à morte do paciente. Neste contexto, de contato e envolvimento constantes com a dor e sofrimento do outro, o profissional experimenta a compaixão e a empatia, sendo que todos esses fatores podem contribuir de forma intensa para o desgaste psíquico e, como consequência, repercutir de forma negativa na qualidade de vida dos profissionais de saúde e nos serviços prestados (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

Os estudos analisados demonstram que estes problemas se associam a certas condições de trabalho, como a ambiguidade de funções, a superlotação hospitalar, o contato direto e intenso com pacientes acometidos física e emocionalmente, o exercício de atividades em turnos ampliados e o fato de lidar com o sofrimento e morte. Tais condições podem predispor os profissionais ao desenvolvimento da Fadiga por Compaixão (CRAIGIE et al., 2016; STACEY WU et al., 2016; SACCO et al., 2015).

Em relação às condições laborais, o trabalho em horas extras não remuneradas foi relacionado à maior propensão ao acometimento de profissionais da saúde pela FC (OSLAND, 2014).

O tipo de trabalho (profissionais atuantes em serviço de emergência apresentaram-se mais fatigados que os atuantes em setor de internação pós trauma), o número de anos trabalhados na função (maior FC ao longo dos 10 primeiros anos de trabalho e menor FC a partir de 20 anos de atuação) e a repetitividade do trabalho, foram relacionados à fadiga por compaixão entre profissionais de saúde (DASAN et al.; 2015).

Um estudo com profissionais atuantes em hospitais públicos da Paraíba/Brasil, encontrou que a elevada carga horária de trabalho se mostrou como um fator determinante no acometimento pela FC, sendo mais influenciada pelo esgotamento emocional (burnout) do que pela absorção dos traumas dos pacientes (ETS). Apesar desse resultado, o estudo revelou que a SC foi prevalente na amostra, concluindo que os profissionais experienciavam vivências mais positivas do que negativas no trabalho, sentindo-se recompensados e reconhecidos por dedicarem esforços em cuidar e por fazer um bem ao próximo (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).



Artigo

A insatisfação com o setor de trabalho, com a profissão escolhida e com a função exercida, foi encontrada mais frequentemente em profissionais acometidos pela FC, sendo maior naqueles ligados à assistência direta ao paciente. FC também esteve correlacionada positivamente com anos de trabalho em hospital e número de pacientes no setor (MANGOULIA et al., 2015). Cuidar de pacientes muito críticos, dia após dia, foi um importante fator relacionado ao acometimento de profissionais de saúde pela FC (BERGER et al., 2015).

Estudo realizado com 296 enfermeiros prestadores de assistência direta ao paciente, verificou que aqueles que trabalhavam em unidade de terapia intensiva pediátrica apresentaram índices mais baixos de satisfação por compaixão e maiores pontuações para burnout e estresse traumático secundário, quando comparados a enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva cardiológicas, unidades de emergência e clínicas hematológicas, oncológicas e cardiológicas (BRANCH, KLINKENBERG; 2015). Outro estudo, revelou que os enfermeiros atuantes em setores de oncologia apresentaram maiores escores de FC (DUARTE, 2017). Isso pode ser atribuído ao fato de estarem constantemente expostos a trauma, morte e famílias enlutadas (BRANCH, KLINKENBERG; 2015).

O tamanho das instalações hospitalares também mostraram impacto na qualidade de vida dos trabalhadores. Nutricionistas empregados em hospitais com menos de 200 leitos relataram menor satisfação por compaixão e níveis mais elevados de burnout e ETS do que seus colegas que trabalhavam em hospitais maiores (OSLAND, 2014).

Fatores emocionais e psicológicos

Alguns fatores emocionais e psicológicos foram revelados nos estudos, como causadores ou protetores em relação à FC. A FC foi menor entre os trabalhadores que descreveram sua saúde física e mental como excelentes (MANGOULIA et al., 2015). Enfermeiros dos setores de oncologia que apresentavam sintomas depressivos, transtorno do estresse pós-traumático, episódios de cefaleia ou que sentiam a necessidade de sacrificar suas próprias necessidades pessoais e psicológicas para satisfazer seus pacientes, foram mais propensos a experimentar níveis moderados a altos de estresse traumático secundário e altos níveis de burnout e, com isso, apresentarem a fadiga por compaixão (STACEY WU et al., 2016).



Artigo

Em pesquisa realizada com 273 enfermeiros australianos, que atuavam em um hospital de cuidados a pacientes críticos, verificou-se que, aqueles que eram classificados como portadores de traços de afeto negativo, foram claramente os mais acometidos pela FC. O traço de afeto negativo é conceituado como uma tendência que o indivíduo possui para experimentar uma variedade de emoções negativas nas diversas situações do seu dia a dia (CRAIGIE et al., 2016).

A presença de exposição pré-existente ao estresse, exposição atual a estresse e suas correlações com a fadiga por compaixão entre enfermeiros recém ingressos na residência em pediatria, foi avaliada em um estudo longitudinal, em que os resultados demonstraram que a exposição pré-existente ao estresse foi correlacionada positivamente com a exposição atual ao estresse e com a FC, três meses após o início da residência. O estresse atual vivenciado pelo enfermeiro foi significativamente relevante para os níveis mais altos de FC após o controle do estresse pré-existente (MEYER et al., 2015).

Estudo realizado com enfermeiros australianos, visando relacionar a FC e a SC com os potenciais fatores que contribuem para a ansiedade, a depressão e o estresse, encontrou que a FC esteve significativamente relacionadas a níveis mais altos de ansiedade, estresse e depressão. No entanto, a maior SC se apresentou pouco relacionada com menores escores de depressão e sem nenhuma relação significativa com a ansiedade ou o estresse (HEGNEY et al., 2014).

Enfermeiros que apresentaram maiores escores de burnout e FC, e menores pontuações de SC, também apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade e sintomas de estresse (DUARTE, 2017). O estresse no trabalho foi relacionado a menor SC e elevada FC entre profissionais da saúde atuantes em serviços de emergência, tendo como consequências, relatos de irritabilidade com os pacientes e colegas de trabalho, diminuição da disposição para o trabalho, desatenção e erros que prejudicaram os pacientes, além da intenção de se aposentarem mais cedo (DASAN et al., 2015).

Fatores sociodemográficos

Em relação aos fatores sociodemográficos que podem estar relacionados à FC em profissionais de saúde, verificou-se que a idade tem um grande impacto na qualidade de vida profissional. Enfermeiros com 50 anos ou mais pontuaram mais alto na escala de SC e menos em BU e ETS do que seus colegas mais jovens, estando estes em maior risco de desenvolverem a fadiga por compaixão (SACCO et al., 2015).



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO
CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: [10.29327/213319.18.3-10](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10)

Páginas 178 a 194

Artigo

Em outra pesquisa, enfermeiros com idade entre 18 e 39 anos apresentaram níveis significativamente mais baixos de satisfação por compaixão, níveis mais elevados de *burnout* e estresse traumático secundário do que aqueles com 40 anos ou mais (BERGER et al., 2015). Estudo realizado com enfermeiros oncológicos dos Estados Unidos e Canadá, verificou que profissionais idosos e aqueles mais experientes têm menor probabilidade de apresentarem fadiga por compaixão. Este mesmo estudo, verificou ainda que estresse relacionado a problemas financeiro pessoais, levaram a altos índices de fadiga por compaixão (STACEY WU et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fadiga por compaixão pode afetar negativamente a qualidade de vida e a satisfação com o trabalho dos profissionais de saúde que atuam no contexto hospitalar, o que pode impactar negativamente no atendimento ao paciente e nos resultados organizacionais.

Esta revisão integrativa da literatura revelou que os fatores associados à FC em tais trabalhadores estão relacionados às condições de trabalho, a fatores emocionais e psicológicos individuais e também a características sociodemográficas do sujeito.

É evidente que é necessária uma maior compreensão dos fatores de risco, assim como dos protetores. Os resultados do estudo podem contribuir para o direcionamento de outras pesquisas acerca da temática, além de subsidiar estratégias educacionais e de intervenção, considerando que: aumentar a consciência desse fenômeno poderá reduzir o risco de exaustão emocional, absentéismo e as demais consequências da fadiga por compaixão.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 315-323, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007>. Acesso em 15 de maio de 2018.



Artigo

BERGER, J., et al. Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. **J Pediatr Nurs.**, v. 30. n. 6, e11-7, 2015. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882-5963\(15\)00062-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882-5963(15)00062-7)>. Acesso em 15 de maio de 2018.

BRANCH, C.; KLINKERBERG, D. Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v. 40, n. 3, p. 160-6, 2015. Disponível em:< [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(15\)00062-7/pdf](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(15)00062-7/pdf)>. Acesso em 17 de maio de 2018.

BOYLE, D. A. **Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda.** Online J Issues Nurs., v. 16, n. 1, p. 2, 2011. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21800933>>. Acesso em 20 de maio de 2018.

CRAIGIE, M., et al. The Influence of Trait-Negative Affect and Compassion Satisfaction on Compassion Fatigue in Australian Nurses. **American Psychological Association**, v. 8, n. 1, p. 88-97, 2016. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/2015-20379-001>>. Acesso em 17 de maio de 2018.

DASAN, S., et al. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. **Emerg Med J.**, v. 32, n. 8, p. 588-94, 2015. Disponível em: < <http://emj.bmj.com/content/32/8/588.long>>. Acesso em 17 de maio de 2018.

DUARTE, J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). **Análise Psicológica**, v. 4, n. 35, p. 529-542, 2017. Disponível em:< http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6040/1/2017_35%284%29_529.pdf>. Acesso em 28 de março de 2018.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.517-25, 2006. Disponível



Artigo

em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em 30 de abril de 2018.

FALEIRO, F. M. T.; VENDRUSCOLO, G. B. B. Prevalência de acidentes de trabalho em trabalhadores hospitalares. **Fórum internacional integrado de cidadania**, 2006. Disponível

em:<http://www.urisan.tche.br/~forumcidadania/pdf/PREVALENCIA_DE_ACIDENTES_DE_TRABALHO.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2018.

FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators**. Baltimore: The Sidran Press, 1995. p. 3-28.

HEGNEY, D. G.; et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. **J Nurs Manag.**, v. 22, n. 4, p. 506-18, 2014. Disponível

em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12160>>. Acesso em 10 de abril de 2018.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/03.pdf>>. Acesso em 13 de abril de 2018.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 213-221, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

MANGOULIA, P. et al. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. **Arch of Psychiatr Nurs.**, v. 29, n. 5, p. 333-8, 2015. Disponível em:< [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(15\)00109-0/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(15)00109-0/fulltext)>. Acesso em 15 de maio de 2018.



FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA

DOI: 10.29327/213319.18.3-10

Páginas 178 a 194

Artigo

MEYER, R. M.; LI, A.; KLARISTENFELD, J.; GOLD, J. I. Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. **J Pediatr Nurs.**, v. 30, n. 1, p. 174-83, 2015. Disponível em:< [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(13\)00373-4/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(13)00373-4/fulltext)>. Acesso em 18 de maio de 2018.

OSLAND, E. J. An investigation into the Professional Quality of Life of dietitians working in acute care caseloads: are we doing enough to look after our own? **J Hum Nutr Diet.**, v. 28, n. 5, p. 493-501, 2015. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jhn.12260>>. Acesso em 20 de maio de 2018.

SACCO, T. L. et al. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. **Critical Care Nurse**, v. 35, n. 4, 2015. Disponível em:< <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=26232800>>. Acesso em 21 de maio de 2018.

STACEY, W., et al. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. **Oncology nursing fórum**, v. 43, n. 4, 2016. Disponível em:< <https://onf.ons.org/onf/43/4/compassion-fatigue-burnout-and-compassion-satisfaction-among-oncology-nurses-united-states>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

STAMM, B. H. **The Concise ProQOL Manual**. Pocatello, ID: ProQOL.org, 2010.
WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Methodological issues in nursing research**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>. Acesso em: 15 mai. 2018.



Artigo

**CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA
GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA**

**CALCIUM IN THE PREVENTION OF HYPERTENSIVE DISORDERS OF
GESTATION: INTEGRATIVE REVIEW**

Kévia Katiúcia Santos Bezerra¹
Marília Gurgel Costa²
Luiz Felipe Abrantes Sarmiento³
Mayra Martins Melo⁴
Giliara Carol Diniz Gomes de Luna⁵
Edineide Nunes da Silva⁶

RESUMO - A gestação caracteriza-se por ser um período de intensas modificações no organismo materno, necessitando de acompanhamento adequado, a fim de prevenir complicações. Os distúrbios hipertensivos gestacionais representam uma importante causa de morbimortalidade materna e neonatal, por isso, a busca por métodos de

¹ Mestre em Sistemas Agroindustriais com ênfase na saúde. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande e Chefe da divisão médica do Hospital Universitário Júlio Bandeira - HUJB/UFPG/EBSERH, Cajazeiras – PB. Contato: keviabezerra@hotmail.com

² Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras (2016). Cursando especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Médica do programa Mais Médicos no Brasil em Fortaleza - CE.

³ Médico residente do programa de Radiologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP - Recife, PE

⁴ Médica residente do programa de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP - Recife, PE.

⁵ Doutora em Odontologia pela UFPB-UFBA (2010). Pós-Doutorado Júnior - CNPQ em 2011. Docente da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC-UFPG).

⁶ Mestre em Ciências da Saúde, Docente da Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Formação de Professores; Gerente de Atenção à Saúde do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande (HUJB/UFPG/EBSERH).



Artigo

prevenção, como o uso do cálcio, vem se tornando objeto de pesquisa. O objetivo do presente estudo foi avaliar a utilização do cálcio como forma de prevenção dos distúrbios hipertensivos da gestação. Quanto ao delineamento metodológico, foi realizada uma revisão integrativa, utilizando-se como fonte de pesquisa os seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e base de dados internacional Medical Published – service of the U.S National Library of Medicine (PubMed), sendo selecionados um total de sete artigos. Após análise dos artigos selecionados, foi observado que, apesar de alguns estudos demonstrarem resultados inconclusivos ou não significantes, a utilização do cálcio como prevenção da hipertensão gestacional mostrou-se como uma medida efetiva na redução do risco de pré-eclâmpsia, principalmente em gestantes com baixa ingestão desse mineral. Dessa forma, conclui-se que o cálcio representa uma medida de baixo custo, efetiva, segura e disponível para prevenção dos distúrbios hipertensivos gestacionais, porém mais estudos de alta qualidade e em larga escala são necessários para avaliação da dose ideal, bem como da real efetividade de sua suplementação.

Palavras-chave: Cálcio. Distúrbios hipertensivos. Gestação. Prevenção. Pré-eclâmpsia.

ABSTRACT - The pregnancy is characterized by being a period of intense changes in the maternal body, requiring adequate monitoring in order to prevent complications. Gestational hypertensive disorders represent a major cause of maternal and neonatal morbidity and mortality, so that the search for methods of prevention, such as the use of calcium, has become the object of research. The aim of this study was to evaluate the use of calcium for prevention of hypertensive disorders of pregnancy. Regarding the methodological design, an integrative review was carried out, using as a source of research the following databases: Virtual Health Library (BVS): Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and database international Medical Published - service of the US National Library of Medicine (PubMed) and selected a total of seven articles. After analysis of the selected articles, it was observed that, although some studies have shown inconclusive or no significant results, the use of calcium as prevention of



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

Páginas 195 a 217

Artigo

gestational hypertension proved to be an effective measure in reducing the risk of preeclampsia, especially in pregnant women low intake of this mineral. Thus, we conclude that calcium is a measure inexpensive, effective, safe and available for prevention of hypertensive pregnancy disorders, but higher quality studies and in large scale are necessary to evaluate the optimal dose, and the real effectiveness supplementation.

Keywords: Calcium. Hypertensive disorders. Gestation. Prevention. Preeclampsia.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período caracterizado por intensas modificações funcionais, estruturais e metabólicas no organismo materno, que necessita de acompanhamento adequado desde o princípio, de forma que, mediante complicações materno-fetais, se possa intervir de maneira precoce (SILVA et al., 2010).

A doença hipertensiva da gestação está entre as principais causas de morbimortalidade materna no mundo (HOFMEYR et al., 2007), estando também relacionados à prematuridade e ao aumento da mortalidade perinatal (PATRELLI et al., 2012). Além disso, são responsáveis por afetar cerca de 5% de todas as gestações e 11% das primíparas (GOLDBERG et al., 2013).

Os distúrbios hipertensivos gestacionais são ainda responsáveis por 18% das mortes maternas, com uma taxa estimada de 62.000 a 77.000 mortes anuais (CORMICK et al., 2014). Essa patologia que ocorre durante a gestação permanece como a primeira causa de morte materna direta no Brasil (37%), sendo a proporção maior nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste. (LAURENTI et al., 2004). Por isso, tem-se ganhado cada vez mais atenção a busca por estratégias para prevenção da hipertensão na gestação (HOFMEYR et al., 2006).



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

A hipertensão induzida pela gestação representa uma condição cuja patogênese permanece desconhecida (GOLDBERG et al., 2013). Caracteriza-se por níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, após 20 semanas de gestação, sem proteinúria, em mulheres previamente normotensas. A Pré-eclâmpsia pode ser caracterizada como uma síndrome clínica composta por hipertensão e proteinúria com início após 20 semanas de gestação (PATRELLI et al., 2012)

Estudos epidemiológicos realizados no final dos anos 1980 demonstraram uma diferença na incidência de pré-eclâmpsia entre diferentes regiões e etnias, sendo atribuído parte da responsabilidade às diferenças na dieta (RAMOS et al., 2006). Foi observado uma baixa incidência de pré-eclâmpsia em populações provenientes da Guatemala e Etiópia que possuem uma dieta rica em cálcio. Esses fatos, somados a outros estudos clínicos e epidemiológicos, suportam então a teoria de que uma maior ingestão de cálcio durante a gestação pode reduzir a incidência de níveis pressóricos elevados e a pré-eclâmpsia em mulheres com baixa ingestão desse nutriente (HOFMEYR et al., 2006).

Embora alguns estudos sobre a utilização do cálcio para prevenção de distúrbios hipertensivos na gestação tenham demonstrado resultados inconclusivos e inconsistentes (KUMAR et al., 2009), sua suplementação permanece como uma estratégia barata, amplamente disponível, provavelmente segura para mulher e para criança e representa uma potencial forma de prevenção aos distúrbios hipertensivos gestacionais e suas complicações (HOFMEYR et al., 2006).

A relevância do tema emerge a partir da verificação do alto índice de complicações dos distúrbios hipertensivos da gestação, e do impacto destas no que diz respeito à prevenção dos agravos e no planejamento para a qualificação da assistência

Devido à escassez de estudos brasileiros sobre o assunto e à necessidade epidemiológica ressaltada, este trabalho tem como objetivo avaliar a importância da prevenção dos distúrbios hipertensivos da gestação com suplementação de cálcio.

PERCURSO METODOLOGICO



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

Trata-se de uma revisão integrativa de artigos publicados sobre a prevenção dos distúrbios hipertensivos da gestação com a suplementação do cálcio. A revisão foi elaborada em seis etapas: 1. Elaboração da pergunta norteadora; 2. Busca na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos; 5. Discussão dos resultados; 6. Apresentação da revisão integrativa. A pergunta norteadora compreendeu: Qual a importância do uso do cálcio na prevenção dos distúrbios hipertensivos da gestação?

A pesquisa foi realizada nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na base de dados internacional Medical Published – service of the U.S National Library of Medicine (PUBMED). Os descritores utilizados foram: prevention, calcium, hipertension, pré-eclâmpsia, hipertensão na gestação, cálcio, prevenção da pré-eclâmpsia. Os critérios para inclusão dos artigos foram: publicações no período de 2006 a 2016, com resumos e textos completos disponíveis nos bancos de dados utilizados, com referência aos distúrbios hipertensivos na gestação e ao uso de cálcio na sua prevenção e que tenham demonstrado resultados relevantes.

No LILACS, após usar como descritores na busca avançada cálcio AND pré-eclâmpsia foram encontrados 7 artigos, sendo selecionado apenas 1. Além desses, foram utilizados cálcio AND prevenção da pré-eclâmpsia, sendo encontrados 4 artigos e 2 foram selecionados; Gestação AND prevenção da pré-eclâmpsia AND cálcio, sendo encontrados 4 artigos, e dois deles já haviam sido selecionados; Hipertensão na gestação AND prevenção, foram encontrados 17 artigos e 1 deles já havia sido selecionado.

Na base internacional PUBMED foram realizadas duas buscas. Na primeira, aplicamos filtros como: fulltext, text published in the last 10 years, humans e utilizamos os seguintes descritores: calcium, preeclampsia, obtendo-se 260 artigos, destes 14 foram selecionados, e dois deles já haviam sido selecionados. Na segunda busca, com os mesmos filtros, as palavras utilizadas foram: pregnant, calcium supplementation sendo encontrados 95 artigos, sendo selecionados 9 artigos, porém 6 deles já haviam sido selecionados.



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

Páginas 195 a 217

Artigo

Após avaliação dos títulos e resumos dos artigos encontrados, foram obtidos 3 artigos no LILACS e 17 no PUBMED. Nesta fase, foi realizada a leitura detalhada desses artigos, a fim de avaliar se estavam adequados ao perfil do trabalho proposto. Assim, apenas 7 artigos foram selecionados, sendo todos provenientes da busca no PUBMED.

Utilizamos uma matriz de síntese para os artigos, de modo que obtivemos um estudo completo, levando em conta a identificação do artigo, os autores, o tipo de publicação, o ano de publicação, os detalhamentos metodológicos, os resultados e as conclusões obtidas.

A seguir realizou-se análise minuciosa dos dados presentes em cada artigo incluído no estudo e posterior discussão, de forma a expor as informações concordantes, além de confrontar as discordantes, a fim de que se obtenha a resposta à pergunta norteadora do tema pesquisado. Sendo assim, essa etapa consistiu no resumo das evidências disponíveis, bem como na avaliação crítica dos resultados obtidos durante a pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados sete artigos originais na presente revisão, após terem atendido aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. O Quadro 03 disponibiliza a caracterização dos estudos selecionados.

Quadro 01: Caracterização dos estudos incluídos na revisão. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Estudo	Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Nível de evidência	Revista
01	VILLAR et al/ 2006	<i>World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women</i>	ECCR*	II	American Journal of Obstetrics and Gynecology
02	HOFMEYR et al/ 2014	<i>Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems</i>	Revisão sistemática	I	Cochrane Library
03	RAMOS et al/ 2006	<i>Reported Calcium Intake is</i>	Transversal	IV	Hypertension in Pregnancy



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

		<i>Reduced in Women with Preeclampsia</i>			
04	GOLDBERG et al/ 2013	<i>Randomized, placebo-controlled, calcium supplementati on trial in pregnant Gambian women accustomed to a low calcium intake: effects on maternal blood pressure and infant growth</i>	ECCR*	II	The American Journal of Clinical Nutrition
05	PATRELLI et al/ 2012	<i>Calcium supplementati on and prevention of preeclampsia : a meta-analysis</i>	Metanálise	I	The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine



Artigo

06	CARROLI et al/ 2010	<i>Effects of calcium supplementation on uteroplacental and fetoplacental blood flow in low-calcium-intake mothers: a randomized controlled trial</i>	ECCR*	II	American Journal of Obstetrics and Gynecology
07	KUMAR et al/ 2009	<i>Calcium supplementation for the prevention of pre-eclampsia</i>	ECCR*	II	International Journal of Gynecology and Obstetrics

*ECCR: Ensaio Clínico Controlado Randomizado

Periódicos relacionados à área de ginecologia/obstetrícia se destacaram na temática relacionada ao uso do cálcio na prevenção dos distúrbios hipertensivos da gestação, os quais se seguem: International Journal of Gynecology and Obstetrics, American Journal of Obstetrics and Gynecology e Hypertension in Pregnancy. Quanto à data das publicações, dois artigos foram publicados em 2006, um em 2009, um em 2010, um em 2012, um em 2013 e um em 2014. Quanto ao idioma encontrado, todos os artigos foram publicados em inglês.



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

Em se tratando do delineamento metodológico dos estudos incluídos na revisão, 4 (57%) correspondiam à ensaios clínicos controlados randomizados, 1 (14,4%) revisão sistemática, 1 (14,4%) metanálise e 1 (14,1%) estudo transversal. Em relação à força das evidências, apenas dois estudos apresentavam nível de evidência I, quatro estudos apresentavam nível de evidência II e um estudo apresentou nível de evidência IV, conforme classificação proposta por Fineout-Overholt et al (2010).

Dentre as ações que foram realizadas, apenas quatro estudos (VILLAR et al, 2006; GOLDBERG et al, 2013; CARROLI et al, 2010; KUMAR et al, 2009) compararam a incidência de pré-eclâmpsia e parto prematuro através do acompanhamento de gestantes em uso de suplementação de cálcio, comparando-as ao grupo controle.

Em contrapartida, um estudo (RAMOS et al, 2006) buscou fazer essa correlação de modo transversal, através da avaliação dos pacientes que aderiam à suplementação durante a gestação e a correlação dessa conduta com a incidência de síndromes hipertensivas gestacionais. Dois estudos (PATRELLI et al, 2012; HOFMEYR et al, 2014), buscaram avaliar a ingesta de cálcio e sua correlação com a incidência de pré-eclâmpsia ou outras síndromes hipertensivas gestacionais através da avaliação dos resultados de outros estudos de intervenção. Os detalhes dos estudos incluídos na revisão encontram-se no Quadro 04.

Quadro 02: Distribuição dos artigos quanto aos objetivos, o delineamento metodológico, o tamanho da amostra e os principais desfechos. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Nº do Estudo	Objetivos	Coleta de dados	Desfecho
01	- Determinar se a suplementação de cálcio em gestantes com baixa ingestão desse mineral reduz a pré-eclâmpsia e o parto prematuro.	- N= 8325 gestantes nulíparas, normotensas, com dieta de cálcio < 600mg/dl. - As gestantes (< 20 semanas gestacionais) foram selecionadas	- A suplementação de cálcio apresentou redução não estatisticamente significativa na pré-eclâmpsia, que foi evidente por volta da 35ª semana gestacional;



Artigo

		randomicamente, para receber 1,5g de cálcio ou placebo ao longo da gestação.	- Houve redução estatisticamente significativa nos índices de eclâmpsia e hipertensão gestacional grave, além dos índices de complicação da pré-eclâmpsia, índice de mortalidade materna, parto prematuro e mortalidade neonatal.
02	Avaliar os efeitos da suplementação de cálcio em altas e em baixas doses durante a gravidez nas doenças hipertensivas gestacionais e a relação com resultados materno-fetais.	- Foram selecionados ensaios clínicos randomizados que comparassem suplementação de cálcio em alta dose (pelo menos 1 g diária de cálcio) ou de baixa dose durante a gravidez com placebo ou nenhum cálcio.	- Suplementação com cálcio em altas doses (> 1g/dia): 13 estudos foram incluídos na revisão; - O risco médio da elevação da pressão arterial (PA) foi reduzido com a suplementação de cálcio em comparação com placebo (12 ensaios, 15.470 mulheres: razão de risco (RR)



Artigo

			<p>0,65, 95% de intervalo de confiança (IC) 0,53-0,81; $I^2 = 74\%$).</p> <p>- Houve uma redução no risco de pré-eclâmpsia associada com a baixa ingestão de cálcio e nas mulheres com alto risco de pré-eclâmpsia (13 ensaios, 15.730 mulheres: RR 0,45, 95% CI 0,31-0,65; $I^2 = 70\%$).</p> <p>- No grupo com suplementação com cálcio em baixas doses (< 1g/dia): Houve uma redução significativa do risco de pré-eclâmpsia.</p>
03	Investigar a relação entre a dieta com cálcio e a incidência de pré-eclâmpsia, entre pacientes	- N= 1092 mulheres, acima de 22 semanas gestacionais e peso fetal de 500g.	- A ingestão média de cálcio no grupo de normotensas foi 1057mg, no grupo de hipertensão crônica foi 962 mg,



Artigo

	<p>normotensas e pacientes com pré-eclâmpsia.</p>	<p>- O cálcio na dieta foi medido através de uma entrevista dietética realizada no dia seguinte ao parto.</p>	<p>no grupo de hipertensão transitória foi 963 mg, na pré-eclâmpsia leve foi 902 mg e, no grupo pré-eclâmpsia grave foi de 755 mg;</p> <p>- Gestantes que desenvolvem pré-eclâmpsia grave têm uma ingestão de cálcio significativamente baixa quando comparadas às mulheres normotensas ($p = 0,018$).</p>
04	<p>Testar os efeitos da suplementação com carbonato de cálcio (1500mg/dl) sobre a pressão arterial (PA) em gestantes com baixa ingestão de cálcio da zona rural da Gâmbia.</p>	<p>- N= 525 gestantes a partir da 20ª semana gestacional até o parto;</p> <p>- PA e medidas antropométricas foram verificadas a cada 4 semanas até a 36ª semana.</p>	<p>- Não houve resultado significativo para efeito do cálcio sobre pressão sistólica ou diastólica entre a 20ª e 36ª semana gestacional.</p> <p>- Também não houve efeito</p>



Artigo

		<p>- As medidas do recém nascido também foram obtidas, na 2^a, 13^a e 52^a semanas após o parto.</p>	<p>significante sobre o peso da gestante, o peso pós-parto, o peso do recém-nascido ou outras medidas do crescimento e desenvolvimento.</p>
05	<p>Sintetizar as evidências disponíveis acerca da suplementação do cálcio durante a gestação na prevenção de pré-eclâmpsia e complicações materno-fetais associadas.</p>	<p>- Busca na literatura disponível na base de dados MEDLINE;</p> <p>- Uso do método Mantel-Haenszel para os subgrupos de pacientes: ingesta adequada de cálcio, baixa ingesta de cálcio, baixo risco de pré-eclâmpsia, alto risco de pré-eclâmpsia.</p>	<p>- Pacientes com ingesta adequada de cálcio: ausência de relação estatisticamente significativa;</p> <p>- Pacientes com baixa ingesta de cálcio, baixo e/ou alto risco de doença hipertensiva gestacional: redução significativa na incidência de pré-eclâmpsia;</p> <p>- Efeitos adversos identificados: aumento na incidência de</p>



Artigo

			nefrolitíase, infecção do trato urinário, mal absorção de outros minerais, maior frequência de Síndrome HELLP.
06	Avaliar possível redução na resistência vascular útero-placentária e circulação fetoplacentária em gestantes com suplementação de cálcio	<ul style="list-style-type: none">- N=510 gestantes, onde 251 destas receberam 1500mgCa/dia- Índice de pulsatilidade (IP) e o índice de resistência (IR) das artérias uterinas e umbilicais e artéria uterina bilateral foram avaliados por US Doppler entre a 20^a-36^a semana gestacional.	<ul style="list-style-type: none">- A média dos IP e IR das artérias uterinas e umbilicais tendem a ser menores nos grupos que fizeram uso da suplementação, com diferenças estatisticamente significantes a partir da 32^a e 36^a semanas, respectivamente.- A suplementação de cálcio em gestantes com a ingestão deficiente de cálcio pode afetar o fluxo sanguíneo útero-placentário e fetoplacentário, preservando a



Artigo

			vasodilatação da gestação normal.
07	Estudar o efeito da suplementação de cálcio durante a gravidez sobre a pressão arterial e os resultados materno-neonatais	- N= 524 primigestas saudáveis, entre a 12ª e 25ª semana gestacional, com uma pressão arterial inferior a 140/90 mmHg, foram distribuídas aleatoriamente para receber 2g de cálcio elementar ou placebo, sendo acompanhadas até o parto.	- Grupo com suplementação: incidência de pré-eclâmpsia significativamente menor (7,8%, comparado à 12% no grupo placebo), bem como o risco de parto prematuro; - tempo de gestação foi similar nos dois grupos; - As médias de pressão arterial sistólica e diastólica foram diferentes nos dois grupos, e não apresentaram resultados estatisticamente significantes;

Conforme afirmado por Briceño-pérez e Briceño-sanabria (2009), a prevenção primária da pré-eclâmpsia não é possível, por se desconhecer a causa dessa patologia. No entanto, na etapa pré-concepcional, o uso de métodos de barreira seria uma medida efetiva para se reduzir sua frequência. Ainda nesse período, a mudança no estilo de vida para



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

tentar modificar os fatores de risco também é importante. Como prevenção secundária, sugere-se a ingestão suplementar de, pelo menos, 1,5g de cálcio às pacientes com alto risco de desenvolver doenças hipertensivas gestacionais.

Silva et al (2010) identificou em seu estudo que 10,40% da população estudada recebeu recomendação para complementar a ingestão de cálcio, dos quais 80,76% referiram ter ingerido cálcio sob a forma de comprimidos. Da amostra total do estudo, 43,20% das mulheres relataram terem sido aconselhadas pelo médico a consumir uma maior quantidade de alimentos ricos em cálcio. Destas, 75% disseram estar seguindo a dieta recomendada, das quais 70,37% afirmaram consumir pelo menos dois copos de leite por dia, o que corresponde a cerca de 500mg de cálcio, ou seja, a dose mínima recomendada para a suplementação adequada de cálcio.

A suplementação de cálcio durante a gravidez tem demonstrado ser eficaz na redução da incidência e severidade da doença hipertensiva gestacional entre as mulheres com alto risco e entre as populações com baixa ingestão de cálcio. Esta intervenção é relativamente barata e está facilmente disponível, uma vez que pode ser obtida sob a forma de comprimidos genéricos ou através do aumento da ingestão de alimentos ricos em cálcio (HOFMEYR et al, 2003).

Essa informação foi evidenciada por Ramos et al (2006) e Hofmeyr et al (2014), conforme demonstrado no Quadro 2. No primeiro estudo, foi identificado que a ingestão média de cálcio no grupo de pacientes normotensos foi 1057mg. Os valores correspondentes para os pacientes hipertensos crônicos, pacientes com proteinúria, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia graves foram 962,8mg, 963,1mg, 902,2mg e 755 mg, respectivamente. Logo, a relação entre baixa ingestão de cálcio e as gestantes que desenvolveram pré-eclâmpsia grave, quando comparadas às mulheres normotensas, foi estatisticamente significativa ($p = 0,018$).

Já no segundo estudo acima referido, evidenciou-se que a suplementação de cálcio (> 1 g/dia) está associada com uma redução significativa no risco de pré-eclâmpsia, particularmente para as mulheres com dietas pobres em cálcio e com alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Além disso, foi evidenciada redução da prematuridade e da ocorrência do desfecho “morte materna ou morbidade grave”.

Imdad et al (2011) propôs em sua revisão, possível explicação para o efeito protetor da suplementação do cálcio durante a gravidez, principalmente nos países desenvolvidos. A primeira e a mais importante é a diferença na ingestão de cálcio no início da gestação. Em seu estudo, observou que, nos países em desenvolvimento a



Artigo

ingestão de cálcio no início da gestação foi baixa, enquanto que, nos países desenvolvidos, a suplementação foi adequada.

Belizan et al (1988) levantou a hipótese para a correlação entre a baixa ingestão de cálcio e o aumento da pressão arterial. Segundo o referido autor, a baixa dosagem de cálcio estimula a liberação do hormônio da paratireóide e/ou renina, o que leva ao aumento da concentração de cálcio intracelular nas células do músculo liso vascular, causando vasoconstrição. Dessa forma, o papel da suplementação de cálcio na redução dos distúrbios hipertensivos na gravidez poderia ser, possivelmente, explicada pela redução na liberação de cálcio pela paratireóide e da concentração de cálcio intracelular, reduzindo assim a contractilidade do músculo liso e promovendo vasodilatação (VILLAR et al, 1989). A suplementação de cálcio também pode prevenir o parto prematuro pela redução da contratilidade do músculo liso uterino, direta e indiretamente pelo aumento dos níveis de magnésio (VILLAR e REPKE, 1990).

Essa correlação foi estudada por Hofmeyr et al (2014), em uma revisão sistemática, cujos achados demonstraram que a pré-eclâmpsia foi reduzida de forma consistente com a baixa dose de cálcio (LDC – Low Dose Calcium), < 1g/dia, com ou sem co-suplementos (nove ensaios clínicos, 2234 mulheres, risco relativo [RR] 0,38; intervalo de confiança de 95% [IC 95%] 0,28-0,52), assim como para os subgrupos: apenas LDC (quatro ensaios clínicos, 980 mulheres, RR 0,36, IC 95% 0,23-0,57)]; LDC + ácido linoleico (dois ensaios clínicos, 134 mulheres, RR 0,23, IC 95% 0,09-0,60); LDC + vitamina D (dois ensaios clínicos, 1060 mulheres, RR 0,49; 0,31-0,78) e uma tendência para LDC + antioxidantes (um ensaio clínico, 60 mulheres, RR 0,24; IC 95% 0,06-1,01). Os resultados gerais foram consistentes com o julgamento da qualidade única da LDC isolada (171 mulheres, RR 0,30; IC 95% 0,06-1,38). LDC + antioxidantes, com início em 8-12 semanas gestacionais, tendeu a reduzir aborto (um ensaio clínico, 60 mulheres, RR 0,06; IC 95% 0,00-1,04).

Além disso, Li et al (2012) relatou em seu estudo que a suplementação de cálcio em doses elevadas durante a gestação reduz os efeitos adversos graves da pré-eclâmpsia, mas não apresenta nenhum efeito sobre os marcadores desta patologia (proteinúria, contagens de plaquetas, níveis de uréia/creatinina e enzimas hepáticas). Imdad et al (2011), propuseram a hipótese de que a suplementação de cálcio na segunda metade da gravidez pode reduzir a pressão sanguínea e, por conseguinte, as graves complicações deste componente da pré-eclâmpsia, sem afetar os outros componentes da síndrome ou a



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

Páginas 195 a 217

Artigo

patologia subjacente relacionada ao desenvolvimento da placenta, e que a suplementação de cálcio antes e no início da gravidez pode afetar este processo.

A evidência indireta de que doses supra-fisiológicas de cálcio poderiam não melhorar os resultados, quando comparados às dosagens fisiológicas, é dada pelo estudo CPEP (n=4.589 mulheres), que comparou a suplementação de cálcio (2g/dia) versus placebo em mulheres com ingestão normal do nutriente. A ingestão média foi de 2.369g no grupo intervenção, contra 982g no grupo controle. Esta suplementação adicional não teve efeito estatisticamente significativo sobre a pré-eclâmpsia (LI et al, 2012).

Villar et al (2006) identificou que a ingesta de 1,5g de cálcio suplementar não preveniu a pré-eclâmpsia, uma vez que sua incidência no grupo intervenção foi de 4,1%, enquanto que no grupo controle foi de 4,5%. No entanto, resultados secundários, como pré-eclâmpsia severa, eclâmpsia, ruptura de placenta, morbidade materna e mortalidade fetal, apresentaram-se menores no grupo intervenção. Quanto à incidência de parto prematuro, o grupo intervenção também não apresentou resultados estatisticamente significantes quando comparado ao grupo controle (incidência de 9,8% e 10,8%, respectivamente). No entanto, o risco para parto prematuro (<32 semanas gestacionais) foi menor no grupo intervenção (2,6%, contra 3,2% do grupo controle).

Contestando os achados de Villar et al (2006), Kumar et al (2009) evidenciou em seu estudo achados significativamente relevantes, no qual a incidência de pré-eclâmpsia foi menor no grupo intervenção do que no grupo controle (4,0% e 12,0%, respectivamente). Além disso, o risco de parto prematuro também foi reduzido no grupo intervenção, quando comparado ao grupo controle (7,0% e 12,7%, respectivamente). Na revisão elaborada por Imdad et al (2011), foi demonstrado que a suplementação de cálcio durante a gestação reduziu a hipertensão gestacional em todas as condições relatadas, sendo a redução de pré-eclâmpsia evidenciada em mais de 50% no referido estudo.

Esses dados, corroboram com uma revisão sistemática realizada por Hofmeyr et al (2007), que incluiu 12 estudos, com um total de 15.528 mulheres. Neste, a maioria das mulheres apresentavam baixo risco e tinham baixa ingesta de cálcio. Pressões sanguíneas elevadas, bem como pré-eclâmpsia, foram reduzidas com a suplementação de cálcio, quando comparado ao placebo. O efeito foi maior para as mulheres com alto risco e para aquelas com baixa ingestão de cálcio basal. Houve heterogeneidade, com menos efeito nos ensaios maiores. Além disso, a morte materna ou morbidade grave foi reduzida.

Outra revisão, elaborada por Hofmeyr et al (2010), identificou que o risco médio de pressão arterial elevada foi reduzido nos grupos que receberam suplementação de



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

cálcio (12 ensaios, 15470 mulheres, RR 0,65, IC 95% 0,53-,81), bem como redução no risco médio de pré-eclâmpsia (13 ensaios, 15730 mulheres, RR 0,45, IC 95% 0,31-0,65). O efeito foi maior nas mulheres com baixa ingestão de cálcio no início da gestação (8 ensaios, 10678 mulheres, RR 0,36, IC 95% 0,20-0,65) e naquelas consideradas de alto risco (5 ensaios, 587 mulheres, RR 0,22, IC 95% 0,12 - 0,42). O risco para parto prematuro foi reduzido no grupo intervenção (11 ensaios, 15275 mulheres, RR 0,76, IC 95% 0,60-0,97) e entre as mulheres com alto risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia recrutados para 4 pequenos ensaios (568 mulheres, RR 0,45, 95% CI 0,24-0,83).

Caroli et al (2010) relacionou a possibilidade de distúrbios hipertensivos gestacionais à avaliação da resistência vascular útero-placentária e circulação fetoplacentária, conforme relatado na tabela acima. Goldberg et al (2013), por sua vez, avaliou o efeito da suplementação com cálcio na pressão sanguínea. Os mesmos achados não foram estatisticamente relevantes, no qual a média da pressão sanguínea sistólica foi 101.2 +/- 9.0 mmHg e 102.1 +/- 9.3 mmHg, e a pressão sanguínea diastólica foi 54.5 +/- 7.3 mmHg e 55.8 +/- 7.8 mmHg, nos grupos intervenção e controle, respectivamente. No entanto, o autor justificou os achados com base nas características da população, uma vez que mulheres gambianas são adaptadas à uma baixa ingestão de cálcio na dieta e/ou obesidade, o alto ganho de peso gestacional, a pressão arterial elevada subjacente, o uso do tabaco, o consumo de álcool e o sedentarismo são raros nessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como evidenciado na presente revisão, os estudos acerca da eficácia da suplementação de cálcio, bem como a dose necessária para o alcance do resultado desejado, ainda são controversos. No entanto, houveram mais achados conclusivos acerca da suplementação do cálcio durante a gestação, reduzindo hipertensão gestacional materna e, conseqüentemente, o risco de pré-eclâmpsia, em mulheres com baixa ingestão de cálcio prévia. Entretanto, apesar de a suplementação de cálcio parecer reduzir a pressão sanguínea diretamente, não impede a lesão endotelial associada à pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

Páginas 195 a 217

Artigo

BARROS, E.; CARVALHO, C. Reported calcium intake is reduced in women with preeclampsia. **Hypertens Pregnancy.**, v. 25, n. 3, p. 229-239, 2006.

BELIZAN JM, VILLAR J, REPKE J. The relationship between calcium intake and pregnancy-induced hypertension: up-to-date evidence. **Am J Obstet Gynecol** 1988, 158(4):898-902.

BRICEÑO-PÉREZ, C.; BRICEÑO-SANABRIA, L. Aspirina, calcio y prevención de preeclampsia. **Rev Obstet Ginecol Venez** 2009;69(4):262-268.

CARROLI, G.; et al. Effects of calcium supplementation on uteroplacental and fetoplacental blood flow in low-calcium-intake mothers: a randomized controlled trial. **Am J Obstet Gynecol** 2010;202:45.1-9.

CORMICK, G. et al. Gaps between calcium recommendations to prevent pre-eclampsia and current intakes in one hospital in Argentina. **BMC Research Notes** 2014 7:920.

GOLDBERG, GR; JARJOU, LMA; COLE, TJ; PRENTICE, A. Randomized, placebo-controlled, calcium supplementation trial in pregnant Gambian women accustomed to a low calcium intake: effects on maternal blood pressure and infant growth. **Am J Clin Nutr** 2013; 98:972–82.

HOFMEYR, G. J.; ATALLAH, A. N.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database Syst Ver.**, v. 19, n. 3, 2006.

HOFMEYR, G.I.; et al. A Cochrane Pocketbook: Pregnancy and Childbirth. **UK: John Wiley & Sons, LTDA**, p. 418, 2008.



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

Páginas 195 a 217

Artigo

HOFMEYR, G.J.; BELIZ, A.N.J.M.; VON DADELSZEN, P. Low-dose calcium supplementation for preventing pre-eclampsia: a systematic review and commentary. **BJOG** 2014;121:951–957.

IMDAD, A.; JABEEN, A.; BHUTTA, Z.A. Role of calcium supplementation during pregnancy in reducing risk of developing gestational hypertensive disorders: a metaanalysis of studies from developing countries. **BMC Public Health** 2011, 11(Suppl 3):S18.

KUMAR, A. et al. Calcium supplementation for the prevention of pre-eclampsia. **International Journal of Gynecology and Obstetrics** 104 (2009) 32–36.

LAURENTI R, JORGE MHPM, GOTLIEB SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras. **Rev Bras Epidemiol**. 2004; 7 (4): 449-60.

LI, K.; KAAKS, R.; LINSEISEN, J.; ROHRMANN, S. Associations of dietary calcium intake and calcium supplementation with myocardial infarction and stroke risk and overall cardiovascular mortality in the Heidelberg cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. **Heart** 2012; 98:920–5.

PATRELLI, T.S. et al. Calcium supplementation and prevention of preeclampsia: a meta-analysis. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, 2012; 25(12): 2570–2574.

RAMOS, J.G.; et al. Evaluation of calcium and folic acid supplementation in prenatal care in São Paulo. **Sao Paulo Med. J.**, v. 128, n. 6, p. 324-327, 2010.

SILVA, C, A, P.; SILVA, C. A. P.; ATALLAH, A. N.; SASS, N.; MENDES, E. T. R.; PEIXOTO, S. Evaluation of calcium and folic acid supplementation in prenatal care in São Paulo. **Sao Paulo Med. J.**, v. 128, n. 6, p. 324-327, 2010.

VILLAR J, REPKE J, BELIZAN J: Relationship of blood pressure, calcium intake, and parathyroid hormone. **Am J Clin Nutr** 1989, 49(1):183-184.



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: 10.29327/213319.18.3-11

Páginas 195 a 217

Artigo

VILLAR J, REPKE JT: Calcium supplementation during pregnancy may reduce preterm delivery in high-risk populations. **Am J Obstet Gynecol** 1990, 163(4 Pt 1):1124-1131. 37

VILLAR, J.; et al. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 194, n. 3, p. 639-649, 2006.



CÁLCIO NA PREVENÇÃO DOS DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO: REVISÃO
INTEGRATIVA

DOI: [10.29327/213319.18.3-11](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-11)

Páginas 195 a 217

Artigo

**INFLUÊNCIA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO
CÂNCER DE PRÓSTATA NA AUTOESTIMA DOS PACIENTES**

**INFLUENCE OF THE MAIN COMPLICATIONS BROUGHT ON BY
PROSTATE CANCER SURGERY ON PATIENTS' SELF-ESTEEM**

Luiz Henrique Ledesma Pereira¹
Laura Ferreira Rezende²

RESUMO - Objetivo: Avaliar a influência das principais complicações cirúrgicas do câncer de próstata na autoestima dos pacientes. Método: A pesquisa foi um estudo transversal controlado por placebo, com 125 homens divididos dois grupos: 65 homens submetidos a cirurgia de prostatectomia radical e 60 homens sem câncer de próstata. Utilizou-se três instrumentos validados: Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), Incontinence Severity Index (ISI) e a Escala de Autoestima de Rozenberg. Resultados: Apesar da incidência das principais complicações não serem diferentes de acordo com a abordagem cirúrgica, a autoestima dos pacientes foi significativamente menor nas cirurgias de abordagem perineal. Os índices de disfunção erétil e incontinência urinária isoladamente influenciaram negativamente na autoestima, porém não foi verificada influência na autoestima dos pacientes operados em comparação ao grupo controle. Apresentaram menor autoestima os pacientes do grupo controle com incontinência urinária. Conclusão: As principais complicações cirúrgicas dos pacientes com câncer de próstata não pioraram a autoestima dos pacientes.

Palavras-chave: Autoestima. Câncer de Próstata. Qualidade de Vida. Função Erétil. Incontinência Urinária.

¹ Mestrando. Médico Urologista CRM 110083 – SP Docente do Curso de Medicina – UNIFAE. Email: lhlpzz@hotmail.com fone: (19) 981242550 Rua Siqueira Campos 4380 , casa 571, condomínio Santa Clara

Jardim Santos Dumont – Pirassununga – SP - CEP 13631018

² Docente do curso de Medicina e do Mestrado UNIFAE, Docente do curso de Fisioterapia - UNIFAE



Artigo

ABSTRACT - Objective: To evaluate the influence of the main complications brought on by prostate cancer surgery on patients' self-esteem. Method: This was a cross-sectional research controlled by placebo, with 125 men divided into two groups: 65 men who have been submitted to a radical prostatectomy and 60 men without prostate cancer. Three valid instruments were used: International Erectile Function Index (IIFE), Incontinence Severity Index (ISI) and Rozenberg's Self-esteem Scale **Results:**. Although the incidence of the main complications is not different despite the surgical approach, patients' self-esteem was significantly lower in perineal surgeries. The erectile dysfunction and urinary incontinence rates had negative effects on their self-esteem, but no influence on operated patients was verified, with respect to the controlled group. Lower self-esteem was verified in patients from the controlled group with urinary incontinence. **Conclusion:** The main surgical complications in patients with prostate cancer did not aggravate patients' self-esteem.

KeyWords: Self-esteem. Prostate Cancer. Life Quality. Erectile Function. Urinary Incontinence.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o câncer de próstata (CaP) é o segundo mais comum entre os homens. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo oco

MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal controlado por placebo, com 125 homens atendidos em um ambulatório municipal de Urologia. Selecionou-se aleatoriamente, de acordo com a demanda e procura de atendimento urológico, 65 pacientes submetidos a



INFLUÊNCIA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA
AUTOESTIMA DOS PACIENTES

DOI: 10.29327/213319.18.3-12

Páginas 218 a 232

Artigo

cirurgia de PRA e 60 pacientes sem câncer, com distribuição semelhante quanto ao questionário de caracterização da amostra, para o grupo controle.

Foram considerados critérios de exclusão das amostras: homens que apresentem DE prévia à PRA; homens portadores de CaP tratados com radioterapia, hormonioterapia, braquiterapia, prostatectomia videolaparoscópica e prostatectomia robótica; homens com idade inferior há 49 anos, incapacidade de compreensão do questionário e homens que não concordaram com a participação na pesquisa. Foram utilizados quatro instrumentos para coleta de dados: Questionário de caracterização dos participantes, elaborado pelo pesquisador; Questões do domínio Função Erétil do Questionário do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) (GONZÁLES et al., 2013); Escala de Autoestima de Rosenberg (HUTZ, ZANON e VAZQUEZ, 2014); Incontinence Severity Index (ISI) (DRIUSSO et al., 2011).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE, sob número CAAE: 79386917.3.0000.5382.

Os resultados comparando os grupos com/sem cirurgia e a idade média foram através do teste T-Student. Foram comparados os grupos (relação estatística) entre os grupos para as covariáveis qualitativas através do teste de Qui-Quadrado.



Artigo

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a característica das amostras.

Tabela 1: Compara Grupos para Distribuição das Covariáveis Qualitativas

		Com cirurgia		Sem cirurgia		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Raça	Branca	54	83,1%	52	86,7%	106	84,8%	0,807
	Negra	5	7,7%	3	5,0%	8	6,4%	
	Parda	6	9,2%	5	8,3%	11	8,8%	
Escolaridade	Sem escolaridade	0	0,0%	3	5,0%	3	2,4%	0,139
	Fund. Incompleto	23	35,4%	22	36,7%	45	36,0%	
	Fund. Completo	21	32,3%	22	36,7%	43	34,4%	
	Médio Incompleto	2	3,1%	3	5,0%	5	4,0%	
	Médio Completo	10	15,4%	9	15,0%	19	15,2%	
	Superior Incompleto	3	4,6%	0	0,0%	3	2,4%	
	Superior Completo	6	9,2%	1	1,7%	7	5,6%	
Trabalho atual	Aposentado	50	76,9%	40	66,7%	90	72,0%	0,314
	Desempregado	3	4,6%	2	3,3%	5	4,0%	
	Trabalhando regularmente	12	18,5%	18	30,0%	30	24,0%	
Estado civil	Casado	56	86,2%	50	83,3%	106	84,8%	0,969
	Divorciado	4	6,2%	5	8,3%	9	7,2%	
	Solteiro	1	1,5%	1	1,7%	2	1,6%	
	Viúvo	4	6,2%	4	6,7%	8	6,4%	



Artigo

Parceira ou esposa	Não possui parceira ou esposa fixa	4	6,2%	8	13,3%	12	9,6%	0,068
	Não tem parceira ou esposa	4	6,2%	0	0,0%	4	3,2%	
	Parceira ou esposa fixa	57	87,7%	52	86,7%	109	87,2%	
Diabetes	Sim	5	7,7%	4	6,7%	9	7,2%	0,010
	Não	63	96,9%	50	83,3%	113	90,4%	
Hipertensão	Sim	2	3,1%	10	16,7%	12	9,6%	0,538
	Não	35	53,8%	29	48,3%	64	51,2%	
Tabagismo	Sim	30	46,2%	31	51,7%	61	48,8%	0,733
	Não	47	72,3%	45	75,0%	92	73,6%	
	Sim	18	27,7%	15	25,0%	33	26,4%	

O grupo com 65 participantes submetidos a cirurgia (PRA) apresentaram média etária de 70,0 (± 2) e os do grupo controle 63,7 ($\pm 1,7$). Não houve diferença média estatisticamente significativa em relação a idade dos pacientes submetidos a cirurgia abdominal (67,9 \pm 2,9) e perineal (70,7 \pm 2,4), ($p=0,226$).

A tabela 2 demonstra os resultados do grau de autoestima, incontinência urinária e disfunção erétil de pacientes submetidos a cirurgia.



Artigo

Tabela 2: Compara Tipos de Cirurgia.

		Abdominal		Perineal		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Grau de Autoestima	Alta	11	68,8%	12	24,5%	23	35,4%	0,005
	Média	5	31,3%	36	73,5%	41	63,1%	
	Baixa	0	0,0%	1	2,0%	1	1,5%	
Incontinência	Sem Perdas	10	62,5%	24	49,0%	34	52,3%	0,229
	Leve	2	12,5%	17	34,7%	19	29,2%	
	Moderada	0	0	0	0	0	0	
	Grave	4	25,0%	8	16,3%	12	18,5%	
	Muitograve	0	0	0	0	0	0	
Grau de Disfunção	Sem DE	3	18,8%	1	2,0%	4	6,2%	0,148
	DE Ligeira	2	12,5%	5	10,2%	7	10,8%	



Artigo

DE Lig/Mod	3	18,8%	8	16,3%	11	16,9%
DE Moderada	3	18,8%	9	18,4%	12	18,5%
DE Grave	5	31,3%	26	53,1%	31	47,7%

As tabelas 3 e 4 apresentam a relação de Autoestima com o grau de disfunção erétil e incontinência urinária.

Tabela 3: Relação de Autoestima com Grau de Disfunção Erétil.

Grau de Disfunção	Alta		Média		Baixa		Total		P-valor	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sem cirurgia	Sem DE	8	25%	2	7%	1	100%	11	18%	0,207
	DE Ligeira	11	34%	6	22%	0	0%	17	28%	
	DE Lig/Mod	7	22%	10	37%	0	0%	17	28%	
	DE Moderada	2	6%	5	19%	0	0%	7	12%	
	DE Grave	4	13%	4	15%	0	0%	8	13%	
Com cirurgia	Sem DE	4	17%	0	0%	0	0%	4	6%	0,056
	DE Ligeira	4	17%	3	7%	0	0%	7	11%	



Artigo

	DE Lig/Mod	4	17%	7	17%	0	0%	11	17%	
	DE Moderada	2	9%	9	22%	1	100%	12	18%	
	DE Grave	9	39%	22	54%	0	0%	31	48%	
	Sem DE	3	27%	0	0%			3	19%	
	DE Ligeira	2	18%	0	0%			2	13%	
Abdominal	DE Lig/Mod	2	18%	1	20%			3	19%	0,379
	DE Moderada	2	18%	1	20%			3	19%	
	DE Grave	2	18%	3	60%			5	31%	
	Sem DE	1	8%	0	0%	0	0%	1	2%	
	DE Ligeira	2	17%	3	8%	0	0%	5	10%	
Perineal	DE Lig/Mod	2	17%	6	17%	0	0%	8	16%	0,220
	DE Moderada	0	0%	8	22%	1	100%	9	18%	
	DE Grave	7	58%	19	53%	0	0%	26	53%	



Artigo

Tabela 4: Relação de Autoestima com Incontinência Urinária.

Incontinência	Alta		Média		Baixa		Total		P-valor	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sem Perdas	31	97%	25	93%	0	0%	56	93%	<0,001	
	Leve	1	3%	2	7%	0	0%	3		5%
Sem cirurgia	Moderada	0	0	0	0	0	0	0		
	Grave	0	0%	0	0%	1	100%	1		2%
	Muito grave	0	0	0	0	0	0	0		0
Com cirurgia	Sem Perdas	15	65%	19	46%	0	0%	34		52%
	Leve	4	17%	15	37%	0	0%	19		29%



Artigo

	Moderada	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Grave	4	17%	7	17%	1	100%	12	18%	
	Muito grave	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Sem Perdas	7	64%	3	60%			10	63%	
	Leve	1	9%	1	20%			2	13%	
Abdominal	Moderada	0	0	0	0			0	0	0,816
	Grave	3	27%	1	20%			4	25%	
	Muito grave	0	0	0	0			0	0	
	Sem Perdas	8	67%	16	44%	0	0%	24	49%	
	Leve	3	25%	14	39%	0	0%	17	35%	
Perineal	Moderada	0	0	0	0	0	0	0	0	0,135
	Grave	1	8%	6	17%	1	100%	8	16%	
	Muito grave	0	0	0	0	0	0	0	0	

DISCUSSÃO

Para Mottet et al. (2015), em um *guideline* da Sociedade Europeia de Urologia sobre câncer de próstata, a PRA é uma opção aceitável de tratamento, uma vez que nenhuma abordagem - abordagem aberta, laparoscópica e Robótica (grau de recomendação A) - apresentou resultados de superioridade funcionais ou oncológicos em relação a outra. Pacientes com expectativa de vida maior que 10 anos são mais beneficiados pela PRA. Nesses casos, a PRA apresenta Grau de Recomendação A para tratamento do CaP de baixo risco e de risco intermediário, com nível de evidência 1b para ambos. A PRA apresenta redução da mortalidade por CaP em seguimento até 18 anos e menor risco de metástases em idosos (MOTTET et al., 2015).



Artigo

Os dados levantados pelo *Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor* nos Estados Unidos da América, revelaram que 52% dos pacientes com CaP optaram pelo tratamento cirúrgico, 25% pela radioterapia externa, 15% pela braquiterapia e 8% por observação vigilante (COOPERBERG et al., 2004).

A localização dos feixes vasculonervosos que irrigam e inervam a próstata, tanto para ereção como o complexo esfíncteriano urinário, adjacentes à próstata torna-os um possível alvo de lesão durante a prostatectomia (15,16,17,). Uma revisão de 263 doentes submetidos a prostatectomia radical por via retropúbica avaliou complicações tardias e observou uma taxa de IU de 14% e 53% de DE (FERRONHA et al., 2009).

Um estudo transversal, com análise descritiva de 81 pacientes submetidos à prostatectomia radical, relacionou a QV com a faixa etária e tempo pós-operatório. Foi observado que 90,1% dos pacientes apresentaram disfunção erétil e 33,3% incontinência urinária. A QV apresentou altos *scores* nas escalas funcionais e global de saúde e baixos *scores* na sintomatologia, não tendo sido observado grande impacto na QV (GOULART et al., 2014).

Indivíduos com DE apresentaram comprometimento da autoestima e dos relacionamentos interpessoais, relatando menor frequência semanal de relações sexuais, maior frequência de relações extraconjugais, menor de desejo sexual e episódios mais frequentes de ejaculação rápida, sentimento de impotência e fracasso e impacto negativo na qualidade de vida (ABDO, 2006; GOMEZ et al., 2003; TOFANI, 2007).

Um estudo epidemiológico, descritivo-analítico transversal e quantitativo, desenvolvido com 156 pacientes de uma unidade de oncologia usou a Escala de Autoestima de *Rosenberg* para mensurar a autoestima. Pode-se constatar que a maior parte da amostra consiste em pacientes com autoestima alta - 70,5%; seguida de 28,2% com média e 1,3% considerados com autoestima baixa (LEITE, 2014).

Ao avaliar a autoestima de 50 pacientes com carcinomas de pele da face e do pescoço com tamanho igual ou maior à 10 mm no seu maior eixo e com diagnóstico confirmado por biópsia prévia e 50 controles da população em geral com a Escala de Autoestima de *Rosenberg*, observou-se que os pacientes com CA apresentaram menor autoestima (CARVALHO et. al., 2007).

Outro estudo teve como objetivo avaliar a autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical. Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 40 homens entre três e 50 meses



Artigo

após prostatectomia radical e o instrumento utilizado foi a Escala de Autoestima de *Rosenberg*. Apresentaram altos níveis de autoestima ($24,37 \pm 3,92$) e baixos escores de ansiedade ($4,96 \pm 3,14$) e depressão ($3,70 \pm 3,03$). Demonstrou-se que os homens apresentaram bons escores relacionados à autoestima, ansiedade e depressão (SOARES, 2014).

CONCLUSÃO

Este estudo não encontrou prejuízo para a autoestima dos pacientes, demonstrando como o conceito de autoestima difere-se do conceito de qualidade de vida, explicitando a necessidade de mensuração desse conceito. Por se tratar de um autoconceito, autoimagem, com a necessidade de um tratamento oncológico, e/ou conhecimento prévio das possíveis complicações operatórias e/ou bem-estar da expectativa de cura de um câncer, essas situações possivelmente promovem a esses indivíduos uma boa autoimagem e níveis satisfatórios da autoestima.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. et al. Disfunção Erétil – Resultados do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. Revista Associação Médica Brasileira, São Paulo, 2006, v. 52, n.6, pp. 424-429, nov./dec.

AVELAR et al. Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. Revista Ciências Médicas, Campinas, 15(1):11-20, jan./fev., 2006.

BAUER, R.M. et al. Postprostatectomy Incontinence: All About Diagnosis and Management. Europe Urology. 2009, v.55. n.2, p.322-333.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:<



Artigo

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018-v11.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2018.

CARVALHO et. al. AUTO-ESTIMA EM PACIENTES COM CARCINOMAS DE PELE. Revista Colégio Brasileiro Cirurgia. 2007; v.34, n.6, p. 361-366.

COOPERBERG, M. R, et al. The contemporary management of prostate cancer in the United States: Lessons from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor (CaPSURE), a national disease registry. The Journal of urology, 2004, v. 171, n. 4, pp. 1393-1401, Apr.

DRIUSSO,P. et al. Tradução e Validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2011, v. 33, n.4, p.182-7.

FERRONHA, F. et al. Complicações Cirúrgicas da Prostatectomia Radical. Acta Urológica, 2009, v. 26, n. 2, pp.155.

GOMEZ et al.Efectos Secundários de Los Tratamientos Del Câncer de Próstata Localizado Em La Calidad de Vida Y El Ajuste Marital. La Revista Universitas. Psychologica. Bogotá (Colombia), v. 2, n.2, p.169-186, julio-diciembre de 2003.

GONZÁLES, A. I. et al. Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for Use in Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Florianópolis, 2013, v. 101, n. 2, pp. 176-182, Aug.

GOULART., D. M. M.; MIRANZI, M. A. S.; GOULART, P. E. N. Qualidade de Vida em Pacientes submetidos à Prostatectomia Radical. Revista Eletrônica Enfermagem., 2014, v. 16, n. 3, pp. 625-634, Jul/Set.



Artigo

GUGLIOTTA, A. Qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer localizado de próstata, tratados com prostatectomia radical e radioterapia. 92 p. Tese (Doutorado em Cirurgia Médica) – Programa de Pós-Graduação em cirurgia – Faculdade de Ciências Médicas da UNCAMP, 2001.

HOYLAND, K. et al. Post-radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Reviews in Urology* 2014, v.16, n.4, p.181-188.

HUTZ, C. S; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, 2011, v. 10, n. 1, pp. 41-49, abr.

LEITE, M. A. C. Avaliação da Autoestima em Pacientes Oncológicos Submetidos ao Tratamento Quimioterápico. 121 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Enfermagem). Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2014.

LOUGHLIN, K.R; PRASAD M.M. Post-Prostatectomy Urinary Incontinence: A Confluence of 3 Factors. *Journal Urology*. 2010, v.183, n.3, p.871-877.

MOTTET, N. et al. Treatment: Radical prostatectomy. In: *Guidelines on Prostate Cancer*. European Association of Urology, 2015. Cap. 6.2, pp. 35-41.

NACCARATO, A.; PERCHON, L. Estudo do Impacto da disfunção erétil na qualidade de pacientes pós prostatectomia radical. In: *Convenção Brasil Latino América, congresso Brasileiro e encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Centro Reichiano, Foz do Iguaçu, 2004.

SOARES, G.B. Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical. 2014 – Dissertação de Mestrado – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

TOFANI, A.C.A; VAZ, C.E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, v.41, n. 2, p. 197-204, 2007.

VANDENBOS, G.R. American Psychological Association. Dictionary of Psychology, 1º edição, Artmed, 2010, p.116-120.

VÁZQUEZ, A. J; JIMÉNEZ, R; VÁZQUEZ, R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología, 2004, v. 22, n. 2, pp. 247-255, jun/oct.



INFLUÊNCIA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA
AUTOESTIMA DOS PACIENTES

DOI: [10.29327/213319.18.3-12](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-12)

Páginas 218 a 232

Artigo

EFFECTS OF WALKING ON QUALITY OF LIFE DURING
CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER

EFEITOS DA CAMINHADA NA QUALIDADE DE VIDA DURANTE A
QUIMIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA

Rebeca Garcia Rosa Ferreira¹
Laura Ferreira de Rezende²

ABSTRACT - Breast cancer is a systemic disease and a public health issue. Despite its effectiveness, chemotherapy is responsible for undesirable side-effects. To attenuate these effects, regular walking has been recommended during chemotherapy to promote patient well-being. **Objective:** To evaluate the effects of walking on myelosuppression, muscle fatigue and quality of life in women undergoing chemotherapy for postoperative treatment of breast cancer. **Method:** An experimental, prospective, longitudinal, randomized clinical trial was conducted with women undergoing adjuvant oncologic treatment in the chemotherapy cycle of the protocol for the use of antineoplastic drugs Doxorubicin and Cyclophosphamide. In the intervention group, the patients exercised for 30 minutes, walking continuously during 21 consecutive days. In the control group, women did not exercise (walk). All responded to the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) Quality of Life questionnaire and the Piper Fatigue Scale before and after the 21 days. CBC was also tested in these women. **Results:** Quality of life was perceived as significantly higher in the intervention group. In the control group,

¹ Physical therapist and teacher in the courses of Physical Therapy and Medicine. Master's Degree in Sustainable Development and Quality of Life at UNIFAE-SP. Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE). São João da Boa Vista(SP), Brasil. E-mail: rebeca@fae.br.

² Physical therapist and teacher in the courses of Physical Therapy and Medicine, and postgraduate program in Sustainable Development and Quality of Life. Postdoctoral degree by the Department of Obstetrics, Gynecology and Breast Disorders at the *Universidade Estadual Paulista* (UNESP). *Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino* (UNIFAE). São José da Boa Vista (SP), Brasil. E-mail: laura@fae.br.



Artigo

a significant worsening of muscle fatigue was observed. A higher level of monocytes was detected in the intervention group in the intergroup evaluation, as well as basophils in the intragroup evaluation. **Conclusion:** Walking avoided worsening of muscle fatigue and decreased levels of monocytes/basophils, improving quality of life in breast cancer patients, during chemotherapy.

Keywords: Walking. Breast Cancer. Muscle Fatigue. Myelosuppression. Quality of Life.

RESUMO - O câncer de mama é uma doença sistêmica e questão de saúde pública. O tratamento quimioterápico, embora eficaz, é responsável por indesejáveis efeitos colaterais. Como forma de amenizá-los, sugere-se a prática regular da caminhada, durante a quimioterapia, a fim de promover o bem-estar da paciente. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da caminhada na mielodepressão, fadiga muscular e qualidade de vida de mulheres submetidas à quimioterapia no pós-operatório de câncer de mama. **Método:** No grupo de intervenção, as pacientes realizaram caminhada por 21 dias consecutivos, durante 30 minutos contínuos. No grupo controle, elas não realizaram a caminhada. Todas responderam ao questionário de Qualidade de Vida de Avaliação Funcional de Câncer de Mama FACT-B e a escala *Piper* de Fadiga Muscular antes e após os 21 dias. Analisou-se também o hemograma dessas mulheres. **Resultados:** A percepção da qualidade de vida foi significativamente maior no grupo de intervenção. No grupo controle, observou-se uma piora relevante da fadiga muscular. Detectou-se maior valor de monócitos no grupo de intervenção na avaliação intergrupo, assim como de basófilos na avaliação intragrupos. **Conclusão:** A realização da caminhada evitou a piora dos níveis de fadiga muscular e a queda de monócitos/basófilos, e melhorou a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, durante tratamento quimioterápico.

Palavras-chave: Caminhada. Câncer de Mama. Fadiga Muscular. Mielodepressão. Qualidade de Vida.

INTRODUCTION

In 2016, 57,960 new cases of breast cancer were estimated. As early as 2018, it is expected to be 59,700, resulting in an incidence of 56.3 cases per 100,000 women (INCA,



EFFECTS OF WALKING ON QUALITY OF LIFE DURING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER

DOI: [10.29327/213319.18.3-13](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-13)

Páginas 233 a 244

Artigo

2018). Furthermore, according to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, it has been estimated that in the near future (2020), around 78 million Brazilian females will be over 20 years of age. Of these women, more than 28 million will be at risk for breast cancer. It means that 13% of the total population of the country will be composed of women older than 50 years of age. An increased awareness of the diagnosis of breast cancer is required, in addition to the procedures used in all stages of treatment (IBGE, 2008).

Chemotherapy is a form of treatment employed to combat breast cancer. Despite a satisfactory increase in efficacy, combined with attenuation of damage, the major side-effect of chemotherapy is still myelosuppression, i. e. suppression of blood cell production by the bone marrow. A decrease in bone marrow activity at different levels, increases the risks of septic shock, infections, anemia, hemorrhage and, in extreme cases, death. In general, death occurs as a result of infections caused by neutropenia (EDWARDS, 2003; schwenkglens, 2006). Another major side-effect is fatigue. The recurrence rate varies widely and 40 to 100% of patients undergoing chemotherapy experience fatigue (IRVINE, 1994; RICHARDSON, 1998). Symptoms of fatigue include reduced functional capacity and inability to interact with family and friends (CIMPRICH; SKALA, 1992). As a result, many patients suffering from myelosuppression and fatigue caused by the side effects of chemotherapy, decrease their physical activity, resulting in increased immobility, physical inability and muscle fatigue. There is also a higher probability of compromised immune system and susceptibility to infections, which taken together lead to hospitalizations. In more severe cases, death occurs, as already mentioned.

Therefore, the purpose of this research study was to analyze the effects of walking on myelosuppression and muscle fatigue during adjuvant chemotherapy for breast cancer, as well as the rate of performance of this type of exercise to enhance quality of life and general well-being in women undergoing treatment.

METHODS

This is a randomized controlled clinical trial using a quantitative approach. Research was conducted in the chemotherapy unit of the Radium Institute of São João da Boa Vista, from March to October 2015.



Artigo

Inclusion criteria were: women undergoing adjuvant chemotherapy; patients undergoing the second, third or fourth cycle of chemotherapy; and those undergoing a cycle of doxorubicin and cyclophosphamide. Exclusion criteria were: patients managed with radiotherapy or hormone therapy; those managed with a cycle of paclitaxel or FEC (fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide); women with a high-risk cardiac condition diagnosed by echocardiogram; those older than 75 years of age; those incapable of responding to questionnaires; patients with distant metastasis; and those unable to walk.

Thirty-six (36) women receiving adjuvant oncologic treatment were evaluated. All were undergoing the second, third, or fourth cycle of a chemotherapy protocol that used doxorubicin and cyclophosphamide as antineoplastic agents. Patients were divided into two groups. In one group, 18 women engaged in a walking program of low intensity on level ground, during 21 consecutive days, for 30 minutes a day, continuously. In the other group (control), the remaining 18 patients did not exercise (walk) after the proposed intervention. All responded to the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) quality of life instrument and Piper Fatigue Scale before and after 21 days. The CBC of these women was also analyzed.

The study was conducted after approval by the Research Ethics Committee, according to CAEE report nº 37420114.1.0000.5382. All women participating in the research study signed a free, written and informed consent term.

Data were analyzed by the mean, standard deviation and minimum/maximum median. Parametric statistical tests were used. The main instrument of data analysis was the ANOVA technique for a comparison between means by using the variance. Student's t-test was used to assess the difference between groups and also test whether they were equal, normal and independent. The level of significance was 0.05 (5%), constructed with 95% statistical confidence. The sample was calculated with a 95% confidence interval and a sampling error of 20%. Software used for analysis were SPSS V17, Minitab 16 and Excel Office 2010.

RESULTS

In the sample studied, age and body mass index (BMI) showed no difference between groups. The mean age of the patients was 58.2 years, with a standard deviation of 7.8. Regarding BMI, the mean was 27.9 with a standard deviation of 5.8. Of the 21



Artigo

days of exercise proposed, patients walked for a mean of 16 days (76%). In the control group, levels of fatigue worsened significantly (Figure 1), shown in behavioral domains ($p=0.008$) and fatigue/behavioral level ($p=0.008$).

The use of analgesics did not vary between groups ($p=0.735$), and 38.9% of women used analgesics, at a mean dose of 18.6 tablets/cycle, in the control group; while in the experimental group, 44.4% used analgesics at a mean dose of 14.4 tablets/cycle (p -value=0.290).

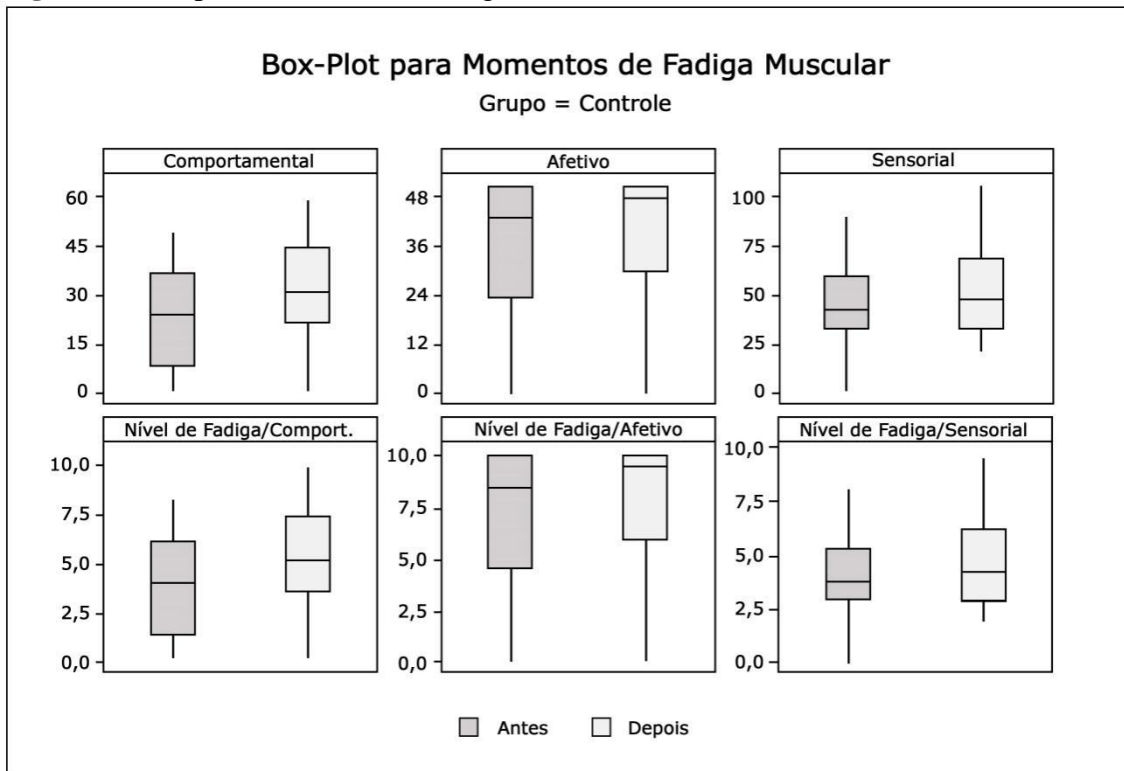
In the experimental group, a better general quality of life was observed (total FACT-B). The FACT B consists of the following domains: physical, social, emotional, functional well-being plus the breast cancer sub-scale. There was no significant difference in the domains alone. However, the total sum of rates per group, obtained at the end of the intervention or control (Figure 2), expressed that general quality of life scored higher in the experimental group ($p=0.042$).

Infectious complications or hospital admissions did not occur in any of the groups. All women underwent the next cycle of chemotherapy at an interval of 21 days. None required antibiotic therapy. Complete blood count was evaluated in women from the beginning to the end of intervention. A significant increase in monocytes occurred in the experimental group, measured after walking, with a mean of 455.2, in comparison to the control group. In contrast, it was detected that controls had decreased numbers of monocytes, with a mean of 211.6 ($p=0.004$). Regarding basophil count, it was observed that the control group had a reduced number of basophils, with the mean value ranging from 5.65 to 5.17 between the initial and final period of the experiment, with a p -value <0.001 in the intragroup evaluation (Table 1). There was a significant difference in the remaining blood elements measured.



Artigo

Figure 1: Comparative of muscle fatigue dimensions



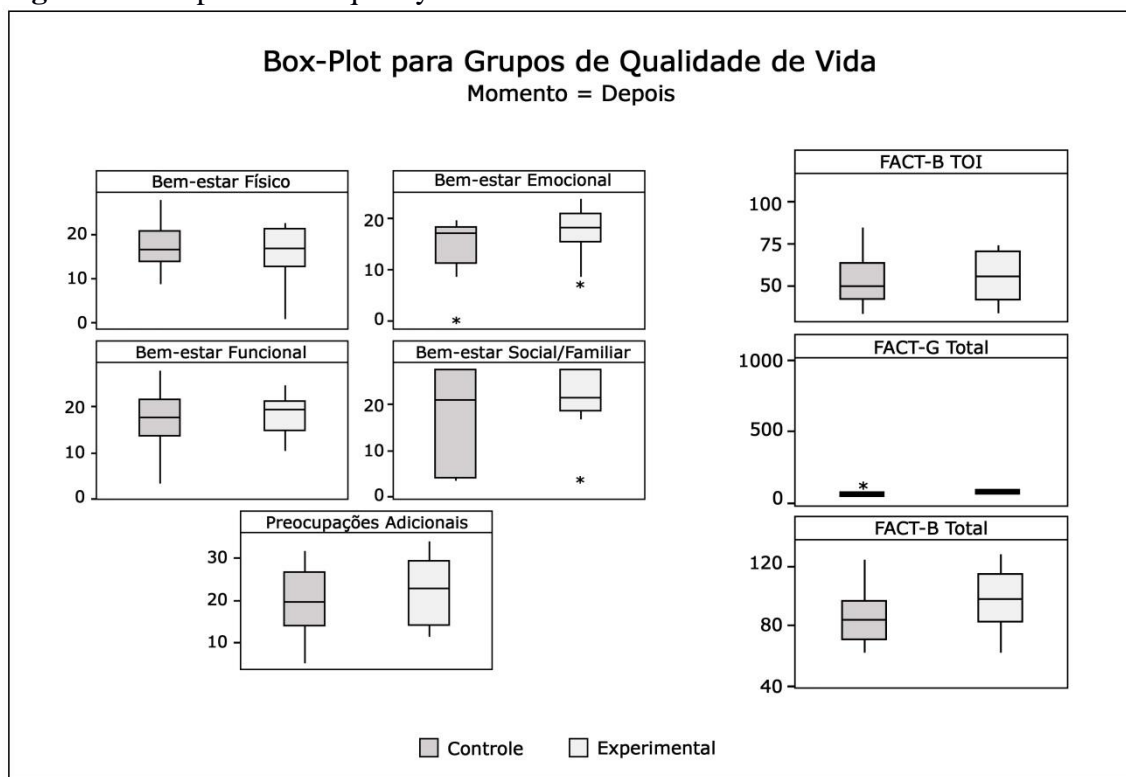
Fonte: elaboração própria

Box-plot for time points of muscle fatigue; Group=Control; Behavioral—Level of fatigue/Behavioral; Affective—Level of fatigue/Affective; Sensorial-Level of fatigue/Sensorial.



Artigo

Figure 2: Comparative of quality of life domain



Fonte: elaboração própria

Box-plot for quality of life groups; Time period=after; Physical well-being, functional well-being, emotional well-being, social/family well-being, additional concerns; Control; Experimental.



Artigo

Table 1: Intragroup comparison between monocytes and basophils

CBC			Mean	Median	Standard Deviation	CV	Min	Max	N	CI	P-value
Monocytes	Experimental	Before	365.2	314	227.9	62%	61	968	18	105.3	0.563
		After	455.2	452.5	235.8	52%	68	1001	18	108.9	
	Control	Before	232.2	109	242	104%	12	798	17	115	0.672
		After	211.6	121.5	234.3	111%	4.1	769	18	108.2	
Basophil	Experimental	Before	8.83	0	31.39	355%	0	132	18	14.5	0.722
		After	5.33	0	20.27	380%	0	86	18	9.36	
	Control	Before	5.65	0	12.45	220%	0	37	17	5.92	<0.001
		After	5.17	0	12.41	240%	0	37	18	5.73	

Fonte: elaboração própria

CV=coefficient of variation; Min= minimum value found in the sample; Max= maximum value found in the sample; N= number studied; CI= confidence interval; p-value= result of each comparison.

DISCUSSION

Quality of life was perceived as significantly higher in the experimental group. Despite undergoing one more cycle of chemotherapy, women in the experimental group did not experience worse muscle fatigue. In contrast, in the control group, muscle fatigue worsened significantly, indicated by the behavioral domains and levels of fatigue. An increased number of monocytes was observed in the intervention group in the intergroup evaluation, as well as basophils in the intragroup evaluation, suggesting that the level of



Artigo

these defense elements did not decrease in intervention group patients, in contrast to controls.

This study showed relevant results, since muscle fatigue may exert a negative impact on a patient's QOL. Walking is a viable option for keeping complaints under control. Exercise of prolonged duration and low intensity can increase the number of mitochondria and vascularity of the muscles, and reduce the level of muscle fatigue (GROSSER, 2000).

Another study of breast cancer patients undergoing chemotherapy, detected that women who performed physical activity of moderate intensity for 15 to 30 minutes a day, four times a week, during eight weeks, suffered from less severe fatigue. In addition, levels of fatigue diminished at each chemotherapy cycle, when compared to women who did not exercise (SCHWARTZ, 2000).

Similarly, assessment of the levels of fatigue and quality of life in 52 women (MOCK, 2001) in a home walking program, confirmed that those engaged in at least 90 minutes of physical activity a week, during three or more days a week, reported feeling less fatigue and a better quality of life than women who exercised a shorter amount of time. Another study also aimed at investigating the effects of exercise on levels of fatigue during breast cancer treatment, assessed 119 women who participated in a home walking program. It was observed that participants in the exercise program had reduced levels of muscle fatigue during treatment ($p=0.03$). This result was similar to findings in the current study. The group of women who walked did not perceive a worse muscle fatigue, despite undergoing one more cycle of chemotherapy, and reported an improved quality of life (MOCK, 2004).

The mechanisms that modulate the immune response to exercise may be stimulated by hormone groups, with the release of catecholamines and cortisol, or by metabolic and mechanical groups that involve glutamine (CURI, 1999). The results obtained in this study reinforce the observation that walking may modulate the immune response, since the numbers of monocytes in the intervention group (intergroup assessment) and basophils (intragroup assessment) did not worsen significantly.

The number of white blood cells increased during high-intensity exercise. Thirty minutes after the end of physical activity, a fall in leukocyte value was observed due to the secretion of catecholamines and cortisol, increasing the density of β 2-adrenergic receptors. In this study, results corroborated findings of those authors. Both groups of women did not show any increase in the number of leukocytes, probably due to the form



Artigo

of exercise done. Walking is considered a low-intensity activity (KHAN, 1986; MAISEL, 1990).

Lymphocytes also increase according to the intensity and duration of exercise. exercise (BROADBENT, 2006). Therefore, high-intensity exercise of long duration induces an immediate increase in the number of lymphocytes, which disappears shortly after. Those findings support the results of this study, in which lymphocyte count did not increase in the intervention group, most likely due to the low intensity and short duration of exercise (SANTOS, 2007).

Walking is considered an exercise of low to moderate intensity. It is associated with fewer episodes of infection, due to improved neutrophil and monocyte function. The results of this study strengthen this physiological response to walking in women undergoing chemotherapy, shown by increased numbers of monocytes and basophils in the experimental group (NIEMAN, 1997).

This research, therefore, confirms scientific evidence that physical activity is highly beneficial to alleviate the side-effects produced by chemotherapy. Exercise improves well-being in patients undergoing breast cancer treatment. Walking should be emphasized, recommended and indicated in healthcare networks. This form of exercise is efficient, accessible and free of charge. It improves quality of life and is completely feasible for the majority of patients.

CONCLUSION

Walking has positive effects on the health of women undergoing adjuvant chemotherapy for breast cancer treatment. In this research, it was observed that physical activity helped decrease muscle fatigue and improved quality of life. Furthermore, it also resulted in improved immune function. Therefore, walking is recommended to reduce the side-effects of chemotherapy and promote patient well-being.

REFERENCES

BROADBENT S, GASS G. Effects of endurance training on intracellular calcium concentration in T lymphocytes. *Eur J Appl Physiol* 698 (3): 242-249, 2006.



EFFECTS OF WALKING ON QUALITY OF LIFE DURING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER

DOI: [10.29327/213319.18.3-13](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-13)

Páginas 233 a 244

Artigo

CIMPRICH B. Attentional fatigue following breast cancer surgery. **Nursing and Health Res**; 15: 199-207, 1992.

CURI R, P NEWSHOLME, PITHON-CURI TC, PIRES-DE-MELO M, GARCIA C, MAN OF BITTENCOURT JR. IP, ARP GUIMARÃES. Metabolic fate of glutamine in lymphocytes, macrophages and neutrophils. **Braz J Med Biol Res** 32: 15 to 21, 1999.

EDWARDS S. J. Prevention and treatment of adverse effects related to chemotherapy for recurrent ovarian cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Oxford; v. 19, p. 19-39, 2003.

GROSSER M, P BRUGGEMANN, ZINTL F. Alto rendimento deportivo. Planificación y desarrollo. Barcelona: **Martinez Roca S.A**, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. **IBGE**: Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2018.

IRVINE D, VICENT L, GRAYDON JE, BUBELA N, THOMPSON L. The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. **Cancer Nursing**; 17: 367-378, 1994.

KHAN MM, SAMSONI P, SILVERMAN ED. Beta-adrenergic receptors on human suppressant, helper, and cytolytic lymphocytes. **Biochem Pharmacol**; 35: 1137-42, 1986.

MAISEL AS, HARRIS T, REARDEN CA. b-adrenergic receptors in lymphocyte subsets after exercise: alterations in normal individuals and patients with congestive heart failure. **Circulation**, 82: 2003 – 2010, 1990.

MOCK V, FRANGAKIS C, DAVIDSON NE, ROPKA ME, M PICKETT, PONIATOWSKI B, STEWART KJ, CAMERON L, K ZAWACKI, PODEWILS LJ, COHEN G, MC CORKLE R. Exercise manages fatigue during treatment of breast cancer: a randomized controlled trial. **Psychooncol** 14: 464-477, 2004.



Artigo

MOCK V, M PICKETT, ROPKA ME, IN LIN, KJ STEWART, RHODER VA, MCCLARKE R. Fatigue and quality of life: outcomes of exercise during cancer treatment. **Practice Cancer**; 9: 119-127, 2001.

NIEMAN, DC. Exercise immunology: practical applications. **Int J Sports Med**, 18: S91-100, 1997.

RICHARDSON, REAM AND WILSON-BARNETT J. Fatigue in patients receiving chemotherapy: Patterns of changes. **Nursing Cancer** 21: 17-30, 1998.

SANTOS RV, CAPERUTO EC, COSTA ROSE LF. Effects of acute exhaustive physical exercise upon glutamine metabolism of lymphocytes from trained rats. **Life Sci** 80 (96): 573-578, 2007.

SCHWARTZ AL. Daily fatigue patterns and effect of exercise in women with breast cancer. **Cancer Practice**, 8 (1): 16-24, 2000.

SCHWENKLENKS M. et al. Neutropenic event risk and impaired chemotherapy delivery in six European audits of breast cancer treatment. **Supportive Care in Cancer**, Berlin; v. 14, p. 901-909, 2006.

SKALA KA, LACASSE C. Patient education is fatigue. **Oncol were Nursing**; 19: 1537-1539, 1992.



Artigo

PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

BIOCHEMICAL AND IMMUNOLOGICAL PROFILE OF ELDERLY WOMEN PRACTICING DIFFERENT MODALITIES OF EXERCISE IN A HEALTH PROMOTION PROJECT

David Michel de Oliveira¹

Daniel dos Santos²

Daniel Cortes Beretta³

Eliane Aparecida de Castro⁴

Markus Vinícius Campos Souza⁵

Cléria Maria Lobo Bittar⁶

RESUMO - Este estudo transversal objetivou comparar o perfil bioquímico e imunológico de dois grupos de idosas praticantes de atividades físicas em projeto de extensão de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. Dezoito idosas ($63,7 \pm 4,8$ anos) foram divididas em grupo hidroginástica (GH; $n= 10$) e grupo musculação (GM; $n = 8$). Após oito semanas de exposição ao treinamento, foram dosados o perfil bioquímico: glicemia de jejum, triacilglicerol, colesterol total e frações e leucograma. Estatística descritiva e teste *t-Student* foram utilizados. Com exceção do colesterol total, onde o GH apresentou valores significativamente mais baixos ($193,2 \pm 28,9$ mg/dL) que o GM

¹ Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca (UNIFRAN)

² Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca (UNIFRAN)

³ LFE Research Group, Departamento de Salud y Rendimiento Humano, Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Universidad Politécnica de Madrid (UPM)

⁴ Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca (UNIFRAN)

Endereço Institucional: Sala da Promoção de Saúde. Avenida Dr. Armando Sales Oliveira, 201, Parque Universitário, Franca, São Paulo, 14404-600. Endereço Residencial: Rua dos Pracinhos, 2000, apto 01, Residencial Paraíso, Franca, São Paulo, 14403-160. Telefone de contato: (16)3711-8728 / (16)98226-3888 Email: elianeaparecidacastro@gmail.com

⁵ Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

⁶ Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca (UNIFRAN)



Artigo

($225,4 \pm 32,4$ mg/dL; $p \leq 0,05$), não foram observadas diferenças estatísticas para o perfil lipídico entre os grupos. Em média, as idosas do GH apresentaram níveis acima do normal de glicemia de jejum e mais elevados ($106,2 \pm 27,8$ mg/dL), embora não significativamente, que as praticantes de musculação ($93,9 \pm 8,6$ mg/dL). Não foram encontradas diferenças significativas no número de leucócitos totais, neutrófilos, segmentados, linfócitos e monócitos entre os grupos estudados, com ambos grupos apresentando valores dentro da normalidade para esses parâmetros. Pode-se inferir que para idosas com resistência à insulina ou diabetes o treinamento de musculação poderia ser o mais apropriado e; em se tratando de idosas com dislipidemias, a hidroginástica poderia oferecer melhores resultados relacionados ao perfil lipídico. Já no combate à imunossenescência, ambas atividades poderiam reduzir as chances de surgimento de doenças infecciosas, muito comuns no envelhecimento. É evidente a importância de projetos com a vertente no campo da promoção da saúde que contribuam, de forma significativa, para a adoção de um estilo de vida saudável na velhice e possibilite uma visão multidisciplinar do profissional de saúde sobre o ser humano longo.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Atividade Física. Hidroginástica. Musculação. Treinamento.

ABSTRACT - This cross-sectional study aimed to compare the biochemical and immunological profile of two groups of elderly women practicing physical activities in a project of a University Open to the Third Age. Eighteen elderly women (63.7 ± 4.8 years) were divided into water exercise group (WG; $n = 10$) and resistance exercise group (RG; $n = 8$). After eight weeks of exposure to the training, the biochemical profile was measured: fasting glycemia, triacylglycerol, total cholesterol and fractions and leukogram. Descriptive statistics and Student's t-test were used. Except for total cholesterol, where WG presented significantly lower values (193.2 ± 28.9 mg / dL) than RG (225.4 ± 32.4 mg / dL, $p \leq 0.05$), no statistical differences were observed for the lipid profile between the groups. On average, WG elderly women presented higher than normal levels of fasting glycemia (106.2 ± 27.8 mg / dL), and also higher, although not significantly, that RG (93.9 ± 8.6 mg / dL). No significant differences were found in the number of total leukocytes, neutrophils, segmented, lymphocytes and monocytes between the groups studied, with both presenting values within normality for these parameters. It



Artigo

can be inferred that for elderly women with insulin resistance or diabetes, resistance training could be the most appropriate and; in the case of elderly women with dyslipidemias, water exercise could offer better results related to the lipid profile. Regarding immunosenescence, both activities could reduce the possibilities of infectious diseases, very common in aging. It is evident the importance of projects in the field of health promotion that contribute significantly to the adoption of a healthy lifestyle in older people and allows a multidisciplinary view of the health professional about the human longevity.

Keywords: Aging. Physical Activity. Water Exercise. Resistance Exercis. Training.

INTRODUÇÃO

O rápido processo de envelhecimento populacional no mundo e no Brasil, tem imposto uma série de desafios a todos os setores das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, previdência e acessibilidade urbana entre outros – cujos direitos básicos associados a estes diferentes setores sejam garantidos para um envelhecimento sadio, digno e com qualidade de vida. Também para a sociedade como um todo, torna-se um desafio lidar com as demandas de uma população envelhecida, o que implica em reorganização dos arranjos familiares e dos espaços domésticos, além de implicar em mudanças no perfil dos profissionais, exigindo constante capacitação destes para atuarem junto a este segmento da população (MELLO et al., 2010; MELO et al., 2014; FERREIRA, 2017).

No decênio 2005-2015 a população idosa no Brasil passou de 9,8% para 14,3% (IBGE, 2017). Em artigo escrito por Carvalho & Garcia (2003), os autores apontaram que o contingente populacional do país em 2020 seria superior a 30 milhões de pessoas, o que nos colocaria na sexta posição dos países com maior população idosa. O declínio das taxas de natalidade, o maior controle sobre as doenças infectocontagiosas, e o desenvolvimento da tecnologia, que garantiu melhores recursos e acesso à saúde, aos medicamentos, saneamento básico, alimentos, dentre outros fatores; são os responsáveis pelo aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, pelo avanço do envelhecimento no país (CAMARANO & KANSO 2009; ROSA et al., 2013).



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

O envelhecimento populacional acarretou uma transição epidemiológica – das doenças contagiosas às doenças crônico-degenerativas, típicas do processo de envelhecimento, o que significa pensar em ações e políticas que atendam à tipicidade das demandas deste grupo. Destaca-se aqui a situação das mulheres que, apesar de viverem mais que os homens, trazem nos corpos os reflexos da deterioração acarretada pelo processo de envelhecimento, o que lhes compromete a saúde, bem-estar e qualidade de vida (PARAHYBA, 2006; ALMEIDA et al., 2015).

Diante desta realidade é mister investir em ações e programas que visem promover a saúde, entendendo-a em seu conceito mais ampliado, como sendo o resultado de diferentes condições (alimentação, habitação, educação, emprego, lazer e acesso aos serviços de saúde, entre outras) (BRASIL, 1986). Há de se propor ações e programas que possam garantir aos idosos, bem-estar, qualidade de vida e melhora nas condições físicas e psíquicas, além de estimular a autoestima e a inserção/integração social.

As ações direcionadas aos idosos que têm apresentado melhores indicadores de resultados na saúde, têm se prevaído da contribuição interdisciplinar e multidisciplinar dos profissionais, na promoção de ações que proponham as condições desejáveis à saúde (MENDES et al., 2014; GONÇALVES et al., 2017). Dentre estas se destacam os programas ou projetos de extensão conhecidos como ‘universidades abertas para a terceira idade’ (UNATI), oferecidos por algumas instituições de ensino superior de diversos municípios brasileiros.

As UNATI oferecem para as pessoas acima de 60 anos, diversas atividades tais como: aulas de dança, teatro, idiomas, artesanato, exercícios físicos (ginástica, hidroginástica e outras modalidades), além de aulas na graduação de temas do seu interesse. Os objetivos principais destas universidades são erradicar os estereótipos e os preconceitos social e culturalmente construídos a respeito do idoso/envelhecimento, buscando promover a autonomia, resgatar a autoestima, e inserir o idoso em um contexto social que expanda seus relacionamentos, alargando seu círculo social (PALMA, 2000; ELTZ et al., 2014).

As universidades abertas para a terceira idade (UNATI) - que também podem ter outras denominações de acordo com a instituição de ensino ao qual estão ligadas, também oferecem palestras e orientação nas áreas da saúde, jurídica, nutricional, psicológica entre outros. As ações são pensadas tendo como princípio a inserção do idoso no âmbito acadêmico na construção de novos saberes, ampliando seu círculo social e de atividades,



Artigo

o que reflete, sem dúvida alguma, em seu bem-estar e qualidade de vida (COSTA et al., 2013; PATROCINIO & PEREIRA, 2013; TONI, 2014).

Em que pese o fato da importância destas atividades de cunho acadêmico e social, para um envelhecimento saudável é imprescindível que as pessoas mantenham o hábito de se exercitarem. Na população idosa devem-se enfatizar os exercícios aeróbicos e rítmicos, que trabalhem os grandes grupos musculares, como caminhar, nadar, andar de bicicleta entre outros, bem como o trabalho com peso e resistência, porque além de aumentar a massa magra e conteúdo mineral ósseo, diminui a massa corporal, promove melhor flexibilidade e força (ELIAS et al., 2012; FONSECA et al., 2014).

Diversos estudos têm demonstrado a importância dos exercícios físicos para os idosos, tanto pelos benefícios da atividade em si, como pelo aspecto do bem-estar que a participação e a pertença grupal têm proporcionado aos idosos, sendo que os exercícios físicos são de longe, o tipo de atividade que basicamente está presente na maioria de projetos como as universidades abertas para a terceira idade (UNATI) (COSTA et al., 2012; FONSECA et al., 2014; BEZERRA et al., 2016; FARINATTI, 2016; RODRIGUES & FERNANDES, 2017).

As UNATI quanto ao seu público, repetem a tendência encontrada na população em geral, ou seja, a maioria dos participantes é mulher, conforme apontam grande parte dos estudos (TEIXEIRA-JÚNIOR et al., 2011; OLIVEIROS & SANTOS, 2014; BRAZ et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; PEIXOTO et al., 2017). Portanto os exercícios físicos propostas devem considerar não somente a questão da idade, mas a condição de sexo, sabendo-se das perdas funcionais que acometem as mulheres nesta faixa etária são mais comunicadas, tanto devido à diferença nas doenças associadas aos dois sexos, como por fatores comportamentais que fazem com que as mulheres busquem mais os serviços de saúde, conforme assinalam Parahyba e Simões (2006).

Dentre as modalidades mais praticadas nas universidades abertas para a terceira idade (UNATI) estão a hidroginástica e a musculação (MEDEIROS et al., 2014a; CARVALHO et al., 2017) e ambas têm se destacado como atividades que primam pela melhora da aptidão física, aumento da capacidade cardiorrespiratória, equilíbrio postural com acentuada diminuição nas quedas tão frequentes entre os idosos (VAGETTI & OLIVEIRA, 2003; GUIMARÃES et al., 2004).

A musculação vem ganhando notoriedade no meio científico e popularidade aumentada entre os idosos devido aos inúmeros benefícios físicos e psicológicos advindos da modalidade (STRASSBURGER et al., 2013; PAULA et al., 2014). Já no caso da



Artigo

hidroginástica, as lesões são praticamente inexistentes e ainda há relato de melhoras na flexibilidade, qualidade do sono e produtividade (ELIAS et al., 2012; SIMÕES et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2016a; TEIXEIRA et al., 2016b).

Apesar dos inúmeros benefícios comprovados para ambas modalidades (TEIXEIRA et al., 2016b; ROCHA et al., 2009), quando se trata de alterações no perfil bioquímico os estudos não são muito congruentes com respeito às duas modalidades. Para melhoras no metabolismo lipídico alguns indicam que a hidroginástica poderia ser eficaz (KASPRZAK & PILACZYŃSKA-SZCZEŚNIAK, 2014; RIBAS et al., 2017) enquanto outros apontam a musculação como um treinamento extremamente valioso para o metabolismo da glicose (RIBEIRO et al., 2015; TOMELERI et al., 2016). Os estudos envolvendo análises do perfil imunológico são mais escassos (SANTOS & SANTOS, 2010; BERTÉ et al., 2011; ARAUJO, 2015; ANJOS et al., 2016) e conhecer a implicação de diferentes tipos de exercícios nas parâmetros imunológicos é de extrema importância para o indivíduo idoso, visto que o sistema imunológico se encontra debilitado nessa fase da vida, traduzindo-se por um aumento da susceptibilidade a doenças infecciosas, neoplásicas e autoimunes (MULLER & PAWELEC, 2014; SIMPSON & BOSCH, 2014).

Considerando os declínios fisiológicos durante o envelhecimento e os possíveis benefícios dessas modalidades na vida dos idosos, torna-se importante investigar seus efeitos na qualidade de vida e saúde dessa população, comparando seus resultados com o intuito de possibilitar um melhor direcionamento dessa população a uma atividade específica. Desta forma, este estudo teve por objetivo verificar e comparar o efeito de oito semanas de um programa de treinamento em hidroginástica ou musculação no perfil bioquímico e imunológico de idosas participantes em um projeto de extensão de uma Universidade Aberta à Terceira Idade.

MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (protocolo nº 0077/10). O estudo descritivo transversal foi realizado com mulheres participantes do projeto de extensão do Centro Universitário de Patos de Minas intitulado: “UNIPAM Sênior”. O contato e convite às idosas para participação na pesquisa foi feito por meio de reunião coletiva onde os pesquisadores apresentaram os objetivos, o protocolo experimental com todos os testes envolvidos na coleta dos dados,



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

confidencialidade e anonimato. Das 40 idosas convidadas, 28 aceitaram participar voluntariamente e 18 atenderam os critérios de elegibilidade e foram selecionadas para a pesquisa.

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: ausência de doenças metabólicas diagnosticadas ou baixa imunidade, não utilização de qualquer tipo de medicamento que interferisse em parâmetros bioquímicos e/ou leucograma, idade igual ou superior a 60 anos, ausência de limitações para avaliações laboratoriais e realização exclusiva das atividades físicas de musculação e hidroginástica ofertadas no projeto UNIPAM Sênior. O projeto UNIPAM Sênior iniciou suas atividades em 2007 e tem como objetivos a integralidade humana e a promoção da saúde de pessoas idosas. No projeto são oferecidas diversas atividades físicas como ginástica sênior, hidroginástica, musculação, Pilates®, *tai chi chuan*, Zumba gold® e yoga. A maior adesão foi observada nas aulas de hidroginástica e musculação. Das 18 idosas selecionadas, oito praticavam hidroginástica e 10 eram praticantes de musculação.

As sessões de hidroginástica eram realizadas sempre no período vespertino, em piscina coberta semiolímpica medindo 25 metros de comprimento por 12,5 metros de largura, profundidade variando de 1,4 a 1,6 metros, com água clorada a temperatura aproximada de ~27° C. As aulas constavam de três partes: parte inicial, em meio aquático, imersão até a altura do tronco, com movimentos articulares e alongamento geral em todas as articulações durante 10 minutos para aquecimento e sem equipamentos; parte principal, realização de corridas estacionárias e movimentos de esqui (sem equipamentos), sequenciados a exercícios coreografados, coordenando membros superiores e inferiores utilizando equipamentos específicos (halter aquático e macarrão) e a resistência da água durante 40 minutos; e, por último, uma volta à calma ou relaxamento, com realização de pernadas, com apoio das mãos na borda e exercícios respiratórios cadenciados com alongamento compensatório para todos os grupos musculares, perdurando 10 minutos, e totalizando 60 minutos de aula.

O programa de musculação foi realizado em academia de ginástica, climatizada com frequência mínima de duas vezes por semana. Em cada sessão realizavam-se exercícios com alternância entre os grupos musculares: seis exercícios para grandes grupos e quatro para pequenos grupos, utilizando aparelhos e pesos livres, com cargas progressivas e execução de 10 exercícios, divididos em duas séries, com 12 repetições e um minuto de intervalo entre as séries e os exercícios. No início das sessões foram realizados 10 minutos de aquecimento progressivo em esteira ou bicicleta estacionária e,



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

ao final das atividades, exercícios de alongamento compensatório para os grupos de músculos trabalhados naquela sessão. No total cada sessão tinha duração de 60 minutos.

A duração do treinamento (tanto hidroginástica quanto musculação) foi de oito semanas, totalizando 16 sessões de exercício físico. Houve supervisão de estagiários e professores de Educação Física durante todas as sessões. Vinte e quatro horas após esse período foram coletados os dados antropométricos e o perfil bioquímico e imunológico das idosas.

Avaliação Bioquímica

As coletas sanguíneas foram realizadas e examinadas no laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas do Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM, dentro de todos os procedimentos de biossegurança. Para realização dos exames clínicos as idosas ficaram 12 horas em jejum alimentar.

Foram dosados os parâmetros bioquímicos de glicemia de jejum, triacilgliceróis (TG), colesterol total e subfrações. Para determinação de glicose plasmática de jejum foram utilizados os valores de referências das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), enquanto a classificação do triacilglicerol, colesterol total, LDL-colesterol e HDL-colesterol foram utilizados os valores de referência lipídica estabelecidos pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013).

Na avaliação imunológica, dosaram-se as concentrações de leucócitos, neutrófilos, segmentados, linfócitos e monócitos e na comparação dos resultados, foram utilizados os valores de referência de Santos (2013). Os leucócitos totais e suas subclasses foram analisados em triplicata usando-se um analisador hematológico automatizado (Horiba ABX, São Paulo, SP, Brasil).

Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico foi realizado no *software Action*[®] versão 2.9. Os dados descritivos foram apresentados com valores de média e desvio-padrão. Após confirmação da normalidade dos dados pelo teste de Shapiro-Wilk, o teste *t-Student* foi aplicado para verificação de possíveis diferenças entre os grupos. Considerou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: 10.29327/213319.18.3-14

Páginas 245 a 270

Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

As idades não diferiram entre os dois grupos (GH: $63,7 \pm 3,8$ anos, GM: $63,6 \pm 6,1$ anos; $p = 0,98$). Na Tabela 1 são apresentados resultados do perfil bioquímico (glicemia e lipidograma) dos dois grupos de treinamento. Com exceção as subfrações de colesterol total, onde o grupo de hidroginástica apresentou valores significativamente mais baixos que o grupo de musculação ($p \leq 0,05$), não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos.



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES
DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

Tabela 1. Comparação do perfil bioquímico de idosas praticantes de hidroginástica e musculação.

	GH (n=10)	GM (n=8)	p-valor
Glicemia de jejum (mg/dL)			0,25
Normal < 100	-	93,9±8,6	
Intolerância ≥ 100<126	106,2±27,8	-	
Diabetes ≥ 126	-	-	
Triacilgliceróis (mg/dL)			0,17
Ótimo < 150	114,5±20,7	149,9±74,7	
Limítrofe 150 a 200,9	-	-	
Alto 201 a 499,9	-	-	
Muito alto ≥ 500	-	-	
Colesterol total (mg/dL)			0,04*
Desejável < 200	193,2±28,9	-	
Limítrofe 200 a 239	-	225,4±32,4	
Alto ≥ 240	-	-	
LDL-colesterol (mg/dL)			0,32
Ótimo < 100	-	-	
Desejável 100 a 129	-	-	
Limítrofe 130 a 159,9	129,7±26,3	144,1±33,8	
Alto 160 a 189,9	-	-	
Muito alto ≥ 190	-	-	
HDL-colesterol (mg/dL)			0,09
Baixo < 50	40,1±5,4	-	
Normal 50 a 60	-	51,0±15,2	
Desejável > 60	-	-	



Artigo

GH: grupo hidroginástica; GM: grupo musculação; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade. Valores expressos em média \pm desvio padrão. * $p < 0,05$.

A Figura 1 apresenta as classificações dos parâmetros bioquímicos segundo as referências utilizadas. Para a glicemia de jejum a maioria das participantes apresentaram valores considerados normais (<100 mg/dL); contudo, um terço delas exibiram intolerância à insulina ($\geq 100 < 126$ mg/dL). No exame de lipidograma mais de 80% das idosas apresentaram subfrações de TG consideradas desejáveis (<150 mg/dL) e apenas uma participante apresentou valores classificados como alto (200-499 mg/dL). Com relação ao colesterol total, quase a metade das participantes se encontravam no grupo limítrofe (200-239 mg/dL) e três idosas apresentaram valores considerados altos (≥ 240 mg/dL). Quando as subfrações do colesterol foram analisadas tivemos mais de 50% das participantes em níveis limítrofes, altos ou muito altos para LDL-colesterol e menos de 30% delas apresentaram valores adequados para HDL-colesterol.

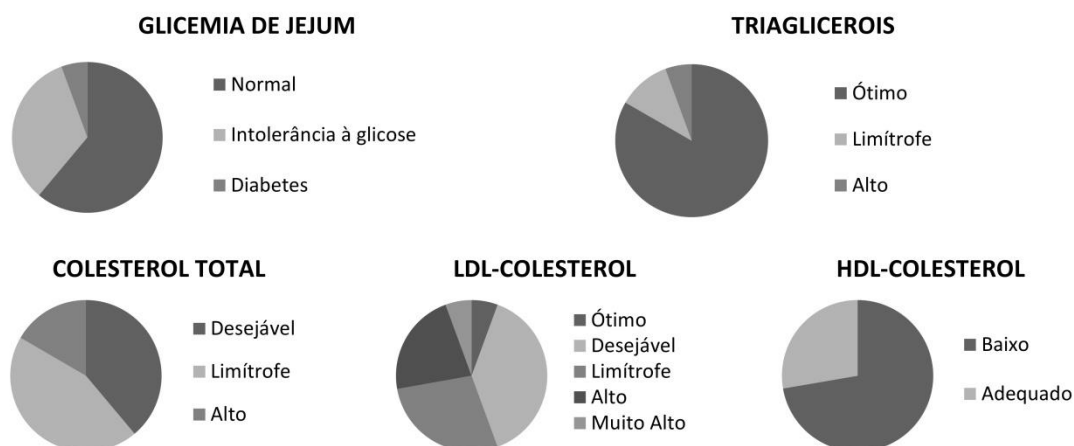


Figura 1. Classificação dos valores para glicose de jejum, triacilglicerois, colesterol total, LDL-colesterol e HDL-colesterol de idosas praticantes de hidroginástica e musculação. LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade.



Artigo

Não foram encontradas diferenças significativas no número de leucócitos totais, neutrófilos, segmentados, linfócitos e monócitos entre os grupos estudados, com ambos grupos apresentando valores dentro da normalidade para todos os parâmetros imunológicos investigados (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação do perfil imunológico de idosas praticantes de hidroginástica e musculação.

	Valores de referência	GH (n=10)	GM (n=8)	p-valor
Leucócitos (mm ³)	4000-11000	5710±1874	6500±1564	0,35
Neutrófilos (mm ³)	2000-7000	4553±2794	3451±1133	0,31
Segmentados (mm ³)	2000-7260	4502±2795	3355±1100	0,29
Linfócitos (mm ³)	800-4400	2332±378	2488±521	0,47
Monócitos (mm ³)	120-770	272±173	296±87	0,71

GH: grupo hidroginástica; GM: grupo musculação. Valores expressos em média ± desvio padrão. * $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

A participação feminina em projetos ou grupos de convivência para terceira idade tem sido superior à masculina, sugerindo um comportamento mais comprometido no autocuidado e inclusão na vida social da mulher idosa comparado ao idoso. A baixa adesão do sexo masculino em projetos de convivência pode ser explicada por questões culturais como o machismo e o preconceito (MEDEIROS et al., 2014b).

A prática de exercício físico é influenciada por variáveis como: o incentivo familiar à atividade física, a metodologia proposta, as atitudes positivas durante as aulas, o ambiente social e a forma positiva de vivenciar o envelhecimento (AMORIM et al., 2014). Observa-se que a interação entre os ambientes sociais, familiares e esportivos são fatores determinantes para o enfrentamento do sedentarismo e o início da prática esportiva para idosos. No projeto UNIPAM Sênior houve o cuidado e atenção com os ambientes e a interação recreativa para fosse oferecido às idosas, além da prática esportiva, um



Artigo

entorno recreativo e social. Essa proposta visou aumentar a adesão ao programa, pela modificação do estilo de vida e bem-estar das idosas.

Sobre a escolha espontânea das modalidades de atividade física realizada pelas idosas, diversos fatores influenciam na sua seleção e adoção. Zawadski & Vagetti (2007) identificaram a manutenção da saúde, indicação médica e interação social como os três principais motivos que levaram 24 mulheres idosas acima de 60 anos a praticarem musculação. Em um projeto de extensão em instituição de ensino superior no Rio Grande do Sul, a busca da hidroginástica como forma de exercitação de 137 idosos, com idade superior a 60 anos, foi escolhida como manutenção da condição saudável (84%), por fatores sociais (59%), pela melhora de capacidades físicas (44%) e por recomendações médicas (38%) (TEIXEIRA et al., 2009). Em outro estudo com 70 idosas participantes de projeto de promoção da saúde realizado em Brasília-DF, mostrou que a musculação e a hidroginástica eram as atividades mais praticadas, 24% e 17% respectivamente, perdendo somente para a caminhada, que alcançava 27% de participação (VALDUGA et al., 2013).

A hidroginástica é considerada uma atividade física moderada que tem como via de produção de energia o metabolismo aeróbio, que utiliza glicose e lipídeos como substratos energéticos (KASPRZAK & PILACZYŃSKA-SZCZEŚNIAK, 2014). Ribas et al. (2017) examinaram o perfil metabólico (glicose e triacilglicerol) de 24 idosas com idade de $67,1 \pm 5,9$ anos praticantes de hidroginástica da cidade de Curitiba-PR. As idosas realizavam duas ou três sessões por semana com duração de 45 minutos cada (os autores não mencionaram o controle da intensidade do esforço ou detalhes das sessões de treinamento) e a metade delas apresentaram níveis elevados para a glicose em jejum; no entanto os valores para triacilglicerois eram considerados ótimos para 54,2% das participantes. Embora praticassem atividade física regular, houve uma alta porcentagem de idosas com valores de glicose acima do recomendado, considerado fator de risco para surgimento do diabetes tipo 2. Resultados similares foram encontrados na presente pesquisa, onde na modalidade de hidroginástica 50% foram consideradas resistentes à insulina ou diabéticas. Contudo, no nosso trabalho, o GH mostrou valores adequados de triacilglicerois ($< 150\text{mg/dL}$).

Em estudo de intervenção, Vedana et al. (2011) verificaram efeito de 16 semanas de treinamento de hidroginástica (duas sessões por semana com duração de 50 minutos cada) sobre componentes da saúde e da aptidão física de indivíduos idosos moradores da região metropolitana de São Paulo com idade de $66,2 \pm 7,6$ anos. O programa de



Artigo

hidroginástica não foi suficiente para normalizar a glicemia de jejum, dados que corroboram com os resultados encontrados no presente estudo. Em contrapartida, nossos resultados em relação ao colesterol total foram mais favoráveis quando comparados a média ($214,6 \pm 39,7$ mg/dL), encontrada no estudo citado (VEDANA et al., 2011).

Kasprzak & Pilaczyńska-Szcześniak (2014) avaliaram 32 mulheres com idades entre 41 e 72 anos com obesidade abdominal participantes de um programa de hidroginástica de 16 semanas de duração (frequência de duas vezes, 60 minutos por sessão e intensidade de 65 a 75% da frequência cardíaca máxima). Seus resultados indicaram uma redução nas concentrações de colesterol total, LDL-colesterol, triacilglicerois, glicemia de jejum, insulina e composição corporal, entretanto o treinamento não promoveu alterações no HDL-colesterol. Os autores sugeriram que um maior volume do treinamento poderia trazer mudanças significativas nesta importante subfração. Acredita-se que estas divergências de resultados no perfil bioquímico dos estudos tenham relação direta com a falta de controle nutricional e de intensidade do exercício físico, além da heterogeneidade do treinamento.

A modalidade de musculação ou treinamento resistido é reconhecida por seus benefícios na função neuromuscular, aumentando a força e a resistência dos músculos, além de promover melhorias a nível cardiovascular, ajudar na prevenção de doenças ósseas, diminuir risco de câncer de cólon, melhorar o equilíbrio dinâmico e o bem-estar psíquico (ACSM, 2009). O treinamento de musculação também se relaciona com a redução de fatores de risco de doenças cardiometabólicas, através das adaptações musculoesqueléticas que aumentam o transporte de glicose e da capacidade de oxidação mitocondrial, resultando na melhoria do controle glicêmico, no metabolismo do colesterol e outros fatores de risco de doenças cardiovasculares (PESTA et al., 2017).

Ribeiro et al. (2015) analisaram o efeito do treinamento resistido progressivo em 65 mulheres idosas de $68,9 \pm 6,1$ anos de idade com diferentes níveis de experiência na modalidade: grupo avançado composto por 35 participantes que realizaram anteriormente 24 semanas e grupo novato composto por 30 participantes sem experiência prévia na modalidade ($n = 30$). Ambos os grupos realizaram um programa composto por oito exercícios visando principais grupos musculares realizado três dias na semana por oito semanas. Houve redução na glicemia de jejum em ambos os grupos, com o grupo avançado apresentando uma redução 4% maior que o grupo iniciante. Dessa forma, os estudos anteriores evidenciaram a eficiência da modalidade de musculação para redução da glicose, fato que poderia ser também inferido no presente estudo visto que as idosas



Artigo

do GM demonstraram, ainda que não significativamente, valores mais baixos de glicemia de jejum, mesmo com um menor volume de treinamento que o estudo citado (RIBEIRO et al., 2015).

Tomeleri et al. (2016) investigaram os efeitos de oito semanas de musculação, com exercícios para todos os grupos musculares realizados com três séries de 10-15 repetições durante três vezes por semana em 38 idosas com idade $68,2 \pm 4,3$ anos. Foram avaliados indicadores inflamatórios, composição corporal, força muscular, perfil lipídico e glicêmico pré e pós a realização da atividade física. Após a intervenção, o grupo treinado apresentou aumento da força, redução nos valores de indicadores inflamatórios, melhora da composição corporal e do perfil lipídico e redução da glicemia quando comparado ao grupo controle. Apesar da alteração positiva no perfil lipídico encontrada pelos autores, em outros trabalhos o treinamento de musculação não promoveu mudança significativa na lipemia de idosos, mesmo em estudos com maior tempo de duração (24 a 32 semanas) (VINCENT et al., 2003; MARQUES et al., 2009). Essa falta de melhora no perfil lipídico com o treinamento resistido poderia indicar no nosso estudo a desvantagem encontrada nas praticantes de musculação frente às idosas que praticavam a hidroginástica com relação aos valores de colesterol total que eram mais elevados nas primeiras comparados às últimas. Acredita-se que o impacto na lipemia poderia ser incrementado combinando-se a musculação com exercícios predominantemente aeróbios (PAULA et al., 2014).

Outro fator que parece influenciar a melhora do perfil lipídico no treinamento resistido é o número de repetições e séries. Estudos mostraram melhoras significativas para triaglicerol, colesterol total e frações para os idosos que treinavam a maior volume que aquele realizado no nosso estudo (BUNOUT et al., 2003; MARTINS et al., 2010). Esse fato pode estar relacionado com a maior recrutação fibras tipo I de contração lenta, com maior prevalência no uso de lipídeos como fonte de energia. O alto volume de treinamento se mostrou também mais efetivo para redução na lipemia prandial em mulheres pós-menopáusicas no pós-exercício (CORREA et al., 2015).

Previato et al. (2014) avaliaram o perfil nutricional e bioquímico de 69 idosos, sendo que 76,8% eram do sexo feminino. A população avaliada apresentou parâmetros adequados do perfil bioquímico: glicemia (92 mg/dL), triacilgliceróis (110 mg/dL), colesterol total (204,7 mg/dL), LDL-colesterol (117,2 mg/dL) e HDL-colesterol (66,4 mg/dL). Os participantes receberam periodicamente orientações nutricionais, além de praticarem atividade física com regularidade, o que poderia ter contribuído para adequação dos indicadores. Sobretudo, não foram informadas as modalidades praticadas,



Artigo

sua regularidade, volume ou intensidade, além disso, não foi mencionado nos critérios de elegibilidade se a população fazia uso de medicamentos hipoglicêmicos e hipolipemiantes. Possivelmente, a falta da orientação nutricional no nosso estudo contribuiu para os resultados indesejáveis nos parâmetros de colesterol total (limítrofe) e HDL-colesterol (baixo para mulheres) encontrados para a maioria da população estudada. Outro estudo transversal realizado com 30 idosos de ambos os sexos pertencentes a um centro de convivência no Rio Grande do Sul, mostrou que 56% das mulheres com sobrepeso apresentavam hipercolesterolemia e níveis baixos de HDL-colesterol e 45% das mulheres eutróficas foram consideradas hiperglicêmicas (ANGST et al., 2015). Nossos achados, assim como outros reportados na literatura, podem estar relacionados à alimentação inadequada dos idosos e ao baixo coeficiente de atividade física nessa faixa etária.

O aumento no número de idosos e conseqüentemente a participação destes em programas de treinamento físico que promovem benefícios sobre a aptidão física (STRASSBURGER et al., 2013) instiga e justifica estudos que procuram investigar não somente aspectos morfológicos e neuromusculares, mas também o perfil leucocitário desta população inserida em estratégias não farmacológicas, que incluam o exercício físico.

O processo de envelhecimento do sistema imunológico denomina-se imunossenescência e promove uma desregulação da função imunológica, afetando a imunidade inata e adquirida. Assim, um programa de exercícios físicos para a população idosa busca, além de promover benefícios fisiológicos e metabólicos, provocar alterações positivas no sistema imunológico. Novamente, variáveis como intensidade, duração e tipo de exercício físico tornam-se importantes na dimensão dessas alterações (SENCINA & KOHUT, 2007; MORO-GARCÍA et al., 2014). No presente estudo a frequência das atividades físicas realizadas foi baixa (duas vezes por semana) e a intensidade das sessões de treinamento não foi monitorada, mas os dados obtidos foram indicativos da manutenção dos níveis adequados da função imunológica, revelando como um benefício no combate a imunossenescência (CRUVINEL et al., 2010). No estudo de Berté e colaboradores (2011) foi observada uma melhora significativa para contagem de leucócitos e eosinófilos de idosos com 62 anos após seis meses de treinamento físico utilizando-se jogos desportivos adaptados, indicando a eficiência do treinamento no que tange à proteção do sistema imunológico. Outros autores ressaltaram que que a atividade física é uma das alternativas que podem ser utilizadas para reverter o reduzir as



Artigo

implicações da imunossenescência, após mudanças observadas no perfil de citocinas e imunes celulares em idosos na fase pós-exercício ao final de 16 semanas de exercício moderado de força e aeróbico (ANJOS et al., 2016).

As diretrizes do *American College of Sports Medicine (ACSM)* (2009) recomendam para a prevenção de doenças em adultos longevos sem limitações clínicas, 30 minutos de atividade física moderada, cinco dias por semana, ou 20 minutos de atividade física vigorosa, três dias por semana, em sessões de pelo menos de 10 minutos de duração. Podemos dizer que as idosas participantes deste trabalho não cumpriam com as recomendações do ACSM, pois realizavam apenas 120 minutos semanais de atividade física que poderia ser considerada de intensidade moderada.

Contudo, mesmo em quantidade inferior à preconizada pelo ACSM, alguns estudos citados anteriormente e os dados do presente estudo demonstram que a atividade física monitorada, é capaz de promover efeitos orgânicos desejáveis na população idosa, especialmente em relação ao perfil bioquímico e à resposta imune.

O presente estudo tem algumas limitações que precisam ser levadas em consideração: não foi controlada a dieta das participantes, fato que pode ter influenciado, principalmente, nos resultados relacionados ao perfil lipídico. Entretanto, acredita-se que as interferências seriam as mesmas para ambos grupos. A falta de mensuração dos parâmetros no início do treinamento é outro fator que deve ser considerado. Conhecer os valores iniciais nos possibilita atribuir, com um pouco mais de exatidão, as alterações encontradas ao efeito do exercício físico. Entretanto, esse estudo se reveste de importância na medida em que permite comparar o perfil bioquímico e imunológico de participantes em duas modalidades extremamente solicitadas no meio senescente, proporcionando inferências importantes sobre a recomendação de uma atividade frente à outra dependendo da predisposição a uma doença ou instalação da mesma, no intuito de promover a saúde da população idosa.

CONCLUSÃO

Após avaliar as idosas participantes do Projeto UNIPAM Sênior, MG, expostas a programas de atividades físicas supervisionadas, verificou-se que as idosas praticantes da modalidade de hidroginástica obtiveram, embora não significativo, valores mais elevados de glicemia de jejum quando comparadas às praticantes de musculação. Contudo, estas



Artigo

por sua vez, apresentaram valores significativamente mais altos de colesterol total. Tais valores elevados do perfil bioquímico encontrados nas idosas são considerados indicadores clínicos para doenças cardiometabólicas. Pode-se inferir que para idosas com resistência à insulina ou diabetes o treinamento de musculação poderia ser o mais apropriado. Entretanto, se tratando de idosas com dislipidemias, a hidroginástica poderia oferecer melhores resultados no perfil lipídico. Em relação ao combate da imunossenescência, ambas atividades poderiam reduzir as chances de surgimento de doenças infecciosas, muito comuns no envelhecimento.

Acredita-se que o incremento de mais sessões durante a semana, o controle da intensidade do exercício físico e o acompanhamento nutricional clínico podem ser estratégias determinantes na modulação completa do perfil bioquímico e imunológico de idosos.

É evidente a importância dos projetos de extensão implantados pelas UNATIs, principalmente com a vertente no campo da promoção da saúde, que contribui de forma significativa para adoção de um estilo de vida saudável para o idoso e possibilita uma visão multidisciplinar do profissional de saúde sobre o ser humano longo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, 14(1): 115-131, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Progression models in resistance training for healthy adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 41(3): 687-708, 2009.

AMORIM, M.; et al. Fatores influenciadores para adoção de prática de atividades físicas percebidos por pessoas longevas. **Revista da Educação Física/UEM**, 25(2): 273-283, 2014.

ANGST, C. A. et al. Estado nutricional de idosos em grupos de convivência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, 12(1): 41-55, 2015



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

ANJOS, M. C. G. et al. The effects of brief physical conditioning on immune cells and cytokines in elderly individuals in Manaus, Amazonas. **Fisioterapia em Movimento**, 29(2): 305-315, 2016.

ARAUJO, A. L. Efeito do exercício físico regular e intenso no sistema imune de idosos. Programa de Patologia São Paulo, Universidade de São Paulo. **Tese de Doutorado**, 2015.

BERTE, J. K. et al. Efeitos de seis meses de jogos adaptados na composição corporal, capacidade funcional e no sistema imunológico de idosos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, 5(30): 503-509, 2011.

BEZERRA, M. S. et al. Os efeitos da biodança na percepção corporal e na autoestima de idosas de uma comunidade: um estudo comparativo. **Revista Interdisciplinar**, 9(2): 107-116, 2016.

BRASIL. (1986). **VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em: 15/03/2018.

BRAZ, I. A.; Zaia, J. E.; Bittar, C. M. L. Percepção da qualidade de vida de idosas participantes e não participantes de um grupo de convivência da terceira idade de Catanduva (SP). **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, 20(2): 583-596, 2015.

BUNOUT, D. et al. Seasonal variation in insulin sensitivity in healthy elderly people. **Nutrition**, 19(4): 310-316, 2003.

CAMARANO, A. A. & KANSO, S. (2009). **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados** (Texto para discussão, nº 1426). Disponível em:



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: 10.29327/213319.18.3-14

Páginas 245 a 270

Artigo

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4735.

Acessado em: 17/03/2018.

CARVALHO, D. A. et al. Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 25(1): 29-40, 2017.

CARVALHO, J. A. & GARCIA, R. A. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. **Caderno de Saúde Pública**, 19(3): 725-733, 2003.

CORREA, C. S.; et al. High-volume resistance training reduces postprandial lipaemia in postmenopausal women. **Journal of Sports Sciences**, 33(18): 1890-1901, 2015.

COSTA, J. L. R. et al. **Unesp - Unati e as políticas públicas voltadas à população idosa**. UNATI, Universidade Aberta da Terceira Idade, UNESP – PROEX. M. C. S. A. DEL-MASSO, T. C. A. (Org.). São Paulo, Cultura Acadêmica: 25-41, 2012.

COSTA, J. S. et al. (2013). Projeto de extensão universitária: a universidade aberta a terceira idade do campus de Franca/SP. **Congresso de Extensão Universitária**. Universidade Estadual Paulista (UNESP): 09494.

CRUVINEL, W. M. et al. Sistema imunitário: Parte I. Fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatória. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 50(4): 434-461, 2010.

ELIAS, R. G. M. et al. Aptidão física funcional de idosos praticantes de hidroginástica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 15(1): 79-86, 2012.

LTZ, G. D. et al. Panorama Atual das Universidades Abertas à Terceira Idade no Brasil. **Kairós Gerontologia**, 17(4): 83-94, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2017). **SIS 2016: 67,7% dos idosos ocupados começaram a trabalhar com até 14 anos**.

Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de->



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: 10.29327/213319.18.3-14

Páginas 245 a 270

Artigo

[noticias/releases/9487-sis-2016-67-7-dos-idosos-ocupados-comecaram-a-trabalhar-com-ate-14-anos.html](https://www.scielo.br/temasemsaude/noticias/releases/9487-sis-2016-67-7-dos-idosos-ocupados-comecaram-a-trabalhar-com-ate-14-anos.html). Acessado em 10/10/2017.

FARINATTI, P. A prática regular de atividades físicas e o envolvimento social da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 19(5): 721-722, 2016.

FERREIRA, M. C. Famílias e envelhecimento: um ensaio teórico com base na perspectiva histórica." **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, 28(1): 143-161, 2017.

FONSECA, C. C. et al. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. **Journal of Physical Education**, 25(3): 429-439, 2014.

GONÇALVES, A. C. et al. (2017). Práticas corporais socializadoras e os idosos. **DO CORPO: ciências e artes**, 6(1): 49-59, 2017.

GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, 12(2): 68-72, 2004.

KASPRZAK, Z. & PILACZYŃSKA-SZCZEŚNIAK, Ł. Effects of regular physical exercises in the water on the metabolic profile of women with abdominal obesity. **Journal of Human Kinetics**, 41(1): 71-79, 2014.

MARQUES, E. et al. Effects of resistance and multicomponent exercise on lipid profiles of older women. **Maturitas**, 63(1): 84-88, 2009.

MARTINS, R. A. et al. Effects of aerobic and strength-based training on metabolic health indicators in older adults. **Lipids in Health and Disease**, 9(76), 2010.

MEDEIROS, J. J. et al. Aplicabilidade de hidroginástica e musculação em pessoas idosas da comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, 2(6): 1-4, 2014a.



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: 10.29327/213319.18.3-14

Páginas 245 a 270

Artigo

MEDEIROS, P. A. et al. Participação masculina em modalidades de atividades físicas de um Programa para idosos: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8): 3479-3488, 2014b.

MELO, N. C. V. et al. Consumo por idosos nos arranjos familiares “unipessoal” e “residindo com o cônjuge”: uma análise por regiões do país, a partir de dados da POF (2008/2009). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 17(4): 841-852, 2014.

MELLO, J. L.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Famílias brasileiras: mudanças e continuidade. **XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu, Minas Gerais, Brasil: 1-17, 2010.

MENDES, E. C. N. et al. Atenção interdisciplinar à saúde do idoso: construindo conhecimentos sobre envelhecimento saudável. **Revista Conhecimento Online**, 1(6): 1-11, 2014.

MORO-GARCÍA, M. A. et al. Frequent participation in high volume exercise throughout life is associated with a more differentiated adaptive immune response. **Brain, Behavior, and Immunity**, 39: 61-74, 2014.

MULLER, L. & PAWELEC, G. Aging and immunity - impact of behavioral intervention. **Brain, Behavior, and Immunity**, 39: 8-22, 2014.

OLIVEIRA, J. E. P. & VENCIO S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). **São Paulo, A. C. Farmacêutica**, 2016.

OLIVEIRA, L. P.; ARANHA, F. Q.; BARBOSA, L. Desafios e experiências na UNATI de Botucatu. . **Congresso de extensão universitária da Universidade Estadual Paulista (UNESP)**: 1-5, 2015.

OLIVEIROS, D. C. & SANTOS, L. C. Efeitos de um Programa de Fisioterapia Preventiva na Autoestima e a Capacidade Funcional de Mulheres Acima de 50 Anos. **Fragmentos de Cultura**, 24: 47-54, 2014.



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida.** Passo Fundo (RS), UPF, 2000.

PARAHYBA, M. I. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP.** Caxambú - MG – Brasil, 2006.

PARAHYBA, M. I. & SIMOES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, 11(4): 967-974, 2006.

PATROCINIO, W. P. & PEREIRA, B. P. C. Effects of health education on the attitudes of the elderly and its contribution to gerontological education. **Trabalho, Educação e Saúde**, 11(2): 375-394, 2013.

PAULA, C. C.; CUNHA, R. M.; TUFAMIN, A. T. Análise do Impacto do treinamento resistido no perfil lipídico de idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 22(1): 156-162, 2014.

PEIXOTO, N.; LIMA, L. C. V.; BITTAR, C. M. L. Percepções sobre qualidade de vida entre idosos que participam de uma Universidade Aberta para Maturidade. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, 39(2): 209-216, 2017.

PESTA, D. H. et al. Resistance training to improve type 2 diabetes: working toward a prescription for the future. **Nutrition & Metabolism**, 14(24), 2017.

PREVIATO, H. D. R. A., F. P.; POIATE et al. Perfil nutricional e bioquímico de idosos atendidos por um programa da terceira idade em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 16(1): 34-40, 2014.

RIBAS, M. R. et al. Perfil metabólico e hemodinâmico de idosas praticantes de hidroginástica. **Cadernos da Escola de Saúde**, 2(14): 52-62, 2017.



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

RIBEIRO, A. S. et al. Effect of resistance training on C-reactive protein, blood glucose and lipid profile in older women with differing levels of RT experience. **Age**, 37(6): 108-119, 2015.

ROCHA, A. C. et al. Análise comparativa da força muscular entre idosas praticantes de musculação, ginástica localizada e institucionalizada. **Fitness & Performance Journal**, 8(1): 16-20, 2009.

RODRIGUES, J. P. & FERNANDES, C. A. M. Lazer e Sociabilidade: Sobre as Memórias e Motivações de Idosos Participantes de uma Experiência de Educação Não Formal na Zona Leste da Cidade de São Paulo. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, 19(4): 201-225, 2017.

ROSA, T. E. D. C.; BARROSO, A. E. S.; LOUVISION, M. C. P. **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo**. Instituto de Saúde. 2013. São Paulo, 14: 13-26. *Temas em saúde pública*.

SANTOS, P. C. J. L. **Hematologia: métodos e interpretação**. São Paulo, Roca, 2013.
SANTOS, V. C. & SANTOS, A. C. Exercício Físico e seus Efeitos Sobre o Sistema Imune dos Idosos. **Saúde e Pesquisa**, 3(2): 181-185, 2010.

SENCINA, D. S. & KOHUT, M. L. Immunological outcomes of exercise in older adults." **Clinical Interventions in Aging**, 2(1): 3-16, 2007.

SIMÕES, R. A., L. et al. Efeitos do treinamento de hidrogenástica na aptidão cardiorrespiratória e nas variáveis hemodinâmicas de mulheres hipertensas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 12(1): 34-44, 2012.

SIMPSON, R. J. & BOSCH, J. A. Special issue on exercise immunology: current perspectives on aging, health and extreme performance. **Brain, Behavior, and Immunity**, 39: 1-7, 2014.



Artigo

STRASSBURGER, M. J. et al. Relação da composição corporal e aptidão física de idosos praticantes de musculação. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, 10(2): 193-202, 2013.

TEIXEIRA-JÚNIOR, J. et al. A capacidade funcional de mulheres idosas ativas vinculadas à Universidade Aberta à terceira Idade (UNATI) ESEFFEGO. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, 10(2): 7-14, 2011.

TEIXEIRA, C. S. et al. Equilíbrio corporal e exercícios físicos: uma investigação com mulheres idosas praticantes de diferentes modalidades. **Acta Fisiátrica**, 15(3): 156-159, 2016a.

TEIXEIRA, C. S. et al. Hidroginástica para idosos: qual o motivo da escolha? **Salusvita**, 28(2): 183-191, 2009.

TEIXEIRA, C. S.; PEREIRA, E. F.; ROSSI, A. G. A hidroginástica como meio para manutenção da qualidade de vida e saúde do idoso. **Acta Fisiátrica**, 14(4): 226-232, 2016b.

TOMELERI, C. M. et al. Resistance training improves inflammatory level, lipid and glycemic profiles in obese older women: A randomized controlled trial. **Experimental Gerontology**, 84: 80-87, 2016.

TONI, I. M. Universidade da Terceira Idade espaço de novos saberes para novos fazeres." **Memorialidades**, 8(15): 63-84, 2014.

VAGETTI, G. C. & OLIVEIRA, V. Estudo dos níveis de força muscular em idosas após um período de musculação. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, 7(1): 51-57, 2003.

VALDUGA, R.; Relação entre o padrão postural e o nível de atividade física em idosas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 21(3): 5-12, 2013.



Artigo

VEDANA, T. A. et al. Influência da hidroginástica sobre a composição corporal, aspectos cardiovasculares, hematológicos, função pulmonar e aptidão física de adultos e idosos. **Brazilian Journal of Biomotricity**, 5(2): 65-79, 2011.

VINCENT, K. R. et al. Homocysteine and lipoprotein levels following resistance training in older adults. **Preventive Cardiology**, 6(4): 197-203, 2003.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose." **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 101(4(Supl.1)): 1-22, 2013.

ZAWADSKI, A. B. R. & VAGETTI, G. C. Motivos que levam idosos a frequentarem as salas de musculação. **Movimento e Percepção**, 7(10): 45-60, 2007.



PERFIL BIOQUÍMICO E IMUNOLÓGICO DE IDOSAS PRATICANTES DE DIFERENTES MODALIDADES DE EXERCÍCIO FÍSICO EM UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOI: [10.29327/213319.18.3-14](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-14)

Páginas 245 a 270

Artigo

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO
HOMOSSEXUAL DA CIDADE DE CAICÓ-RN**

**NURSING ASSISTANCE IN BASIC ATTENTION THE HOMOSEXUAL
POPULATION OF THE CITY OF CAICÓ-RN**

Diana Daiane da Silva¹

Francisco Andesson Bezerra da Silva²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Alexsandra Layani Faustino de Andrade⁴

Elis Bezerra Araújo⁵

Apoliana Ferreira de Araújo⁶

RESUMO - Objetivo: Este estudo teve por objetivo a identificação de como é realizada a assistência do enfermeiro a população homossexual na Atenção Básica de Caicó-RN. **Métodos:** Uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, com a coleta de dados feita a parti da aprovação do Comitê de Ética, com CAAE nº 30329114.4.0000.5180 e

¹Enfermeira, e-mail: dianadaiane@outlook.com.br

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pela FSM, e-mail: lalinhaenf@hotmail.com.

⁵Enfermeira, especialista em Gestão das Clínicas nas Regiões de Saúde, e-mail: elisbezerra.a@hotmail.com.

⁶Auditora e Diretora do Hospital Regional de Sousa, e-mail: poly_fsm@hotmail.com.



Artigo

Parecer: 615.768 através de um questionário semi-estruturado no período de maio a Julho/2014 com 08 enfermeiros atuantes na ESF, analisados por meio da Análise de Conteúdo.

Resultados: Ficou evidenciado que os enfermeiros têm pouca ou nenhuma compreensão do que é a diversidade sexual, conseguem conceituar a homofobia, não conhece ou pouco sabe a respeito da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, a assistência ainda é pautada no modelo curativista vestígios da epidemia de AIDS. Os profissionais têm pouca ou nenhuma aproximação com a assistência do LGBT, compreendem que o acolhimento é importante e deve ser embasado no respeito, porém não especificam como seria feito esse. **Conclusão:** Quanto à promoção de ações voltadas aos LGBT não existe ênfase para com essas. Logo é preciso que o enfermeiro da AB tenha conhecimento e compreensão do que é a diversidade sexual ao fazer saúde às minorias, conhecer o território e as demandas específicas do grupo, saber que pode ser advindo das ações de educação permanente, dessa forma favorecerá uma assistência equânime e de qualidade.

Palavras-chave: LGBT. Assistênci., Atenção Básica. Diversidade. Enfermagem.

ABSTRACT - Objective: The purpose of this study was to identify how nursing care is performed by the homosexual population in the Basic Attention of Caicó-RN. **Method:** An exploratory research with a qualitative approach, with the data collection made based on the approval of the Ethics Committee, with CAAE nº 30329114.4.0000.5180 and Opinion: 615.768 through a semi-structured questionnaire from May to July / 2014 with 08 nurses acting in the ESF, analyzed through the Content Analysis. **Results:** It was evidenced that nurses have little or no understanding of what sexual diversity is, they can conceptualize homophobia, do not know or know little about the National LGBT Comprehensive Health Policy, assistance is still based on the curative model traces of the epidemic of AIDS. Professionals have little or no approach to LGBT assistance; they understand that the reception is important and should be based on respect, but they do not specify how this would be done. **Conclusion:** As for the promotion of actions directed towards LGBT, there is no emphasis on these. Therefore it is necessary that the nurse of the AB has knowledge and understanding of what is the sexual diversity in health care for minorities, know the territory and the specific demands of the group, know that it can come from the actions of permanent education, equanimity and quality.



Artigo

Keywords: LGBT. Assistance. Basic Attention. Diversity. Nursing.

INTRODUÇÃO

Com a manifestação da AIDS, no início dos anos 1980, a comunidade homossexual sofreu o maior impacto em termos epidemiológicos e sociais. A visibilidade negativa dada às representações sociais que identificavam os homossexuais ora como vilões, ora como vítimas, da AIDS, contribuiu para mobilização e envolvimento de seus ativistas em enfrentar os desafios impostos não só pela epidemia, mas também contra a população homossexual, como outras populações específicas e sobre a população em geral (TERTO JUNIOR, 2002).

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), assegura a população um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos. A saúde sexual e a saúde reprodutiva representam uma conquista histórica, e é fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. Porém, garantir esses direitos não é uma tarefa simples, esse é um desafio para os países que se regularizam nos marcos teóricos, políticos e jurídicos no campo da saúde.

Contudo, é necessário desenvolver a assistência para outras dimensões que apontem para a importância da interdisciplinaridade, e da integralidade das ações de prevenção que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade da população.

Em 2010 o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Saúde Integral de *Gays*, *Lésbicas*, *Bissexuais*, *Travestis* e *Transexuais* (LGBT), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Exigindo uma nova postura e qualificação dos profissionais de saúde, com enfoque individual e coletivo, lembrando que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela tradicional específica, formado por pai, mãe e filhos.

No avanço da consolidação do direito à saúde integral, é imprescindível o enfrentamento das condições em que os direitos humanos são violados ou negligenciados



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL DA
CIDADE DE CAICÓ-RN

DOI: 10.29327/213319.18.3-15

Páginas 271 a 296

Artigo

decorrentes da orientação sexual e da identidade de gênero. Esses já reconhecidos pelo Ministério da Saúde como condicionantes de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor as LGBT a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social.

A principal forma de acesso a estes ao sistema de saúde se dá pela atenção básica, tendo na Estratégia Saúde da família como porta de entrada. O enfermeiro que integra a ESF tem um papel essencial, pois, além de gerenciar a Unidade Básica de Saúde (UBS) e demais profissionais, está mais próximo as famílias e das pessoas, por prestar assistência à saúde, ações de educação, prevenção e promoção a toda população interna e externa a UBS de sua área, atendendo e acompanhando as fases e do desenvolvimento do ser humano, da infância a terceira idade.

Nesse sentido, pressupõe-se que a população de homossexuais sofre preconceitos e estigmas nos serviços à saúde, prática essa que se estende ao profissional enfermeiro (a) que atua na ESF à população de homossexuais. Esses profissionais encontram-se pouco qualificados para lidar com as necessidades desses usuários, muitas vezes, limitando o acesso dos mesmos às ações e serviços. Assim emergiram as seguintes questões: Como é prestada a assistência do enfermeiro (a) a população homossexual na (ESF) de Caicó-RN? E De que maneira é feita a educação e promoção em saúde para os mesmos?

O presente estudo partiu do interesse da pesquisadora em identificar a atuação do enfermeiro ao grupo homossexual da cidade de Caicó-RN, por sentir uma fragilidade na assistência dos profissionais da atenção básica, passada através de relatos de amigos próximos que se insere nesse grupo e sentir uma afinidade na área de saúde pública e gênero.

OBJETIVOS

- Identificar como é realizada a assistência do enfermeiro a população homossexual na Atenção Básica de Caicó-RN.
- Descrever como está sendo prestada a assistência dos enfermeiros da atenção básica (UBS) aos homossexuais da cidade de Caicó;



Artigo

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica (UBS) sobre políticas públicas que garantam serviço integral e com equidade à saúde dos homossexuais.

MÉTODO

A pesquisa se trata de um estudo de campo, exploratório com a abordagem qualitativa. Esta abordagem considera que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. (FREITAS; PRODANOV, 2013).

O estudo foi desenvolvido na Atenção Básica (AB) – Estratégia Saúde da Família (ESF) localizadas na cidade de Caicó/RN, cidade situada na região Seridó do Estado do Rio Grande do Norte, ocupa uma área total de 1.228,583 km², e segundo o último censo, possui 62.709 habitantes (IBGE, 2010). O município possui 18 Unidades Básicas de Saúde – Estratégia Saúde da Família, sendo 15 localizadas no território da zona urbana (Barra Nova/Adjunto dias; Boa Passagem- 02 equipes; Castelo Branco/Itans, Nova Descoberta, Paraíba, Vila do Príncipe/ Recreio, Salviano, Alto da Boa Vista, Samanaú, Paulo VI, João XXIII, Walfredo Gurgel, Soledade, João Paulo II) e 3 na zona rural (Laginhas, Palma e Sabugi). Serão recrutados 13 enfermeiros dessas unidades, descartando a unidade da zona rural, por não haver registros de homossexuais na localidade.

A população escolhida para a pesquisa foi definida por ter um vínculo com a problemática em questão. A população é um conjunto e não refere tão somente a pessoas, pode incluir qualquer tipo de elementos (ANDRADE, 2006).

Os enfermeiros das 15 (quinze) unidades de ESF da zona urbana da cidade de Caicó constituíram a população na presente pesquisa. As ESF de Caicó/RN contam com 20 (vinte) enfermeiros dentro de seu quadro funcional. Destes, 16 (dezesesseis) são efetivos e quatro são contratados provisoriamente para dar suporte às férias e licenças dos profissionais efetivos.

Contudo apenas 11 (onze) se propuseram a participar da pesquisa. Desses, 3 (três) acabaram saindo da pesquisa por não está no local da coleta após três visitas agendadas e 1 (um) se recusou a participar da pesquisa.



Artigo

A pesquisa teve como critérios de inclusão os Enfermeiros ativos e regulamentados, ou seja, concursados, efetivos que estão trabalhando e atuando nas Unidades Básicas de Saúde da área urbana do município de Caicó/RN e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tendo como critérios de inclusão; os que não aceitaram participar da pesquisa; os que estiveram de férias ou licença; os que atuam enquanto profissionais itinerantes, assumindo férias ou licença de outras profissionais.

Foi utilizado como instrumento de coleta um questionário semi-estruturado, composto por duas partes, a primeira contempla as características pessoais do entrevistado e a segunda aos objetivos da pesquisa. Da seguinte forma: 1ª parte- Caracterização dos participantes e a 2ª Parte- abordou a Compreensão de diversidade sexual; o que é homofobia; O conhecimento a respeito da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e por fim a Assistência de enfermagem a essa população.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2014, após apreciação e parecer da coordenação do projeto de pesquisa da Faculdade Santa Maria. Os dados foram coletados diretamente com o público alvo, na própria Unidade de saúde em sala reservada, nos turnos manhã e tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante na cidade de Caicó – RN. As entrevistas foram iniciadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

Na análise dos dados colhidos foi utilizado à técnica de Análise de Conteúdo subsidiado por Bardin. Sobre a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que emprega procedimentos sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1979).

A análise de conteúdo tem por objetivo conferir hipóteses e ou descobrir o que está escondido por trás de cada conteúdo manifesto, o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (MINAYO, 2010).

A análise dos participantes foi realizada de forma articulada com diversos autores que tratam do tema-chave desta pesquisa, atrelando os significados das falas dos enfermeiros às considerações dos autores.

Para identificar os participantes em seus discursos, foram utilizados pseudônimos em respeito à dignidade e defesa da vulnerabilidade. Os nomes escolhidos são de flores, pela diversidade de cores e perfumes que há na flora e o poder de fascinação que as



Artigo

mesmas exercem sobre a civilização. Esses nomes, no entanto, não fazem relação de semelhança, procedência ou qualquer outra natureza com os compartes, a saber:

- 1) **Adónis:** Recordação amorosa;
- 2) **Begónia:** Timidez, inocência, lealdade no amor;
- 3) **Centáurea:** Delicadeza;
- 4) **Dália amarela:** União recíproca;
- 5) **Erysimum:** Adversidade, amizade;
- 6) **Gardênia:** Amor secreto;
- 7) **Iris:** Fé, sabedoria, valor, amizade;
- 8) **Magnólia:** Amor à natureza, simpatia, dignidade, beleza esplendorosa.

As falas foram organizadas dando origem aos seguintes eixos de discussão: Diversidade Sexual: Compreensões dos Enfermeiros da Atenção Básica; Homofobia: Perspectivas de Enfermeiros da Atenção Básica; Políticas para LGBTs: Concepções e Práticas de Enfermeiros da Atenção Básica e a Assistência de Enfermagem aos LGBTs.

Para realização desse estudo, foram observados pressupostos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS) que dispõe sobre pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

A respeito da idade Gardênia; Iris e Magnólia estão na faixa etária de 25 a 29 anos, Begónia; Centáurea e Erysimum estão entre 30 a 34 anos, Adónis tem de 35 a 39 anos e Dália Amarela está com 40 ou mais anos. Pode-se perceber que há uma predominância quanto dos participantes que se encontra na faixa etária jovem atuando na ESF.

A evidência de que a maioria dos enfermeiros são adultos jovens demonstra que os mesmos possuem uma formação atual recente, como será mostrado nos dados seguintes: Iris, Magnólia, Erysimum e Gardênia prestam serviços a menos de cinco anos, Begónia e Centáurea prestam serviços a mais de cinco anos e menos de dez, ao mesmo tempo em que Dália Amarela e Adónis prestam serviços. Com relação ao tempo de trabalho na ESF Erysimum, Iris, Begónia e Magnólia estão atuando à menos de cinco



Artigo

anos; Centáuria atua há mais de cinco anos e menos de dez; Dália Amarela e Adónis já estão no serviço de onze a mais anos.

Essas informações a respeito do tempo de prestação de serviço e a atuação na ESF apontam que a maioria dos enfermeiros tem na AB/ESF a primeira porta de entrada para o serviço público. De acordo com Santos (2014) isso ocorre porque o interior apresenta uma maior oferta de emprego devido à quantidade de unidades encontradas nessas cidades e a facilidade quanto ao tipo de contrato oferecido aos profissionais.

Ainda nesse contexto, essa oferta de trabalho na AB implica no ingresso de profissionais que muitas vezes não tem identificação com a ESF e acabam não ofertando uma assistência de qualidade, efetiva e com eficácia, além de por vezes os profissionais desconhecerem os programas da AB (SANTOS, 2014).

Quanto ao sexo Iris, Magnólia, Gardênia, Begónia, Centáurea e Dália Amarela se declararam do sexo feminino enquanto, Erysimum; Adónis do sexo masculino. Esses dados mostra que a ainda há a predominância no sexo feminino atuando na enfermagem.

O estudo de Santos (2014) aponta que a maior parte dos profissionais da AB é do sexo feminino. Isso porque a enfermagem é vista no mundo como uma profissão fortemente feminina devido ao seu contexto histórico de cuidar da mulher.

Segundo o último censo do IBGE (2010) demonstra uma população feminina predominante sobre a masculina no município de Caicó/RN, onde 52% da população se identificam com o sexo feminino contra 48% sendo do sexo masculino, identificando o perfil feminino da enfermagem no município.

Portanto é importante ponderar os elementos que caracterizam os profissionais da AB, elementos como: sexo, idade, tempo de serviço e atuação na AB, pois os mesmos determinam a formação e a assistência desenvolvida pelo enfermeiro.

Assim uma das formas de superar os empecilhos impostos por uma formação fragilizada, diariamente no serviço e o desconhecimento de diversos programas e políticas que fariam com que os profissionais desempenhassem uma conduta condicente com os princípios do SUS, lança-se mão da educação permanente em saúde um meio de modificação de práticas e paradigmas (SANTOS, 2014).

As variantes do comportamento sexual que difere da heterossexualidade, que é hegemônica no mundo, são vistas como desvio de conduta, doença, falta de caráter e mais ainda, são desqualificadas perante a sociedade.

É ciente que se vive em um mundo com uma humanidade plural, em que pode ser encontrada pessoas com as mais distintas formas de pensar, agir, comporta se e de



Artigo

diversas formas físicas. Assim também é com a sexualidade. Abre-se um leque de possibilidades afetivas e maneiras de relacionar-se com o outro.

Falar em diversidade sexual é sem sombra de dúvidas entrar no íntimo das pessoas, pois é uma temática que envolve o ser por completo, a religião, cultura, valores. São paradigmas construídos ao longo da história, que vem passando por diferentes gerações.

Diversidade em sua amplitude se caracteriza como a pluralidade de sentidos, as inúmeras possibilidades, formas e orientações existentes no cenário mundial e estão presentes nos diversos segmentos; na educação, saúde, cultura e outros. Entende-se por diversidade sexual as diferentes formas de expressão da sexualidade humana, contemplando heterossexuais, homossexuais, bissexuais e transgêneros (MECCHI, 2006).

Cabe destacar, que para abordar aspectos de gênero é preciso ter muita cautela por ser um tema que envolve aspectos éticos. E mais, é preciso saber a respeito da diversidade sexual o histórico, social e culturalmente construído; portanto, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável.

A diversidade sexual é uma determinante de saúde, uma vez que, a mesma ao longo dos anos é construída considerando todas as relações existentes na sociedade e dessa forma por enumeras vezes os indivíduos que não se enquadram com o padrão em que a sociedade criou são marginalizados e esse fato interfere no seu bem estar biopsicossocial (CARDOSO; FERRO, 2012).

Assim diversidade sexual corresponde à multiplicidade de sexualidades, expressões de gênero, relações interpessoais possíveis. A forma como se convivem com as culturas e internalizam as diferenças, concebendo-as, aprendendo, mudando. A diversidade agrega valores, oferece o prazer da multiplicidade (SANTOS; 2014).

A partir dos discursos dos enfermeiros foi possível observar nos seus discursos que poucos apresentam uma compreensão sobre o tema, apenas um se aproxima do conceito de diversidade sexual. Como pode ser observado a seguir:

“É a variedade de orientações sexuais que existem na sociedade”.

Magnólia



Artigo

Foi possível observar também que para muitos profissionais a associação de diversidade sexual com a sexualidade é indissociável aos mesmos. Esse fato fica evidenciado nos relatos:

“Entendo que é a escolha que se faz quanto à sexualidade, se é heterossexual, homossexual e outros do tipo”. **Begônia**

“Direito de demonstrar sua sexualidade como bem quiser, sendo respeitado na sua orientação sexual”. **Dália amarela**

“Livre escolha de sua conduta sexual”. **Iris**

“Existem dois gêneros de sexo, mas não define a pratica sexual. Não define a sexualidade e abre um leque da mesma.” **Erysimum**

É preciso diferenciar diversidade sexual de sexualidade. Enquanto diversidade sexual corresponde à variedade de demonstrações de sexualidade existentes na sociedade como: heterossexual, bissexualismo e homossexualismo, já a sexualidade por sua vez é algo pertencente ao ser humano e que perpassa por toda a sua vida compreendendo o sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade, reprodução e são expressa e vivenciada por meio de desejos, pensamentos, valores, papéis, crenças, fantasias, atitudes, comportamentos, relações e práticas (ALBUQUERQUE, ADAMI, ALVES, GARCIA, QUEIROZ, p. 517, 2013).

Sexualidade se constitui como uma determinante do ser, da construção do individuo, está intrínseca e é construído desde nascimento e se perpetuando por toda vida. Passa pelo erotismo até as formas de expressão, isto é, a sexualidade tem um conceito amplo que aborda diversidade sexual, mas não somente (OMS, 1975 apud SANTOS, 2010).

A diversidade está presente no universo, de maneira que há diversidade de ecossistemas, biomas, culturas, etnias, religiosas dentre outros e não seria diferente com a sexualidade, pois os indivíduos podem expressar a sua da maneira que lhe agrada.

Porém as abordagens de tais temas ainda provocam desconfortos na sociedade, uma vez que a mesma tem tais pontos como polêmicos e tabus.

Outro ponto é que os profissionais ainda têm certa dificuldade em conceituar e identificar sexualidade, e por tal fato talvez assimile diversidade sexual à sexualidade.



Artigo

Nos relatos, ressalta-se que um profissional agregou o sentido de identidade de gênero e orientação sexual a diversidade, conforme pode ser visualizado na fala de **Gardênia**:

“Trata dos vários tipos de opções sexuais, no tocante não gênero, só ao gênero, mas a escolha da identidade sexual que se assume”.

Cabe assim, diferenciar orientação sexual e identidade de gênero. A primeira, refere-se a atração física, emocional e psicológica sentem por outra pessoa. E identidade de gênero é uma construção social e mais é uma definição de como a pessoa se sente sexualmente (SILVA, 2005).

A identidade de gênero é um conjunto de fatores que forma o “EU”, onde entram em cena a interioridade (como a pessoa se vê e se comporta) e a exterioridade (como ela é vista e tratada pelos demais). Nesse sentido, podemos dizer que ninguém “nasce homem ou mulher”, mas que nos tornamos o que somos ao longo da vida, em razão da constante interação com o meio social (BRASIL, 2010).

A sexualidade para a sociedade é tida por muitos como um ato de reprodução e tão somente, talvez por tal motivo que tanta gente desconheça o seu verdadeiro sentido e aspectos que permeiam a mesma. Isso acontece com diversos temas abordados com a temática sexualidade, diversidade sexual, gênero e outros assuntos que são abrangentes desse tema.

Adónis deixa evidenciado em seu relato que diversidade sexual não é um tema abordado comumente e se contradiz quando fala que está na mídia e não sabe ao certo o que é diversidade sexual.

“É um tema que não é costumeiro a gente tá escutando. A gente tá vendo a mídia mostrando isso aí, eu acho que talvez seja quem não se identifica com o homossexual ou heterossexual. Seriam os transexuais. Imagino dessa forma mais ou menos por aí.” **Adónis**.

Fica evidente que os profissionais de saúde e de outras áreas necessitam ter a compreensão sobre diversidade sexual e os fatores que permeiam a mesma, pois ela é determinante social da saúde. Ressalta-se ainda, um conjunto de ofertas através da mídia falada e escrita, de produções do Ministério da Saúde e ainda de artigos científicos que



Artigo

circulam entre os profissionais que poderiam contribuir para melhor desmistificação da temática.

Atender a todos sem discriminação é um dos princípios doutrinários do SUS e está garantido na Constituição Federal de 1988, a mesma explicita que os direitos sociais devem ser atendidos sem que haja qualquer tipo de discriminação apresentando a diversidade sexual como um valor social. Na Carta Constitucional, a intimidade é apontada como inviolável e a sexualidade deve ser entendida na sua pluralidade.

Historicamente, pode-se perceber a abordagem do homossexualismo, e também o quanto essa orientação sofre repressão da sociedade, principalmente com relação à igreja que sempre impôs os seus dogmas a sociedade destacando a sexualidade e os aspectos que a permeiam.

Ao longo dos anos, os homossexuais sofreram estigmas por parte da sociedade, hora tendo sua orientação sexual como doença, sendo o culpado e causador da epidemia de AIDS na década de 1980, além de serem vistos como rebeldes das culturas tradicionais e da religião.

Foram atribuídos, ao decorrer da história dos homossexuais nomes como: gosto depravado, infames, pecadores e rebeldes por ir de encontro às concepções religiosas (BORRILLO, 2010).

Porém, esse histórico serviu apenas para que os mesmos dessem início e tivessem forças para lutar contra as injustiças e reivindicar seus direitos civis e humanos. Também foi daí que surgiram os movimentos sociais organizados e visibilizando os direitos a uma orientação sexual livre.

Anualmente a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis apresentam um dossiê sobre a situação de violência enfrentada pelo grupo. Este instrumento é o mais completo da América Latina e tem como tema A violação dos Direitos Humanos e Assassinatos de Homossexuais no Brasil e tem por intuito acabar com a discriminação e a situação de violência ocasionada pelo anti – homossexual (BAILON et.al, 2013).

Homofobia é um termo que está sendo designado para definir várias formas de discriminação relacionadas à sexualidade e especificando mais ainda, com a orientação sexual do indivíduo. O termo em questão é usado em diversas outras áreas como na: saúde, política, justiça, nas militâncias do grupo LGBT e também no cenário acadêmico. Contudo os estudos a respeito da temática têm crescido gradativamente (DIAS. S.d)

A sexualidade é um direito legítimo do ser humano. Reprimir a homossexualidade é um ato de violência e deve ser punida perante a lei de forma exemplar. A homofobia é



Artigo

uma atitude de desrespeito e é a contra mão dos direitos humanos, além de ser uma ação de preconceito.

Para alguns indivíduos pesquisados a homofobia é a discriminação, o preconceito contra a homossexualidade, tratado nos relatos de:

“Homofobia é a discriminação e/ ou preconceito que se tem contra os homossexuais. É uma agressão contra os mesmos.” **Begônia**

“Acho que é a rejeição, o preconceito, discriminação com as pessoas homossexuais. Com as pessoas que tem desejo pelo mesmo sexo.”

Adónis

“É um preconceito contra os homossexuais. É um crime. Na realidade eu acho um desrespeito. São sem educação.” **Centáurea**

Os LGBTs encontram se em um estado de vulnerabilidade são marginalizados, vítimas de crimes de estupro, homicídios, prisões arbitrárias e discriminações generalizadas, além da homofobia.

A homofobia abrange os termos como: lésofobia, bifobia e transfobia que são respectivamente a aversão as lesbica (mulher que tem desejo erótico e afetivo por mulher), bissexual (sentir atração sexual por ambos os sexos, feminino e masculino) e transexual (indivíduo que se sente pertencente ao sexo oposto) (RIOS, 2009 apud DINIS, 2011).

A aversão ao homossexual tem por nome de homofobia que vem a ser um ato de manifestação, violência e ódio às pessoas que pertencem ao grupo LGBT (DIAS, s.d). Os pesquisados **Dália amarela**, **Erysimum**, **Gardênia** e **Magnólia** tem a mesma compreensão que o referido autor.

“Sim, Aversão aos homossexuais”. **Dália amarela**

“Sim, homofobia seria a aversão a pessoas que tenham atração pelo mesmo sexo” **Erysimum**

“Aversão ao homossexual pode ser demonstrada por palavras de agressão física”. **Gardênia**

“É a não aceitação do homossexualismo. É um termo que demonstra aversão a pessoa homossexual”. **Magnólia**



Artigo

A homofobia é um ato de intolerância contra os direitos humanos, a constituição federal e a orientação sexual dos indivíduos. O direito dos sujeitos está assegurado na constituição de forma que garante o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores soberanos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos (LACERDA; VIANA, 2009).

Assim **Iris** diz que a homofobia é: “*Fobia a algo relacionado ao sexo. Ex: fobia ao homossexualismo*”.

Segundo informações apresentadas em sites de abrangência internacional, em 2013 foram assassinados cerca de 312 homossexuais no Brasil o que representa, um homicídio a cada 28 horas. Está pesquisa foi feita pelo Grupo Gays da Bahia- GGB que diz ainda, 99% dessas vítimas foram mortas pelo motivo de homofobia. O A Brasil é líder no ranking mundial de violência contra homossexuais (SARDINHA, 2014).

O Brasil ainda não criminalizou a homofobia, talvez seja um dos motivos que vem a contribuir com as taxas elevadas de criminalidade dessa natureza. De janeiro até 21 de setembro de 2014, foram registrados 216 assassinatos. Cabe destacar a subnotificação e ainda falta de informações oficiais que dificulta a organização de estatísticas oficiais que possam contribuir no planejamento de ações de enfrentamento a homofobia no Brasil (SARDINHA, 2014).

Dentre as regiões com maior índice de criminalidade de homofobia é o Nordeste com 43% dos casos, enquanto que a capital com mais casos por habitante é Cuiabá com 0,03 casos por mil habitantes (BACELAR, 2014).

De acordo com a Secretaria Nacional de Direitos Humanos, órgão ligado ao Ministério da Justiça, de janeiro a abril de 2014, foram realizadas 331 denúncias pelo disque 100, o que revela uma procura significativa pelo serviço e uma alta demanda de práticas homofóbicas no cenário nacional.

Através destes dados e de noticiários diários, evidencia-se o quanto os LGBTs sofrem por não pertencerem a heteronormatividade, sendo estigmatizados, violentados, e submetidos a preconceitos diariamente, enquanto vítimas da intolerância, desrespeito e paradigmas culturais da sociedade homofóbica.

É função do Estado, prover e manter o bem-estar da sociedade. O mesmo busca nas políticas públicas solucionar os problemas da sociedade. A mesma permite o aprofundamento e consolidação da democracia por meio dela é possível alterar privilégios em direitos (FLEURY, 2003).



Artigo

As políticas públicas buscam atender os interesses dos grupos específicos ou não, como por exemplo: políticas relacionadas à mulher, criança, idoso e não específicas como a construção de estradas. E para muitos segmentos a sociedade é necessário reivindicar e se fazer ouvir.

As lutas dos movimentos sociais vêm ao longo dos anos angariando vitórias e conquistas importantes para os revolucionários. Foi assim com a criação do SUS, o Planejamento familiar para as mulheres e o reconhecimento dos direitos humanos e do reconhecimento da diversidade sexual.

O grupo LGBT apontou a homossexualidade como um tema político a fim de solicitar visibilidade para os mesmo que possuíam suas peculiaridades e principalmente após a epidemia de HIV/AIDS, uma vez que este segmento teve um grande número de sujeitos acometidos. Contudo o governo mobilizou apenas a população homossexual masculina para a prevenção desta doença (BRASIL, 2010).

E até hoje buscam melhorias na garantia dos seus direitos humanos e de cidadania. Foram criados programas e posteriormente políticas específicas para tentar sanar as estigmáticas situações vivenciadas cotidianamente pelos LGBTs como o Brasil sem homofobia, a Política Nacional de Saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010).

Entretanto no relato dos pesquisados pode-se perceber que muitos desconhecem a Política Nacional da Saúde Integral dos LGBTs.

“Não, não conheço nenhum projeto, lei nem algo desse tipo”. Adónis

“Não”. Dália amarela

“Não conheço”. Magnólia

Esse “desconhecimento” na Política voltado a saúde de pessoas LGBT fica destacado nos relatos dos profissionais deixando subtendido que na realidade há um desinteresse em procurar se aprofundar na questão e reconhecer a legitimidade dos direitos da saúde dos indivíduos pertencentes a esse grupo.

Por tais fatos e situações históricas mostram o quanto os indivíduos não heterossexuais são excluídos do campo da cidadania, esse fato fica evidenciado no relato dos profissionais.

“Sei que há uma lei, mas nunca foi me passado”. Centáurea



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

“Sim, tenho conhecimento. Sei que existe políticas públicas, mas não tenho conhecimento”. **Erysimum**

“Sim, mas não lembro”. **Iris**

Ainda há os que desconhecem a política com enfoque a saúde conhecendo apenas os programas e leis direcionadas ao direito jurídico. Pois os mesmos implicam em alguma punição perante a lei e por estar em evidencia em todas as mídias as violências vivenciadas pelo grupo em questão.

Assim os profissionais pesquisados **Begônia** e **Gardênia** deixam bem claro em seus relatos:

“Sei que há uma política relacionada a esse grupo relacionado a homofobia, mas não conheço nenhuma política relacionada a esse grupo que seja direcionada a saúde”. **Begônia**

“Sim. A identidade social, onde cada pessoa tem direito de ser tratado pelo nome ou apelido que deseja. Concordo, pois se é para uma melhor assistência, não vejo problema”. **Gardênia**

As políticas públicas voltadas ao esse grupo só foram priorizadas e reivindicadas após a criação do Conselho Nacional de Combate a Discriminação-CNCD vinculado ao Ministério da Justiça estas políticas eram voltadas para a promoção a cidadania indo além da epidemiologia da epidemia de AIDS/HIV. Com essa conquista foi possível colocar a orientação sexual como um direito humano do cidadão, com garantia do direito à liberdade, opinião, expressão, igualdade de LGBT. Com relação ainda ao Poder Executivo foram conquistados grandes marcos como: criação do “Brasil Sem Homofobia (BSH) – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual”, em 2004; realização, em 2008, da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o tema “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT)”; lançamento do “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (PNDCDH-LGBT), Humanos 3” (PNDH-3), em 2009 (AVELAR, MAROJA, MELLO, 2012).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica o enfermeiro é responsável por prestar serviços como: realizar atenção à saúde individual e coletiva que estejam



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL DA
CIDADE DE CAICÓ-RN

DOI: 10.29327/213319.18.3-15

Páginas 271 a 296

Artigo

cadastradas na sua equipe, podendo ser prestada a domicílio, escolas e outros locais do território da ESF sendo garantido a crianças, adolescentes, adultos e idosos. Além de fazer consultas de enfermagem a programas estabelecidos e de demanda livre, coordena a equipe de ACS e fazer ações educativas (BRASIL, 2017)

As atribuições do Enfermeiro são: cuidar, assistir, planejar, administrar, prevenir, educar e pesquisar, visando o bem estar do ser humano quer individual ou coletivamente, buscando a integralidade da assistência, itens constantes na Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1986).

A assistência de enfermagem aos homossexuais é pautada ainda em ações de entrega de preservativo, entretanto essa conduta não é a única necessidade dos membros do referido grupo além de ser uma pratica discriminatória com resquícios da epidemia de HIV/AIDS na década de 1980.

Essa pratica é negligenciada e/ou ineficiente é causada por falta de conhecimento na política nacional que os assisti e/ou por uma academia ineficiente. A teoria é diferente da pratica vivenciada na AB, uma vez que esses profissionais mostram em seus discursos uma negação do atendimento.

Quando indagados se já teriam atendido Homossexuais (feminino e masculino) e travestis foi unanime a negativa da assistência, na maioria dos relatos sempre por falta de adesão.

No questionamento “Atende com frequência no seu consultório homossexual mulheres e homens? ” Pode se perceber que a maioria dos profissionais alegou que não atendiam com frequência e ainda coloca esse atendimento apenas como um momento para a entrega de preservativos e exames citológicos no caso dos homossexuais do sexo feminino, uma assistência esporádica, os relatos expostos mostra bem essa situação:

“Raramente, quando vem é para pegar preservativos e no caso das mulheres poucas vêm para fazer o exame ginecológico”. **Begônia**

“Esporadicamente. Os homossexuais masculinos procuram mais a unidade com o objetivo de pegar preservativo masculino. As homossexuais femininas esporadicamente quando procuram a unidade é para fazer o preventivo”. **Adónis**

“Não, não atendo com frequência. Não há procura”. **Erysimum**

“Esporadicamente”. **Dália amarela**

“Não com muita frequência, mas o acesso é garantido”. **Gardênia**

“Nenhuma”. **Iris**



Artigo

“Não”. Magnólia

Ainda com relação a essa questão o **Centáurea** diz: *“Atendo, mas não com tanta frequência e até agora apenas homens.”*

O desconforto no acolhimento ineficiente e/ou inexistente, a baixa efetividade em tratamentos, a não visualização de demandas específicas e o alto grau de estresse que todos esses fatores provocam são consequências da invisibilidade que os homossexuais sofrem.

Dessa forma não há busca dos serviços públicos de saúde por parte da população em destaque. E fica mais evidenciada essa conduta quando a assistência é direcionada aos travestis, onde esses deixam de procurar as unidades de saúde prejudicando a demanda aos serviços, esses quase inexistentes ao público LGBT por não ter suas necessidades específicas compreendida (SANTOS, 2014).

Quando questionados sobre a atenção a população travesti, apenas um enfermeiro relatou ter realizado assistência na atenção básica a esse grupo.

Essa negação ou pouca prestação de assistência voltada aos LGBTs mostra o quanto o atendimento integral aos mesmos está impossibilitado, é preciso considerar a orientação sexual e a identidade de gênero dos indivíduos para que essa assistência seja integral e equânime.

Para Santos (2014) perceber a percepção de gênero é possível desde que os profissionais se interessem e tenham vontade, de modo que essa venha a gerar mudanças por necessidade ou por experiência. A prática social atrelada ao conhecimento pode erguer os níveis de saúde da população. A compreensão das individualidades da população LGBT é fundamental para uma assistência humanizada aos usuários dos serviços de saúde.

É percebido que a literatura de enfermagem aborda insistentemente a visão holística que consiste na percepção integral do indivíduo, além de compreender esse cliente na sua individualidade.

No que se refere as ações de promoção da saúde, quando perguntados se já teriam desenvolvido atividades direcionadas para esse grupo, todos relataram que não, como evidenciado nos discursos abaixo:



Artigo

“Nunca fiz nenhuma ação direcionada a esse público, creio que se formamos um grupo para atender as necessidades dos LGBTs estaremos discriminando os”. **Begónia**

“Não, é especificamente na unidade não. A gente tem alguns ambientes tidos como prostíbulo”. **Begónia**

“Não. A única coisa que faço é entrega de preservativos. Não acho necessário criar um grupo com essa população porque pra me seria uma forma de preconceito com eles. Assim, isso com relação a minha unidade”. **Centáurea**

Dessa forma, pode-se perceber nos discursos dos profissionais, a pouca ênfase dada a ações promocionais voltadas para essa população. Segundo Cardoso et al. (2012), a cultura sucedida a parte do padrão “heteronormativo” causa uma influência, subjetivamente o atendimento dos profissionais da saúde, levando-os a generalização de todos os usuários tratando-os como se os mesmos fossem heterossexuais, acarretando em situações graves de preconceito e discriminação contra o público LGBT mesmo que esses atos sejam camuflados, velados.

Os serviços prestados aos LGBTs na AB ainda estão sendo direcionados em ações preventivas e/ou curativistas em virtude da epidemia da década de 1980. Essa conduta é insatisfatória uma vez que as atividades prestadas não são integrais, não visualiza o indivíduo como um ser completo e complexo que é, e sim, apenas na sua pratica sexual e nos problemas que a mesma pode acarretar que será comum a todos os indivíduos que tenham uma vida sexual ativa.

O atendimento de enfermagem ao cliente deve ser pautado na teoria holística, de maneira integral percebendo a sua singularidade e dessa forma o seu planejamento da assistência deve considerar a sexualidade como um fator determinante no processo saúde-doença.

Assim, é importante o planejamento da assistência de enfermagem ser desprovido de preconceitos que estigmatizam o cliente, essa ação deve ter uma anamnese profunda com o intuito de perceber e conhecer o ser que ali está, para que essa prestação de serviço seja integral e contemplando a individualidade e singularidade do sujeito.

Faz-se importante, o processo enfermeiro/cliente ser baseado no respeito e dialogo uma vez que na ausência de um desses pontos acarretará em uma fragilidade na relação e compreensão de pontos importantes como a sexualidade perdendo assim a oportunidade de fazer promoção em saúde.



Artigo

Na carta dos Direitos Humanos é apontado que o direito sexual é reconhecido como um direito legítimo do ser humano. Sendo assim faz-se importante garantir os direitos da comunidade LGBT para que essa possa ser efetivada na legalidade.

Nessa perspectiva os enfermeiros abordam o acolhimento de maneira respeitosa, identificado a sua orientação, contudo não especificam como seria esse.

“No acolhimento deve manter o respeito pela escolha do indivíduo”.

Begónia

“É atender a todos com respeito, mas sem fazer algo voltado para sua escolha porque assim estaremos discriminando eles”. **Centáurea**

“Respeitar a opção sexual e acolher aquele paciente sobre uma visão holística que trate a doença não como ausência de saúde, tratando dessa forma o paciente no contexto fisiopsicossocial”. **Erysimum**

“Acho que o acolhimento deveria ser igual ao que prestado aos demais usuários com o respeito que todos têm direito”. **Dália amarela**

“Deve haver respeito e escuta ativa para compreensão e resolutividade nos possíveis problemas enfrentados”. **Magnólia**

Pode-se perceber que tais profissionais mostram reconhecer a importância de um atendimento pautado no respeito, na garantia de assistência holística e sem discriminação, porém os sujeitos **Centáurea** e **Dália amarela** demonstram que na concepção dos mesmos os membros da comunidade LGBT não necessitam de acolhimento diferenciado, pois dessa forma para eles ocorrerá uma discriminação.

Os homossexuais têm demandas específicas, assim como qualquer outro grupo social. É preciso saber que gênero é uma dimensão social e como tal é causadora de organizações sociais que também pode e causa desigualdades. É necessário que o SUS, organize e elabore políticas melhores com o intuito de superar as desigualdades e promover o princípio da equidade (FERRAZ, et al. 2010).

É imprescindível compreender o sujeito aquém do sexo biológico. Conceber o ser em sua singularidade e ao mesmo tempo a multiplicidade de orientações sexuais e identidade de gênero são condutas essenciais para uma assistência em saúde equânime, integral, igualitária e direito de cidadania.

O nome social se constitui como um mecanismo de garantir esse direito. Ele tem por intuito assegurar aos travestis e transexuais do sexo masculino e feminino o direito de escolher e ser atendido por um nome ao qual o mesmo optou diferente do que está



Artigo

contido no seu registro civil, um nome que condiz com a sua identidade de gênero. Assim também tenta sucumbir o constrangimento do nome civil não ser representante da sua identidade (MARANHÃO, 2012).

Apenas um enfermeiro trouxe informações a respeito do seu acolhimento para com o grupo em questão, considerando a identidade de gênero desses usuários e abordado o nome social.

“O SUS preconiza que seja sem discriminação. Seja humanizado, tanto faz a preferência sexual por qualquer pessoa a qual ela se identifique. Busco enquanto profissional de saúde atender a essa população sem discriminação. Exemplo: caso chegue um paciente que tenha nome social perguntaria a ele como o mesmo gostaria de ser chamado, sem nenhum problema em tratar por um nome ou pelo outro”. **Adónis**

A sociedade busca ainda o ser “masculino” ou “feminino” mesmo que seja através de um nome escrito em um papel firmado em cartório. Estigmatiza o indivíduo no meio social e o constrange perante a sociedade, uma vez que, o seu nome civil não encontra em consonância com a sua identidade de gênero.

Em uma conceituação simples e facilmente entendida da população o nome social é o nome pelo qual pessoas (transexuais e travestis) preferem ser chamadas cotidianamente, em contraste com o nome oficialmente registrado que não reflete sua identidade de gênero.

Maranhão (2012) diz que: o nome social é aquele que os transexuais optam ser chamados em seu cotidiano, é uma escolha que reflete a expressão de gênero e não ao sexo biológico.

Há também os profissionais que baseiam o acolhimento no respeito e livre de discriminação, porém indagam fazer isso para todos os usuários do SUS.

“Da maneira que já fazemos. Facilitando o acesso, sem preconceitos e de forma humanizada. Tudo para promover uma assistência de qualidade e livre de paradigmas”. **Gardênia**

“Como qualquer outro usuário, logicamente usando instrumentos da assistência de acordo com a individualidade de cada usuário”. **Iris**



Artigo

Fica notável que esses enfermeiros tentam implementar o princípio da equidade, entretanto não identificam os diferentes mecanismos que podem contribuir com uma assistência de qualidade e integral.

CONCLUSÕES

É notável que ao longo dos anos a população LGBT busca a garantia de seus direitos e condições melhores de vida. Foram adquiridas algumas conquistas tanto no campo dos direitos cívicos quanto na saúde conquistados com muito esforço, onde os integrantes da população descrita são e foi submetido à marginalização e estigma perante a sociedade, mas mesmo assim fizeram e fazem dessa discriminação um instrumento de reivindicação, contudo esses direitos não são efetivados na prática.

As fragilidades encontradas puderam ser percebidas quanto à deficiência do conhecimento de diversidade sexual a qual os enfermeiros foram indagados e poucos souberam conceituar a referida temática. Quando perguntados os mesmos relacionaram diversidade à sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero. Ainda houve o desconhecimento geral da temática.

Não saber ou ter uma concepção divergente do real sentido da diversidade sexual o quanto importante ela é para fazer saúde, deixa a assistência de enfermagem insatisfatória e curativista, uma vez que essa atuação será pautada apenas na patologia desconsiderando aspectos subjetivos que compõem o ser. Além de favorecer o desenvolvimento da homofobia.

Os profissionais demonstraram saber o que é a homofobia, porém não sabem o quanto essa ação implica no estado de saúde do grupo LGBT sendo uma determinante da saúde importante e que deve ser considerada como um empecilho para a não adesão desse público a ESF. É necessário compreender o quanto nocivo é esse preconceito.

A assistência dos enfermeiros a essa população é prestada de forma ineficiente e pouco efetiva em detrimento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT existente desde 2010. Em consequência dessa constatação, associada a distorção do conceito de diversidade sexual há uma negativa da assistência aos LGBTs, uma vez que os pesquisados alegam pouco ou nenhum atendimento ao público em questão.

O conhecimento a respeito da diversidade sexual é de extrema importância para se fazer saúde aos LGBT, conhecer o seu território e as demandas das minorias adjacentes



Artigo

favorece a uma assistência de enfermagem integral e equânime. Sendo assim, é importante o enfermeiro conhecer a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, a área adstrita de atuação em que está inserido, saber o que é e o quanto é importante à diversidade sexual, orientação sexual e identidade de gênero para o seu perfil profissional e uma atuação de qualidade. Garantindo dessa forma a assistência ao indivíduo e coletividade na sua subjetividade de forma humanizada e dentro dos princípios do SUS e diretrizes da AB.

REFERÊNCIAS

BAILON, L.M; FRANÇA, C. S; FRANÇA, F. C. S; LOPES, V. F; PENA, L. O; VIEIRA, S. Homofobia. **Psicologia**. Pt, p. 01-12, 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0321.pdf>. Acesso em: 14/05/2018.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, 1979.

BRASIL. Ministério da saúde. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196>>. Acesso em: 28/05/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (**PNAB**). Agosto de **2017**; e ... Art. 4º **APNAB**. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acessado em: 19/05/2018.

____. Ministério da Saúde. **Política nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília–DF 2010.



Artigo

_____, Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/php?codmun=240200>>. Acesso em: 03 de maio de 2018.

_____. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil 2012**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>>. Acesso em 16/05/2018.

BEUREN, I. M.; RAUPP, F. M.; **Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. In: COLAUTO, R. D; LONGARAY, A. A.; PORTON, R. A. de B.; RAUPP, F. M.; SOUSA, M. A. B. de; BEUREN, I. M. (Org.). **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2008. p. 46-97.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n.3, p.552-563, 2012.

CARINA BACELAR, RAFAEL GALDO E MICHELLE MIRANDA. **No Brasil, homofobia matou ao menos 216 em 2014**.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL DA
CIDADE DE CAICÓ-RN

DOI: 10.29327/213319.18.3-15

Páginas 271 a 296

Artigo

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM.

Disponível

em:<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Familias_e_Domicilios/censo_fam_dom.pdf> Acesso em 20 de maio de 2018.

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DIAS, M.B. Homofobia é Crime? p. 1-3, s.d. Disponível em:

http://www.rkladvocacia.com/arquivos/artigos/art_srt_arquivo20130422210549.pdf

Acesso em: 03/05/2018.

DIAS, M.B. **Homofobia é Crime?** p. 1-3, s.d. Disponível em:

http://www.rkladvocacia.com/arquivos/artigos/art_srt_arquivo20130422210549.pdf

Acesso em: 03/05/2018.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. (Org.) **SUS e Saúde da Família para Enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva.** São Paulo: Yendis, 2011. p. 3-63.

FREITAS, C. E; PRODANOV, C.C. **metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2 ed. Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul – Brasil 2013.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL DA
CIDADE DE CAICÓ-RN

DOI: 10.29327/213319.18.3-15

Páginas 271 a 296

Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade.

Brasília, DF, Brasil, 2008.

RIOS, R. Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Homossexualidade. 2011.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA A POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL DA
CIDADE DE CAICÓ-RN

DOI: [10.29327/213319.18.3-15](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-15)

Páginas 271 a 296

Artigo

**SENSIBILIDADE DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG EM IDOSOS
RESIDENTES EM SERRA TALHADA-PE**

**SENSITIVITY OF THE BERG BALANCE SCALE IN SERRA TALHADA-PE
RESIDENTS ELDERLY**

Fernanda Adriana da Silva¹
Luciana Ângelo Bezerra²
Lídia Pinheiro da Nóbrega³
Welma Emidio da Silva^{4*}

RESUMO - Este estudo teve o objetivo de avaliar o equilíbrio funcional de idosos residentes em Serra Talhada-PE. Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, prospectivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito de Tauapiranga da cidade de Serra Talhada – PE, durante o período de agosto a setembro de 2017. A amostra foi constituída por 73 idosos, cadastrados na USF, com boa capacidade cognitiva e com faixa etária ≥ 60 anos. Para a coleta de dados se utilizou a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e um questionário composto por 20 questões, confeccionado exclusivamente para este estudo. Os dados coletados foram organizados, tabulados, analisados e expressos na forma de gráficos e tabelas, com valores absolutos e relativos. Ao avaliar o equilíbrio, verificou-se que a maioria apresentou alteração do equilíbrio e que o gênero feminino é o mais afetado. Também se verificou 69,86% dos idosos nunca obteve acesso à fisioterapia e que a USF não dispõe de fisioterapeutas. Dessa forma, conclui-se que a maioria dos idosos, residentes no distrito de Tauapiranga, sofre alteração de equilíbrio postural e, conseqüentemente, maior risco de quedas. O que torna evidente a necessidade da implementação da equipe

¹ Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade de integração do Sertão-FIS

² Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Faculdade Federal de Pernambuco – UFPE. Docente da Faculdade de Integração do Sertão-FIS

³ Coordenadora do Comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Faculdade de Integração do Sertão-FIS. Docente nas Faculdades Integradas de Patos – FIP

⁴ Doutora em Biociência Animal pela Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE. Docente da Faculdade de Integração do Sertão-FIS. E-mail: welmaesilva@gmail.com



Artigo

multidisciplinar da UBS de Tauapiranga, com a introdução de profissionais de fisioterapia.

Palavras-chave: Envelhecimento. Equilíbrio. Saúde Pública. Fisioterapia.

ABSTRACT - This study aimed to evaluate the functional balance of elderly residents in Serra Talhada-PE. This is a descriptive, prospective, quantitative-qualitative cross-sectional study carried out at the Basic Health Unit (UBS) of the Tauapiranga District of the city of Serra Talhada - PE, during the period of August to September of 2017. The sample consisted of 73 elderly people, enrolled in USF, with good cognitive capacity and with age range ≥ 60 years. For the collect of data it was used the Berg Balance Scale (BSE) and a questionnaire composed of 20 questions, made exclusively for this study. The collected data was organized, tabulated, analyzed and expressed in the form of charts and tables, with absolute and relative values. When assessing the balance, it was verified that the majority presented alteration of the balance and that the female gender is the most affected. It was also verified that 69.86% of the elderly never had access to physiotherapy and that the FHU does not have physiotherapists. Thus, it was concluded that the majority of the elderly, residents in the district of Tauapiranga, suffer alteration of postural balance and, consequently, a greater risk of falls. This makes evident the need for the implementation of the UBS multidisciplinary team of Tauapiranga, with the introduction of physiotherapy professionals.

Keywords: Aging. Balance. Public health. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se em um dos principais fenômenos demográfico ocorrido no século XX (NASRI, 2008). Devido a uma redução da fecundidade nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, o Brasil vem presenciando desde 1960 mudanças no padrão da pirâmide populacional, com um aumento da população idosa (CARVALHO; GARCIA, 2003).



SENSIBILIDADE DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG EM IDOSOS RESIDENTES EM SERRA
TALHADA-PE

DOI: [10.29327/213319.18.3-16](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-16)

Páginas 297 a 314

Artigo

É importante ressaltar que existe uma grande heterogeneidade entre as regiões e estados brasileiros, os quais diferem entre si no tempo e na velocidade em que este processo vem acontecendo (GOTTLIEB et al., 2011). O que torna importante análises, quanto as repercussões dessa alteração etária, sejam feitas em escalas geográficas menores na tentativa de identificar e ampliar o conhecimento desse fenômeno em todo país.

Dessa forma, essas transformações precisam ser acompanhadas por modificações no atendimento às necessidades desse grupo populacional, como é o caso do sistema de saúde. Pois o envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações anatômicas, fisiológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que repercutem sobre as condições de saúde desses indivíduos (PAPALÉO-NETTO; CARVALHO-FILHO; NOGUEIRA, 2006).

Para Conceição (2010), o aumento da longevidade da população brasileira traz desafios especiais para a atenção à saúde, uma vez o processo de envelhecimento, independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais de cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (GOTTLIEB et al., 2011). Sendo assim, os idosos necessitam de vigilância de uma equipe multiprofissional de saúde capacitada para a atuação preventiva, caracterizada pelo estímulo ao idoso, preservando sua autonomia e independência para melhorar a sua qualidade de vida (CONCEIÇÃO, 2010).

Obter uma melhor qualidade de vida é um desafio, que cresce a cada dia nesses anos conquistados a mais. Nesse contexto, vários estudos são realizados com o objetivo de evidenciar os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido” (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008). Para Sprangers et al. (2000), idade, sexo, escolaridade, condição econômica e presença de incapacidades são fatores que influenciam na qualidade de vida do idoso.

Alterações do equilíbrio corpóreo também é considerado um fator que apresenta impacto significativo para a terceira idade (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005). Isso porque com o envelhecimento, nosso organismo sofre um declínio na capacidade dos sistemas em captar as informações, o que reflete em uma resposta inadequada do sistema nervoso central à estabilidade corporal, resultando em alteração na marcha e instabilidades, predispondo os idosos a quedas (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2003). As quedas são eventos mórbidos multifatoriais, causadores de lesões, comprometimento psicossociais, incapacidades funcionais e morte nessa população (GASPAROTTO;



Artigo

FALSARELLA; COIMBRA, 2014; GOMES et al., 2014), representando grave problema de saúde pública. Apesar da sua complexidade etiológica, os episódios de quedas podem ser reduzidos com a aplicação de medidas preventivas. Para isso, é necessário que se instrua a sociedade e se capacitem profissionais para atender à população geriátrica (MACIEL, 2010).

O fisioterapeuta desempenha um papel crucial junto a essa população, atuando na amenização do enfraquecimento muscular, e reduzindo as incapacidades e dependências (ACIOLE; BATISTA, 2013), uma vez que esses profissionais trabalham com exercícios direcionados à melhoria da postura que fornecem uma intervenção por meio de reprogramação sensorial, situando e recompondo a postura e todo o sistema neurológico, muscular e esquelético (CASTRO et al., 2012).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar funcionalmente o equilíbrio de idosos residentes em Tauapiranga, distrito da cidade de Serra Talhada – PE, bem como averiguar a disponibilidade do serviço de fisioterapia para a população idosa, residentes no distrito.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, prospectivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) do distrito de Tauapiranga da cidade de Serra Talhada – PE, durante o período de agosto a setembro de 2017.

A amostra foi constituída por 73 idosos, cadastrados na USF do distrito, com boa capacidade cognitiva e com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos os idosos com doenças neuromusculares hereditárias ou com patologias diagnosticadas que, naturalmente, afete o equilíbrio. Para a coleta de dados se utilizou a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e um questionário composto por 20 questões, confeccionado exclusivamente para este estudo.

A EEB – versão brasileira, traduzida e adaptada para a língua portuguesa (MIYAMOTO et al., 2004), foi utilizada para avaliar o equilíbrio e o risco de quedas dos idosos. Esta escala foi criada em 1989 por Katherine Berg e trata-se de um instrumento confiável que tem tido ampla utilização. A EEB é composta por 14 (quatorze) tarefas categorizadas numa escala ordinal de cinco pontos, que vai desde 0 (referindo aquele



Artigo

incapaz de realizar a tarefa) até 4 (aquele que realiza de forma independente). Os escores dos 14 (quatorze) itens são combinados em um escore total que vai de 0 a 56 pontos, quanto maior o escore melhor é o desempenho, sendo que um resultado igual ou inferior a 45 pontos evidencia uma diminuição do equilíbrio, podendo ser um valor preditivo de quedas recorrentes e conseqüentemente diminuição da independência e funcionalidade (RIBERTO et al., 2008).

O teste avalia tanto a forma como é realizado cada item, assim como o tempo em que este se realiza, podendo averiguar o desempenho dos idosos nas atividades motoras, bem como o equilíbrio ao realizá-las. Assim, com a EEB, se pode identificar as tarefas com maior dificuldade de execução e, conseqüentemente, as atividades de vida diária que podem ser afetadas, sabendo qual é o melhor momento para atuar (com o objetivo de manter ou melhorar esse equilíbrio, dependendo da faixa etária) e quais são os melhores recursos para poder intervir nessas tarefas prejudicadas, a fim de evitar, posteriormente, uma série de complicações e melhorar sua qualidade de vida (DIAS et al., 2009).

Com o questionário, pode se explorar as seguintes covariáveis: sexo; estado civil; faixa etária; escolaridade; renda mensal; número de dependente; se têm cuidador; se realiza atividade física; frequência de quedas; regularidade de atendimento na USF; as dificuldades existentes para ir a USF; disponibilidade de serviço de ambulância; outra forma de deslocamento fornecida pela Secretaria de Saúde da cidade; conhecimento sobre os serviços de fisioterapia; se já utilizou serviços de fisioterapia; as especialidades médicas disponíveis na USF; a presença de fisioterapeuta na equipe da UBS e; se eles utilizariam a fisioterapia como forma preventiva.

Os dados coletados, foram organizados, tabulados e processados pelo programa Excel 2010 e os resultados foram analisados e expressos na forma de gráficos e tabelas com valores absolutos e relativos. O presente estudo seguiu as normas das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 da comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (CONEP/ CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Integração do Sertão (CEP/FIS), sob parecer CAAE: 86784318.9.0000.5181.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

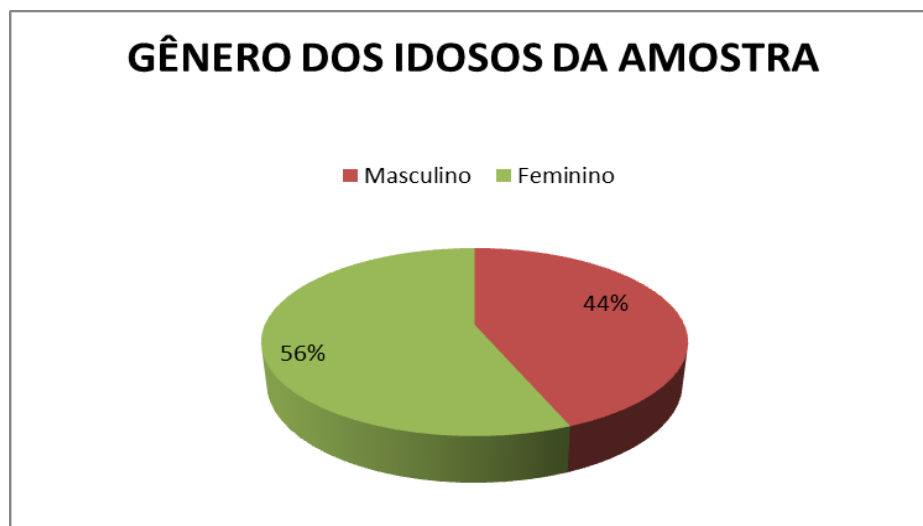
No estudo foram incluídos 73 idosos, que correspondem a 14,09% da população de 518 idosos cadastrados na USF do distrito de Tauapiranga, Serra Talhada-PE. A idade



Artigo

dos participantes teve um intervalo entre 60 a 106 anos, onde se observou um maior percentual do gênero feminino (Gráfico 1).

Gráfico 1: Resultado de análise percentual do gênero dos idosos residentes em Tauapiranga, distrito do município de Serra Talhada-PE.



Dessa forma, para que a amostra se tornasse homogênea, os participantes foram subdivididos em relação a faixa etária, o que totalizou quatro subgrupos: Grupo I – 60 a 70 anos; Grupo II- 71 a 81 anos; Grupo III – 82 a 92 anos e Grupo IV- a partir de 93 anos. Com essa divisão, observamos que a amostra foi composta majoritariamente por idosos com 60 a 70 anos (72,60%) e o sexo feminino teve maior percentual mesmo quando avaliado entre os subgrupos etários I e II, grupos que apresentaram maior percentual de idosos (Tabela 1).



Artigo

Tabela1. Percentual dos idosos segundo o gênero e grupos etários

Grupos	GI	GII	GIII	GIV
	n=53	n=14	n=5	n=1
n=73	n %	n %	n %	n%
Faixa etária	72,60	19,18	6,85	1,37
Feminino	60,38	57,14	20	0
Masculino	39,62	42,85	80	100

*GI: Grupo I – idosos com 60 a 70 anos; GII: Grupo 2- idosos com 71 a 81 anos, GIII: Grupo 3 – idosos com 82 a 92 anos, GIV: Grupo 4- idosos acima de 93 anos.

Estudos têm mostrado que o processo de envelhecimento está associado a modificações no padrão da marcha e no equilíbrio (ABREU; CALDAS, 2008), havendo uma redução na capacidade de controle postural. O equilíbrio postural está relacionado ao controle da relação entre a força gravitacional que age sobre o corpo e forças internas - torque articular (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2003).

Essas alterações, sofridas naturalmente com a progressão da idade, estão presentes em ambos os gêneros, porém com maior intensidade no gênero feminino, pois a partir da quarta década de vida, o processo de reabsorção óssea começa a preponderar sobre o processo de formação do osso, levando à diminuição fisiológica da massa óssea (NAVEGA; AVEIRO; OISHI, 2003). Além disso, segundo Baracat e Lima (2005), entre sessenta e setenta anos, é observada uma baixa de hormônios (período de climatério) no gênero feminino que contribui no desenvolvimento de patologias osteomusculares, causando alterações no equilíbrio, o que pode explicar os resultados do presente estudo.

Ao avaliar o perfil sociodemográfico dos indivíduos inclusos no estudo, constatou-se que a maioria eram casados (61,64%) ou moravam com parceiros e



Artigo

apresentavam apenas nível fundamental incompleto (87,67%). Também se constatou que a maioria são aposentados, recebendo até um salário mínimo (SM) e ainda possuíam dependentes da sua renda.

Sprangerset al. (2000) mostraram que fatores como idade avançada, gênero, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida. Essa mesma opinião é compartilhada por Chaimowicz (1997), que relaciona diretamente o estado de saúde à qualidade de vida, a qual é influenciada pelos fatores citados por Sprangerset al. (2000), acrescido da presença de incapacidades. Além disso, Reis e Costa (2010) observaram uma relevância nos resultados em que maiores níveis de escolaridade mostraram melhor percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e em níveis de independência.

Em relação ao rendimento mensal, os resultados corroboram com os de Pereira et al. (2003), que observaram que 61,1% dos idosos de sua pesquisa, apresentaram renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo. Também é consenso que a produtividade e a empregabilidade declinam com a idade e a aposentadoria passa a desempenhar papel fundamental na renda do idoso. Ainda se sabe que uma parcela considerável dos idosos tem a necessidade de assegurar não só a própria manutenção, mas a sobrevivência de sua família (TAVARES et al., 2011), o que é preocupante, pois uma boa situação socioeconômica mostra-se associada a melhor qualidade de vida (SPRANGERSET et al., 2000).

Ao avaliar o equilíbrio dos idosos por meio da Escala de Berg, verificou-se que apenas 38,36% da amostra apresentaram pontuação entre 41 e 56; 36,98% entre 21 e 40 e 24,66% entre 0 e 20. Devemos ressaltar que dos avaliados, que obtiveram pontuação entre 41 e 56, apenas sete atingiram pontuação máxima de 56 pontos (equilíbrio excelente), o que corresponde a 9,59% da amostra. Quanto a pontuação mínima, verificou-se que nove idosos tiveram pontuação zero (equilíbrio severamente prejudicado), o que corresponde a cerca de 12,33% da amostra. Ao analisar os subgrupos etários, foi observado que nenhum idoso do grupo III e IV obtiveram pontuação entre 41 e 56 (Tabela 2).

O controle do equilíbrio requer a manutenção do centro de gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas. Esse processo ocorre de forma eficaz pela ação, principalmente dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial. Com o envelhecimento, esses sistemas são afetados e várias etapas do controle postural podem ser suprimidas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, levando a um



Artigo

aumento da instabilidade (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005). Isso explica o fato de apenas 38,35% da amostra ter apresentado pontuação entre 41 e 56, onde apenas sete destes obtiveram pontuação máxima.

Esses achados podem ser reforçados ao averiguar que mesmo indivíduos jovens com o avançar da idade estão suscetíveis à diminuição na quantidade e qualidade das informações enviadas ao sistema nervoso central, alterando assim seu controle postural e diminuição da força muscular levando ao desequilíbrio (BALLARD et al., 2004; GAZZOLA et al., 2006).

Tabela 2. Percentual dos valores obtidos na Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio em idosos.

SCORE/GRUPO	GI n=53 n %	GII n=14 n %	GIII n=5 n %	GIV n=1 n %	Total n=73 n %
0 a 20	18,87	28,57	60	100	24,66
21 a 40	39,62	28,57	40	0	36,99
41 a 56	41,51	42,86	0	0	38,35

* GI: Grupo 1 – idosos com 60 a 70 anos; GII: Grupo 2- idosos com 71 a 81 anos, GIII: Grupo 3 – idosos com 82 a 92 anos, GIV: Grupo 4- idosos com 93 e mais anos.

Quando se avaliou as questões segundo o gênero, observou-se que maior percentual de idosos do gênero feminino apresentou pontuação entre 0 e 20, ficando com o gênero masculino o maior percentual, quando a pontuação foi entre 41 e 56 (Tabela 3).

Tabela 3. Percentual dos valores obtidos na Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio em idosos, segundo o gênero.

Gênero/Score	0-20 n=18 n%	21-40 n=27 n%	41-56 n=28 n%	Total n=73 n%



Artigo

MASCULINO	8,22	13,7	21,92	43,84
FEMININO	16,44	23,29	16,44	56,16

Esses achados corroboram com a pesquisa de Silva et al (2013), que revelaram uma diferença muito significativa no desempenho médio do equilíbrio funcional, quando avaliaram os escores da EEB entre os gêneros. Esses autores argumentaram que tais diferenças entre os gêneros ocorrem devido a mulher possuir menor quantidade de massa magra e força muscular, ocasionando maior fragilidade e predisposição às quedas que, segundo Fabricio, Rodrigues e Costa-Júnior (2004), se dá normalmente em decorrência da perda total ou da ineficiência dos mecanismos necessários à manutenção do controle postural.

É importante ressaltar que o período pós-menopausa é marcado por hipostrogenismo (FERNANDES et al., 2015), condição que afeta diversas funções fisiológicas, incluindo o metabolismo ósseo e mineral (MACHADO, 2003). Assim, a osteoporose acaba sendo uma doença comum em idosos do sexo feminino (FERNANDES et al., 2015) e, de acordo com Burke et al (2010), idosos com osteoporose possuem, além da fragilidade mecânica resultante das alterações na microarquitetura óssea, diminuição mais pronunciada de força e equilíbrio. Essas alterações resultam em risco de quedas e de fraturas aumentado, exercendo papel negativo sobre a qualidade de vida desses indivíduos (FERNANDES et al., 2015).

Tabela 4 – Valores obtidos na Escala de Equilíbrio de Berg na população estudada.

Valores obtidos nos itens

Questões	Pontuação					Feminino	Masculino
	0	1	2	3	4		
1	14	9	1	30	19		
2	13	1	6	7	46	25	21
3	10	5	4	17	37	20	17
4	10	15	2	22	24		
5	11	9	5	22	26		
6	17	10	6	9	31		
7	17	6	2	7	41	20	21



Artigo

8	20	10	5	13	25		
9	13	5	2	21	32		
10	16	6	12	9	30		
11	20	8	13	0	32		
12	20	9	16	0	28		
13	42	7	5	1	18	26	16
14	45	11	1	4	12	30	15

A tabela 4, consta os valores obtidos nas questões de 1 a 14 da EEB para analisar resultados de algumas questões em específico. Com essa tabela, se verificou que as questões 02 (permanecer em pé sem apoio por 2 minutos), 03 (permanecer sentado sem apoio nas costas, com os pés apoiados no chão ou num banquinho e com os braços cruzados) e 07 (permanecer em pé sem apoio com os pés juntos), obtiveram pontuação máxima (04 pontos) por 46, 37 e 41 idosos, respectivamente. Já as questões que obtiveram um maior número de idosos com pontuação mínima (0 pontos), foram as de número 13 (permanecer em pé sem apoio com um pé à frente) e 14 (permanecer em pé sobre uma perna), com 42 e 45 idosos, respectivamente. Quando avaliamos as questões específicas quanto ao gênero, observamos que no feminino as questões 02, 03 e 07 obtiveram um maior número de idosos. Entretanto, quando fizemos análise das questões específicas quanto ao masculino, observamos que apenas as questões 02 e 07 obtiveram um maior número de idosos (Tabela 4).

Devemos ressaltar que as posições solicitadas nas questões 02, 03 e 07 exigem menos a utilização do centro de gravidade como referência para executar a tarefa, pois quanto maior a base de suporte, menor o desequilíbrio (GAZZOLA et al., 2006), já que o equilíbrio requer a manutenção do centro de gravidade dentro da base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005). Esse fato pode ser confirmado quando se verifica que as questões treze (permanecer em pé sem apoio com um pé à frente) e quatorze (permanecer em pé sobre uma perna), foram as que os idosos de ambos os gêneros apresentaram maior dificuldade em executar. Essas questões requerem o apoio bipodal e unipodal na tarefa, portanto, maior controle postural do corpo.

Os resultados da avaliação da escala de Berg tornam-se preocupantes quando associamos os dados obtidos da avaliação da regularidade de atendimento pela USF. Pois foi visto que apesar de a maioria (83,56%) ser atendida regularmente pela USF do distrito, uma ou duas vezes por mês, não há a especialidade de fisioterapia no mesmo. 69,86%



Artigo

nunca obteve acesso à fisioterapia e ainda têm muita dificuldade de procurar esse serviço no centro da cidade (Serra Talhada-PE), devido às dificuldades de deslocamento (o transporte é caro e a prefeitura e/ou estado não disponibilizam transporte).

Apesar das dificuldades, todos os idosos independente do gênero, relataram que se o médico solicitasse e se a USF do distrito tivesse esses especialistas, eles fariam fisioterapia. Todos também disseram que se o fisioterapeuta fosse às residências, como outras especialidades da USF, seria melhor, visto que 94, 52% dos idosos incluídos no estudo precisam que alguém os acompanhe às consultas médicas, pois sentem algum desconforto físico e são dependentes de diversos medicamentos.

Essa situação vivida pelos idosos de Tauapiranga vai contra a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual foi aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 687, cujo objetivo geral é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Além disso, para o alcance do propósito da Política Nacional do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde favoreceu a ampliação da Atenção à Saúde da Família criando os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. A referida portaria, em seu artigo 7º, definiu as modalidades e os profissionais responsáveis, montando uma equipe multiprofissional composta por: nutricionista, educador físico, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo e fisioterapeuta (BRASIL, 2005). Assim, o fisioterapeuta insere-se no sistema de atenção básica numa nova perspectiva de atuação, focada nas práticas de prevenção, promoção e reabilitação, promovendo a qualidade de vida do indivíduo, em todos os ciclos da vida (PEREIRA et al., 2004).

Segundo Deliberato (2003), a recuperação e manutenção da saúde torna um processo de envelhecimento pleno a ser vivido. Para melhorar a qualidade de vida do idoso, sua funcionalidade e superar suas limitações (como a locomotora), a fisioterapia



Artigo

atua diretamente no envelhecimento biológico, proporcionando uma maior expectativa de vida funcional para realizar suas atividades diárias, oferecendo independência ao idoso.

No Brasil e em diversos países, a fisioterapia domiciliar vem avançando para mudar o atendimento convencional em clínicas para a prática de atendimento domiciliar, pela incapacidade físico-funcional restringindo o paciente ao não afastamento do leito residencial. No entanto, a assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003).

No entanto, a função aglutinadora e a organização, requerida pela rede pública de saúde é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional. Além disso, observa-se a necessidade de ampliação no campo de atuação do fisioterapeuta na atenção primária, faltando atribuir regulamentação, ações de educação em saúde para prevenção de patologias atribuídas a comunidade idosa (REZENDE et al., 2009).

CONCLUSÃO

Diante do exposto conclui-se que a maioria dos idosos, residentes no distrito de Tauapiranga sofre alteração de equilíbrio postural e que essa população necessita de acompanhamento fisioterapêutico, muitos a nível domiciliar. Assim há a visível necessidade da implementação do sistema público de saúde na UBS do distrito de Tauapiranga, com a introdução de profissionais de fisioterapia na equipe profissional multidisciplinar. Pois a intervenção preventiva da fisioterapia tem como objetivo garantir uma melhor qualidade de vida, atuando no fortalecimento muscular, no melhoramento postural e na amenização das incapacidades e dependências, o que reduz a incidência de quedas. Também se observa a precariedade da saúde pública nas microrregiões do sertão pernambucano.

REFERÊNCIAS



SENSIBILIDADE DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG EM IDOSOS RESIDENTES EM SERRA
TALHADA-PE

DOI: [10.29327/213319.18.3-16](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-16)

Páginas 297 a 314

Artigo

ABREU, S. S. E.; CALDAS, C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 4, p. 324-330, 2008.

ACIOLE, G. G; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 10-19, 2013.

BALLARD, J. E.; MCFARLAND, C.; WALLACE, L. S.; HOLIDAY, D. B.; ROBERSON, G. The effect of 15 weeks of exercise on balance, leg strength, and reduction in falls in 40 women aged 65 to 89 years. **Journal of the American Medical Women's Association**, v. 59, n. 4, p. 255-261, 2004.

BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Ginecologia. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP. 1ª ed. Barueri: Manole, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.065 de 4 de julho de 2005**. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Diário Oficial da União, 2005.

BURKE, T. N.; FRANÇA, F. J.; MENESES, S. R.; CARDOSO, V. I.; PEREIRA, R. M.; DANILEVICIUS, C. F.; MARQUES, A. P. Postural control among elderly women with and without osteoporosis: is there a difference? **São Paulo Medical Journal**, v.128, n. 4, p. 219-24, 2010.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.



Artigo

CASTRO, M. F.; SANCHEZ, E. G. M.; FELIPPE, L. A.; CRISTOFOLETTI, G. O Papel da Fisioterapia no Controle Postural do Idoso. **Revista Movimenta**, v. 5, n. 2, p. 172-179, 2012.

CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia Preventiva Fundamentos e Aplicações**. Barueri: Manole, 2002.

DIAS, B. B.; MOTA, R. S.; GÊNNOVA, T. C.; TAMBORELLI, V.; PEREIRA, V. V.; PUCCINI, P. T. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, v. 6, n. 2, p. 213-224, 2009.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FERNANDES, T. R. L.; OLIVEIRA, J. B.; LORENCETE, T. V.; AMADEI, J. L. Fatores associados à osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 93-106, 2015.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014.

GAZZOLA, J. M.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, M. M.; GANANÇA, F. F. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 5, p. 683-690, 2006.



Artigo

GOMES, E. C. C.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; BARROS, B. P. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.

GOTTLIEB, M. G. V; SCHWANKE, C. H. A.; GOMES, I.; CRUZ, I. B. M. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Successful aging: paths for a construct and new frontiers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

MACIEL A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista Médica Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 554-557, 2010.

MACHADO, L. V. Estratégia de saúde para a mulher climatérica. In: Fernandes, CE. (ed.). Menopausa: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Segmento, 2003.

MIYAMOTO, S. T; LOMBARDI JUNIOR, I; BERG, K. O.; RAMOS, L. R.; NATOUR, J. Brazilian version of the Berg balance scale. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. V. 6, n. 1, p. S4-S6, 2008.

NAVEGA, M. T.; AVEIRO, M. C.; OISHI, J. Alongamento, caminhada e fortalecimento dos músculos da coxa: um programa de atividade física para mulheres com osteoporose. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p. 261-267, 2003.

PAPALÉO-NETTO, M.; CARVALHO-FILHO, E. T; NOGUEIRA, R. F. Fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2006, p. 43-62.



Artigo

PEREIRA, F. W. A.; MANGUEIRA, J. O.; MONTEIRO, M. P. A.; VÉRAS, M. M. S.; LIMA, V. C. S.; BARROCAS, T. C. P.; LUCENA, D. A inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **Sanare**, v. 5, n. 2, p. 93-100, 2004.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINE, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

REIS, M. G.; COSTA, I. P. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, n. 4, p. 408-422, 2010.

REZENDE M, MOREIRA MR, FILHO AA, TAVARES MFL. A equipe multiprofissional da "Saúde da Família": uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1403-1410, 2009.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2008.

RUWER SL; ROSSI AG, SIMON LF. Equilíbrio no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 3, p. 298-303, 2005.

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. **Controle motor: teoria e aplicações práticas**. 2 ed. Baurueri: Manole, 2003, p 153-178.

SILVA, J. M. N.; BARBOSA, M. F. S.; CASTRO, P. O. C. N.; NORONHA, M. M. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 337-346, 2013.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SPRANGERSSET, M. A. G.; REGT, E. B.; ANDRIES, F.; VAN AGT, H. M. E.; BIJL, R. V.; BOER, J. B. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 9, p. 895-907, 2000.

TAVARES, V. O.; TEIXEIRA, K. M. D.; WAJNMAN, S.; LORETO, M. D. S. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 1, p. 94 – 108, 2011.

VILELA, A. B. A.; CARVALHO, P. A. L.; ARAÚJO, R. T. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Revista Saúde.Com**, v. 2, n. 2, p. 101-114, 2006.



SENSIBILIDADE DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG EM IDOSOS RESIDENTES EM SERRA
TALHADA-PE

DOI: [10.29327/213319.18.3-16](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-16)

Páginas 297 a 314

Artigo

**SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA
COMUNIDADE SERTANEJA**

**HEALTH OF THE BLACK POPULATION: HEALTH SITUATION OF A
SERTANEJA COMMUNITY**

Jaqueline Nogueira Crispim Leite¹
Francisco Andesson Bezerra da Silva²
Maura Vanessa Silva Sobreira³
Emanuel Costa de Melo⁴
Taciana Raquel Silva Sobreira⁵
Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá⁶

¹Enfermeira assistencial, no Hospital Infantil Julio Bandeira de Melo em Cajazeiras, PB, e-mail: jaquejncpb@hotmail.com.

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos de SP, Especialista em Gestão das Políticas Públicas em DST/Aids, hepatites virais e Tuberculose, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Natal, Brasil. Gerente Regional de Saúde da 10ª GRS, E-mail: andessonbr@hotmail.com.com.

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Bacharel em Educação Física pela Universidade Potiguar, Natal/RN, Brasil. Especialista em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidados, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa, PB. Brasil, E-mail: emmanuelcmelo@gmail.com.

⁵Medica com Residência em Clínica Médica pela UFPB, especialista em Medicina da Família e Comunidade pela UFPB, João Pessoa, PB. Brasil, e-mail: taciraquel@hotmail.com.

⁶Enfermeira, especialista em Processos Educacionais na Saúde Pelo Hospital Sírio Libanês, Gerente Regional de Saúde da 9ª GRS, e-mail: Amélia_haroldo@hotmail.com.



SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE SERTANEJA

DOI: 10.29327/213319.18.3-17

Páginas 315 a 332

Artigo

RESUMO - O presente estudo objetivou analisar o perfil de saúde da população negra de uma comunidade sertaneja. **Métodos:** Foi realizado estudo de campo do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa foi realizado no município de Cachoeira dos Índios - PB. A população foi constituída de pessoas negras e pardas maiores de 18 anos que se auto declaram negros e pardos, totalizando uma amostra de 50 pessoas, sendo escolhidas por fazerem parte do contexto da comunidade conhecida por seus integrantes serem na maioria negros com costumes próprios herdados de escravos alforriados instalados na região. **Resultados:** Ficou evidenciado que negros e pardos vivem em condições de pobreza, com salários inferiores a população geral acesso restrito a educação em sua minoria são portadores de doença crônica, ainda são discriminados, porém não sofreram preconceito em instituição pública, isso não os isenta das desigualdades sofridas no tocante as questões raciais. **Conclusão:** Os estudos também apontam a necessidade de conhecimento das políticas públicas voltada para melhoria e reparação de danos sofridos por esta população, a necessidade de se aceitar como negros para lutar contra a desigualdade e discriminação.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde da População Negra. Racismo.

ABSTRACT - The present study aimed to analyze the health profile of the black population of a sertaneja community. **Method:** A field study of the exploratory descriptive type with a quantitative approach was carried out in the city of Cachoeira dos Índios - PB. The population was composed of black and brown people over 18 years of age who have visible physical morphological characteristics that declare themselves to be black and brown, totaling a sample of 50 people, being chosen because they are part of the community known to be mostly blacks with their own customs inherited from freed slaves installed in the region. We analyzed the challenges encountered in the health disease process. **Results:** Regarding the objectives of the research, it was evidenced that blacks and pardos live in poverty, with lower wages, restricted access to education in their minority are carriers of chronic disease, occupy the worst positions, are still discriminated against, but have not suffered prejudice in a public institution, this does not exempt them from the inequalities they have suffered with respect to racial issues. **Conclusion:** The studies also point out the need for knowledge of public policies aimed at improving and repairing damages suffered by this population, the need to accept themselves as blacks to fight against inequality and discrimination.



Artigo

Keywords: Public policy. Health of the Black Population. Racism.

INTRODUÇÃO

Segundo Brym *et al.*, (2006) a população negra brasileira se difere das outras no mundo, devido à miscigenação com brancos e nativos e características culturais próprias advindas de regiões da África. O processo de saúde doença foi influenciado pela escravidão que se estendeu até o final do século XIX. Essa trajetória histórica é marcada por desigualdade que é resultado do contexto social, econômico, demográfico, cultural e político (GOES; NASCIMENTO, 2013).

De acordo com Barata (2013), a discussão sobre igualdade ou desigualdade deve se situar além das simples comparação de situações, atribuindo-se juízo ao que é igual ou desigual. As pesquisas mostram desigualdades no perfil de saúde entre regiões e diferentes segmentos de classe social, mas poucos associam à inserção social desqualificada/desvalorizada da população negra na sociedade e nos indicadores de saúde (BATISTA, 2005; BARATA, 2009).

Dados da Secretaria Especial de Política de promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que compõe a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2015), trazem elementos que comprovam a intensidade da desigualdade no Brasil. Quanto ao aspecto da pobreza, mais de 32 milhões de negros com renda de até ½ salário mínimo viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação e eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social (IBGE, 2000; IPEA 2002 *apud* BRASIL, 2007).

Em 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cujo objetivo geral é promover saúde integral dessa população, priorizando a redução das desigualdades ético-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para redução de iniquidades (Brasil, 2009).

Diante disso foi levantado alguns questionamentos: Como vivem a população negra de uma comunidade rural? São acometidos por alguma doença, qual? E como fazem para a cura das doenças?



Artigo

Com este estudo espera-se compreender melhor o perfil de saúde de população negra, buscando dar visibilidade a esse grupo étnico ainda excluído que muitas vezes marginalizados no processo de atenção à saúde.

OBJETIVOS

- Analisar o perfil de saúde da população negra de uma comunidade sertaneja.
- Conhecer o perfil sócio demográfico da população negra de uma comunidade sertaneja;
- Identificar o perfil epidemiológico da população negra;
- Compreender práticas de promoção/cura utilizada pela população negra de uma comunidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. Com relação ao estudo de campo é utilizado com a finalidade de conseguir informações ou conhecimento acerca do problema para o qual se procura uma resposta, ou pode ser de uma hipótese onde se queira comprovar, ou ainda utilizado para descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Segundo Aragão (2011) o estudo descritivo retrata a realidade através de estudo de casos ou quando não se tem conhecimento afimco de determinado assunto, portanto o estudo visa relatar de forma sistemática a realidade da saúde e as formas de prevenção existente na população negra em duas comunidades rurais no município de Cachoeira dos Índios - PB.

A pesquisa foi realizada em uma comunidade da zona rural denominada Monteiro, localizada no município de Cachoeira dos Índios-PB, esta cidade do alto sertão Paraibano, é constituída por 03 distritos: Balanço, São José de Marimbas e Fátima. Segundo o IBGE (2010), possui extensão territorial de 193,1 km² com densidade demográfica de 49,44



Artigo

Hb/km². Com 9.546 habitantes, sendo 6.143 na zona rural e 3.403 na zona urbana. O município oferta serviço para saúde de ações: preventivas, promoção e reabilitação da saúde através de unidades básicas de saúde e poli clínica, tem como referência em saúde a cidade de Cajazeiras-PB.

Segundo Gil (2010), população refere-se ao conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. Amostra é um subconjunto da população, é através dela é possível estabelecer ou estimar as características da população.

A população foi constituída de pessoas negras e pardas que se auto declaram negros e pardos, que estavam com as funções mentais preservadas, para que não haja interferência nos dados coletados, que residem no mínimo há cinco anos nas comunidades rurais supracitados no município de Cachoeira dos Índios - PB, totalizando uma amostra de 50 pessoas, sendo identificados por fazerem parte do contexto da comunidade conhecida por seus integrantes, serem na maioria negros com costumes próprios herdados de escravos alforriados instalados na região. Participaram deste estudo pessoas que auto se declaram negras e pardas que atenderem os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos.

Os dados foram coletados mediante autorização da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), de acordo com a disponibilidade dos participantes. O instrumento para coleta de dados utilizados foi um questionário semi-estruturado, com questões objetivas, que forneceram dados sócios demográficos e referentes ao objetivo da pesquisa. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), foi iniciada a coleta de dados em 09 de junho de 15, após o parecer de nº 1.109.827.

As informações foram tratadas através da análise temática, que avaliou os significados das mensagens, essa técnica foi escolhida por permitir um enriquecimento da leitura das mensagens coletadas, procurando extrair e observar o conteúdo destas, para além de compreender o contexto no qual elas são vinculadas. Os dados relacionados à caracterização dos sujeitos foram apresentados em quadros e para melhor visualização das informações e em seguida foram discutidos com base na literatura pertinente.

Esta pesquisa obedeceu às diretrizes e às normas éticas determinadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos em vigor no país, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como ao seu anonimato e ao sigilo de dados confidenciais (BRASIL, 2012).



Artigo

RESULTADOS

A tabela 01 que se segue traz a distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto às variáveis de identificação pessoal, como idade, sexo, estado civil, cor, profissão, renda familiar mensal, grau de escolaridade, moradia e religião. Todos esses elementos foram de extrema importância para atender aos objetivos propostos inicialmente pelo estudo.

Tabela 1 - Caracterização da amostra, Cachoeira dos Índios, 2015

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	23	46
Feminino	27	54
IDADE		
18-25	7	14
26-35	12	24
>36	31	62
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	18	36
Casado (a)	25	50
Separado (a)	4	08
Viúvo (a)	3	06
COR/RAÇA		
Negro (a)	13	26
Pardo (a)	37	74
PROFISSÃO		
Agricultor (a)	41	82
Aposentado (a)	05	10
Pescador (a)	01	02
Montador (a)	01	02
Caixa	01	02
Frentista	01	02
TOTAL	50	100%



Artigo

Evidencia-se uma quantidade maior de mulher parda e negra no estudo, referente aos homens. De acordo com Goes e Nascimento (2013) as mulheres negras estão em número maiores e são mais susceptíveis as desigualdades e iniquidades em saúde, causando condições de vida desfavoráveis.

Em relação ao estado civil dos participantes, 36% afirmam ser solteiro (a)s, a metade dos pesquisados são casados com 50%, separados são 08% e viúvos são 06%, o grande número de casados representam a união estável dessa população pesquisada que não se enquadram na estatística brasileira. Segundo o IBGE senso 2010 análise e estatística, o número de casados caíram bastante de 37,0% para 34,8% em relação ao senso anterior. Cor/raça, homens e mulheres se identificaram na grande maioria como pardos seguindo uma porcentagem de 74% em relação aos que se consideravam negros representados no percentual de 26%, embora todos apresentando características físicas de negros.

Essa não aceitação da própria cor pode se dá pela discriminação da sociedade, é uma forma de se tornar igual aos brancos para que o meio em que são inseridos não os inferiorize.

De acordo com Santos e Santos (2013), a sociedade discrimina e nega a discriminação deixando claro que as políticas públicas de igualdade racial são um equívoco e não uma ferramenta reparadora da desigualdade.

Em relação à profissão a maioria afirma ser agricultores com 82%, aposentados com 10%, pescador 02%, caixa 02% e montador 02% e frentista 02%. É notório que negros e pardos ainda ocupam posições de trabalhos inferiores aos brancos quando se trata de cargos que exige um pouco mais de escolaridade.

Desde o fim do regime escravocrata os negros ocupam posições inferiores no mercado de trabalho comparados com os brancos desempenhando a função (MATOS; MACHADO, 2006).



Artigo

Tabela 2 - Continuação da Caracterização dos participantes do estudo, Cachoeira dos Índios, 2015.

VARIÁVEL	N	%
RENDA MENSAL		
Menos que um salário mínimo	13	26
Um salário mínimo	32	64
Entre um salário mínimo a dois salários mínimos	05	10
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental incompleto	43	86
Ensino fundamental completo	2	04
Ensino médio incompleto	3	06
Ensino médio completo	1	02
Superior incompleto	1	02
MORADIA		
Casa própria	49	98
Casa alugada	1	02
RELIGIÃO		
Católico	48	96
Evangélica	02	04
TOTAL	50	100%



Artigo

Em decorrência da situação de desigualdade em que vive os negros e pardos recebem salários inferiores aos brancos. King (2009) e Cambota; Pontes (2007) apontaram fatos na economia brasileira, negros e brancos se concentram e se acumulam em regiões sendo mal remunerados.

A escolaridade com um grande percentual relativo a ensino fundamental incompleto de 86%, ensino fundamental completo 04%, ensino médio completo 06%, ensino médio completo 02% e com superior incompleto 02%. É explícito a pouca escolaridade, destacando a influência da cor que se segue uma marginalização da raça vivida ao longo dos tempos.

As crianças e jovens negras abandonam a escola muito precocemente em prol da desestrutura familiar e condição socioeconômica ou necessidade de inserção no mercado de trabalho, incluindo a trajetória racial que os envolveram ao longo do tempo, e com isso afetando o futuro do indivíduo (VALVERDE; STOCCO, 2009).

Com relação à moradia apenas 02% afirma morar em casa alugada, liderando a moradia em casa própria com 98%. O estudo foi aplicado em uma comunidade rural, por sua vez a grande maioria eram donos de sua casa e moravam em condições desfavoráveis: falta de saneamento básico, não tem coleta de lixo, e unidade básica de saúde de difícil acesso.

Os moradores de periferias vivenciam uma situação desfavorável que por sua vez atinge negros e brancos, isso decorre da faixa de renda (SILVEIRA; MUNIZ, 2014).

No quesito religião, destaca a católica com 96% referente à evangélica com apenas 02%, é notório que os negros e pardos tenham se enquadrado nas práticas do catolicismo, por alguns de seus santos serem negros e pobres achavam semelhanças, e também buscava a libertação do sofrimento em vida e após a morte, cultuando a fé fazendo uma junção com suas práticas e rituais que descendia da África. Santana (2010) reforça que desde a época da escravidão que a religião católica se estendeu entre os negros, evidenciando o culto aos santos com apelo de proteção a essas divindades, com o batizo os negros eram catequizados e ao mesmo tempo em que se enraizavam com as práticas religiosas africanas.

Atualmente os negros ainda vivem em condições gritantes de desigualdades, pondo em risco a sua saúde, embora não possuam as melhores moradias, pouco participa da economia do país, não procuram acesso à educação, e não buscam uma mudança no quadro, são marginalizados pelo tempo e sofrem com o descaso da sociedade, o medo da discriminação e expor realmente o que já vivenciaram ao longo da vida.



Artigo

Assim a tabela 3 descreve como os negros e pardos se integram no papel da busca pela saúde.

Tabela 3 - Informações sobre saúde dos participantes, Cachoeira dos Índios, 2015.

VARIÁVEL	N	%
QUANDO VOCÊ ADOECE PROCURA O (A)		
Médico	45	90
Rezadeiras ou benzedadeiras	05	10
DOENÇAS		
Não	38	76
Hipertensão	09	18
Renal crônico	01	02
Diabetes	01	02
Asma brônquica	01	02
USA MEDICAMENTOS		
Não	38	76
Captopril	10	20
Glimepirida	01	02
Angel	01	02
EM QUE MÉTODO CONFIA MAIS PARA CURA DAS DOENÇAS		
Fármacos	47	94
Chá de ervas	01	02
Rezas	02	04
É FUMANTE		
Não	50	100
INGERE BEBIDA ALCÓOLICA		



Artigo

Sim	14	28
Não	36	72
TOTAL	50	100%

Quando adoecem 90% dos pesquisados procuram o médico e apenas 10% procura rezadeiras ou benzedadeiras, grande parte procuram o serviço médico, ficando clara a evolução dessa população que atualmente busca o serviço de saúde, procurando com menos frequência as práticas ancestrais.

De acordo com o IBGE a análise e estatística realizada em (2013) mostra que em cada 4 brasileiros 3 costumam buscar o atendimento médico na rede pública de saúde, cerca de 71,1% costumam buscar esse serviço.

Se tratando de doenças poucos referem serem portadores de alguma patologia sendo 76% para os que não possuem, os hipertensos somam 18%, renal crônico 02% e asma brônquica 02%. Porém há um número significativo de hipertensos.

Em 2017 Pesquisa Nacional de Saúde referente ao ano de 2016 apresentou que 35,3 milhões de brasileiros (26,4 %) de pessoas com 18 anos ou mais de idade no Brasil informaram que foram diagnosticados com hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, apresenta uma elevada taxa de mortalidade no contexto nacional e internacional. Tem-se destacado também maior prevalência de hipertensão arterial no grupo racial, é importante fomentar a relação patológica com a raça negra, pois há uma deficiência genética no funcionamento da captação celular de sódio e cálcio, sendo assim os negros tendem a ser hipertensos (PIRES; MUSSI, 2012).

Usam medicamentos em uma pequena porcentagem com 20% de uso do captopril, 02% para o Angel e 02% para glimepirida, sendo maior o não uso com 76%. A população se refere ao não uso por não serem portadores de doenças agudas ou crônicas.

Relacionado ao método para cura das doenças com grande porcentagem para o uso dos fármacos com 94%, com 04% para rezas e apenas 02% para chá de ervas. Acreditasse que a farmacologia age diretamente na doença, diminuindo assim a busca pela medicina alternativa e aumentando o uso abusivo de medicamentos industriais.

No Brasil há facilidade em adquirir medicamentos no mercado farmacêutico no Brasil, incluindo aqueles que necessita de prescrição médica, isso aumenta o uso errôneo e a busca precipitada pelos fármacos (MOTA, *et al*, 2010).



Artigo

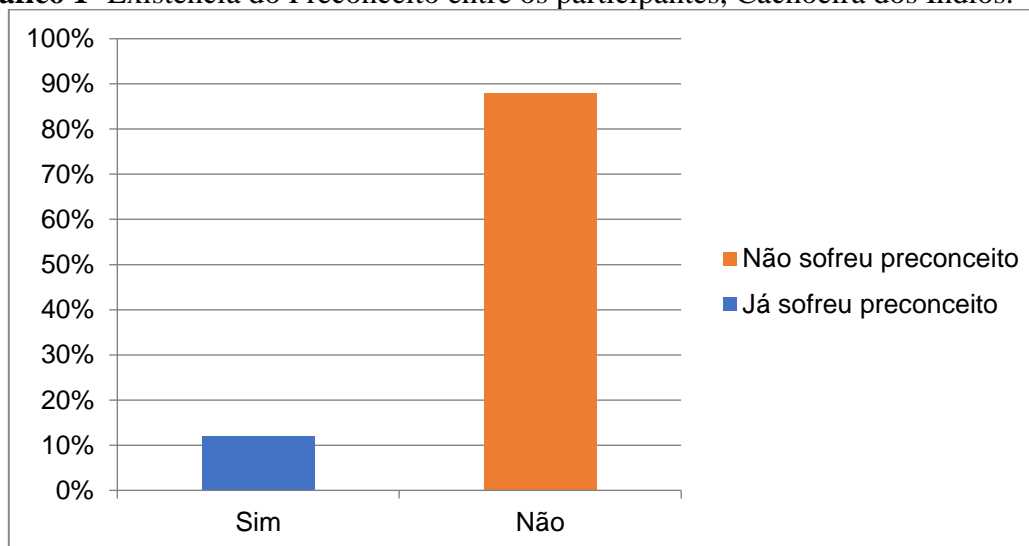
100% das pessoas estudadas relatam não ser fumante, pois demonstra que são esclarecidos quanto ao prejuízo que traz o fumo, tirando mais uma possibilidade de adoecimento.

Fagundes *et al.*, (2014) atualmente a OMS destaca tabagismo como causa de morte evitável, somente no ano de 2008 aproximadamente 5 milhões de pessoas morreram devido ao uso do tabaco, estima-se que até 2030 haja 8 milhões mortes em países em desenvolvimento. O panorama mundial em diferentes países principalmente na América Latina mostra uma diminuição do uso entre homens porem com um índice de morte maior, nas mulheres o uso é moderado más ainda causa morte.

28% ingerem bebidas alcoólicas e 72% não ingere bebida alcoólica, a clareza da tomada de decisão pelo zelo da busca pela saúde, se tendo em vista que o uso abusivo do álcool é preocupante na população negra e parda. Através de estudos no país sobre as doenças e agravos prevalente na população negra, com ênfase em categorias agrupadas: geneticamente, morte violentas, doenças transmissíveis, e transtorno mentais derivados do uso abusivo do álcool e outras drogas (BRASIL, 2007).

O gráfico 1 revela que em relação a sofrer preconceito 12% sofreu preconceito sem especificar o tipo de preconceito, 88% dos pesquisados afirma não ter sofrido nem um tipo de preconceito.

Gráfico 1- Existência do Preconceito entre os participantes, Cachoeira dos Índios.



Artigo

Fonte: Coleta de dados, 2015.

A população negra vem sofrendo por muitos anos, carregam em si o peso da discriminação racial, foram inseridos na sociedade de forma cruel e duradoura, contudo a exclusão reforça a desigualdade fomentando o impacto na saúde porém a população estudada essa minoria que apontou ter sofrido preconceito Faz-se extremamente necessário o reconhecimento das políticas públicas nessa população para que lutem por mais saúde, por melhores condições de vida, exijam um tratamento de acordo com suas necessidades. A redução das desigualdades sociais, considerando como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros, podem estar associados ao racismo e a discriminação social" (BRASIL, 2009).

A PNSIPN se insere no âmbito do combate às iniquidades na saúde e no aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. A PNSIPN, quando articulada no interior do SUS, busca reduzir as desigualdades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis, complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população (BATISTA *et al.*, 2013)

Como estratégia de combate ao racismo e as desigualdades da população negra, visando uma melhor qualidade de vida e um reparo na história de sofrimento isso é buscar cidadania. A luta pela inserção na sociedade de forma simétrica ainda é muito árdua e exige perseverança daqueles que foram prejudicados pelo contexto social.

Essa porcentagem demonstra segundo os estudos que não relatam o preconceito, pois a população reconhece o racismo mais não confessam ter sofrido. Porém a sociedade acredita que por existir a miscigenação já é uma evidencia do não racismo, tornando o pobre como vítima más não atribui a cor, reconhece a crueldade da escravidão más não se responsabilizam pela reparação de danos que se tem coesos na história, apoia as ações interligadas a esse fato, más rejeita o sistema de cotas raciais (GRIN, 2010).

CONCLUSÕES

A busca por igualdade no meio social está sempre veemente no cenário que foi realizado essa pesquisa envolvendo negros e pardos, pelas condições de moradia, pouco acesso à educação e renda baixa mostra as raízes de sofrimento vivido por esta população



Artigo

ignorada pelos seus representantes legais no país, apesar do reconhecimento criando políticas públicas voltadas de forma específica ainda se tem muito a conquistar.

A proposta de realização desse estudo saúde da população negra amplia o modo de vida e como faz para manter a saúde e ao mesmo tempo procurar melhorar na ausência, se tendo em vista o papel da participação na luta contra o acesso minoritário em questões social, discutir enfermidades que se estende na comunidade e enfatizar a importância da aceitação em quanto pessoa que compõe um grupo racial.

A pesquisa mostrou as condições reais em que se encontram o grupo, também evidenciou que os próprios negros com características físicas própria da raça não se afirmam como tais, pois uma forma de se igualar a raça branca, ou negar a discriminação sofrida como uma forma de fuga. Isso é apontado quando se pergunta qual a sua cor e a maioria se identificou como pardos, e quando se fala do preconceito a grande maioria aponta que não sofreu, e isso interfere no cuidado holístico e na reparação de danos.

Outro dado que chamou atenção, foram às condições econômicas e o grau de escolaridade, mostrando as necessidades singulares da comunidade, característica comum a essa população, dificultando o acesso à saúde, reforça assim a ideia de que é preciso lutar pelos ideais assumindo participar do grupo étnico racial, pois se conhecendo a exclusão se terá embasamento para mudança.

Não só a moradia e a educação limitada preocupam más também as doenças, embora a hipertensão tenha atingido um número pequeno dos entrevistados ela é comum nos negros e pouco se tem da profilaxia na comunidade, da mesma forma o álcool que se é ingerido deixando este grupo vulnerável a mais um fator que põe sua vida em risco.

É preciso investir nessa população estudada, respeitando as suas particularidades, pois a luta por melhoria continua, que as políticas voltadas para população negra seja cada vez mais satisfatória, a política nacional de saúde integral da população negra existe de 2009, porém pouco se divulga na população e pouquíssimo se tem acesso no sistema de saúde, se fazendo necessário que todos conheçam, pois só assim a população negra terá efetividade no cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO. J. Introdução aos estudos qualitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*. v. 3, n.6, p.59-62, set., 2011.



SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE SERTANEJA

DOI: [10.29327/213319.18.3-17](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-17)

Páginas 315 a 332

Artigo

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça-cor e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo-SP, v.10, n.1, p.71-80, ago. 2005.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra**. v. 37, n. 99, p. 688-689, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**.

2014. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/política_nacional_saudepopulaçãonegra.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2018

_____. Ministério da Saúde. **SUS a Saúde do Brasil**. 3. ed., Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Balanco do processo de implementação da PNSIPN**. Relatório preliminar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Racismo como determinante social de saúde**. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Diretoria de pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Censo 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, DF, 2017a.

_____. [Estatuto da igualdade racial (2010)]. **Estatuto da igualdade racial: Lei no 12.288, de 20 julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis**



Artigo

nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003 – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Anexo da Portaria GM N. 992, de 13 de maio de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Secretaria de Gestão Estratégia e participativa. Brasília- DF, fevereiro. 2015.

_____. Ministério da saúde. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1991. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

BRYM, R. J.; et al. **Sociologia: Sua Bússola para um Novo Mundo**. 1.ed. São Paulo: Cengage Learning v.1, p. 6-10, 2006.

FAGUNDES, L. G. S.; MARTINS, M. G.; MAGAHÃES, E. M. S.; PALMIÉRI, P. C. R.; JUNIOR, S. J. S. **Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa**. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro-RJ, v. 19, n.2, 2014.

GIL, A. C., **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
GOES, E. F.; NASCIMENTO, O. R. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro- RJ, v 37, p. 564, mai. 2013.

GRIN, M. **Raça: debate público no Brasil (1997-2007)**. Rio de Janeiro: Mauad x: FPERJ, 2010.



Artigo

IBGE, Instituto Brasileiro de geografia e estatística **IBGE PNS- Pesquisa nacional de saúde**. Brasília - DF: 2010.

INTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) [internet].
Comunidade do IPEA n.º 91- Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira, 2011.

_____. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Análise preliminar dos dados. 3. ed. Brasília, setembro de 2008.

KING, M. C. **Occupational Segregation by Race and Sex in Brazil**, 1989-2001. The Review of Black Political Economy, New York, n. 36, p. 113-125, 2009.

MATOS, R. S.; MACHADO, A. F. Diferencial de rendimentos por cor e sexo no Brasil (1987-2001). **Econômica**, Rio de Janeiro-RJ, v. 8, n.1, jun. 2006.

MOTA, D. M.; COSTA, A. A.; TEXEIRA, C. S.; BASTOS, A. A.; DIAS, M. F. **Uso abusivo de benzidamina no Brasil: uma abordagem em farmacovigilância**. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro-RJ, v. 15 n.3 p. 10- 20, mai. 2010.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. **Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas**. Revista escola de enfermagem, São Paulo-SP, v. 46 n. 3, jun. 2012.

SANTANA, T. M P. **Para além de Salvador e do Recôncavo baiano: o culto aossantos na América Portugueses**. Dossiê: História e religiosidade. São Paulo-SP, v. 29, n. 1, jun. 2010.

SANTOS, D. S; et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar Dental. Artigo inédito. Dental Press Journal of Orthodontics. Maringá, v. 15 n. 3, jun. 2010.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro- RJ, v 37, p. 564, mai. 2013.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SILVEIRA, R. S., NARDI, H. C. Intenseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da penha. **Scielo Psicologia Social**. Belo Horizonte-MG, v. 26, n. 2 p. 23-28, mai. 2014.

SILVEIRA, L. S; MUNIZ, J. O. Variações intra e intermetropolitanas da desigualdade de renda racial. **Caderno Metropolitano**, São Paulo-SP, v. 16, n. 31, jun.2014.



SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE SERTANEJA

DOI: [10.29327/213319.18.3-17](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-17)

Páginas 315 a 332

Artigo

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

ANALYSIS OF PERCEPTION OF NURSES ON THE STRESS FACTOR IN THE EMERGENCY AND EMERGENCY SECTOR OF A HOSPITAL UNIT

Maria de Fátima Sousa Sobreira¹

Francisco Andesson Bezerra da Silva²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Jonas Oliveira Menezes Júnior⁴

Kassandra Batista Marques de Albuquerque⁵

Claudia Luciana Mascena de Sousa Veras⁶

¹Assistente Social, Apoiadora Regional na 9ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: sinomyuna@gmail.com.

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Psicólogo Clínico, e-mail: menezessespb@gmail.com.

⁵Advogada e Médica Veterinária, Mestra em Sistemas Agroindustriais pela UFCG, e-mail: kassandraalbuquerque@hotmail.com.

⁶Mestre em Enfermagem pela UFPB, Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, Secretária de Estado da Saúde da Paraíba, Paraíba, PB. E-mail: Claudia.veras@gmail.com.



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

Artigo

RESUMO - Objetivo: Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre o fator estresse e sua interferência nas relações interpessoais. Utilizou-se uma pesquisa de campo no setor de urgência e emergência do Hospital Regional de Cajazeiras –PB, aplicando entrevista com 15 profissionais de enfermagem desse setor presentes nos dias de coleta. O método escolhido foi estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa e os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e em seguida os dados coletados forma submetido a análise de conteúdos qualitativos a partir das colocações dos participantes. A pesquisa possibilitou conhecer a compreensão que os enfermeiros entrevistados têm sobre o estresse, e como isso têm interferido nas condições de trabalho e nas relações interpessoais. Os resultados da pesquisa apontam que 30% dos entrevistados afirmaram que vezes se sentem estressados, 30% afirmaram que sentem estressados com frequência, 20% dos entrevistados afirmaram não sentir estresse, 10% se sentem estressados e 10% afirmaram que se sentem muito estressados. Nessa perspectiva considera-se relevante conhecer como os profissionais tem vivenciado a questão do estresse no ambiente de trabalho e o quanto isso interfere no desempenho profissional, nas relações interpessoais e o quanto afeta a vida desses profissionais. É preciso identificar os eventos estressores para desenvolver mudanças, que possa minimizar o estresse e contribuir com a atuação desses profissionais.

Palavras-chave: Estresse Laboral. Interferências. Relações Pessoais. Saúde.

ABSTRACT – Objective: To analyze the perception of the nursing team about the stress factor and its interference in interpersonal relationships. A field survey was used in the emergency and emergency sector of the Regional Hospital of Cajazeiras-PB, applying an interview with 15 nursing professionals from this sector present on the days of collection. The method chosen was an exploratory descriptive study of a qualitative nature, the data were collected through a semistructured interview, and then the collected data were submitted to the analysis of qualitative contents based on the participants' settings. The research made it possible to know the nurses' understanding of stress, and how this has interfered with working conditions and interpersonal relationships. The survey results indicate that 30% of respondents stated that they felt stressed, 30% said they frequently felt stressed, 20% of respondents said they did not feel stressed, 10% felt slightly stressed, and 10% said they felt very stressed stressed In this perspective it is considered relevant



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

Artigo

to know how professionals have experienced the stress issue in the work environment and how much this interferes in the professional performance, the interpersonal relations and how much affects the life of these professionals. It is necessary to identify the stressful events to develop changes, which can minimize the stress and contribute with the performance of these professionals.

Keywords: Occupational Stress. Interference. Personal Relations. Health.

INTRODUÇÃO

A expressão estresse na saúde foi utilizada pela primeira vez pelo médico endocrinologista Hans Selye, que começou a observar que seus pacientes apresentavam doenças físicas e apresentavam sintomas muito parecidos. A partir das observações, ele começou a investigar em laboratório com animais e concluiu que o estresse poderia ser definido como resultado sem especificidade de qualquer demanda contra o corpo acarretando problemas físicos, mentais e emocionais (CAMELO e ANGEMARI,2004).

De acordo com Santos e Cardoso (2010), Selye apresentou o modelo trifásico do estresse que seria a fase do alerta, da resistência e por último da exaustão. Na fase de alerta o indivíduo se prepara para agressão ou fuga, na segunda, ou seja, a fase de resistência o organismo procura restabelecer o equilíbrio interno mediante uma ação reparadora gastando energia para sua adaptação, já na terceira fase conhecida como da exaustão, ocorre exaustão tanto física como psicológica, essa fase acontece porque a energia adaptativa é finita é nesse momento em que se agravam as doenças sendo em algumas situações fatais.

As reações que sentimos diante de um evento que nos cause estresse pode desencadear problemas tanto físicos como psicológicos como, fadigas, hipertensão, pressão sanguínea, falta de apetite, desconforto, ansiedade, desamparo, desesperança, desmotivação, cansaço e tantas outras.

Diante disso, esse artigo tem como objetivo analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre o fator estresse no setor de urgência e emergência em um hospital público no sertão paraibano. Delineando-se como objetivos específicos: Verificar as concepções dos enfermeiros sobre como o estresse está interferindo no desempenho das atividades segundo a percepção; Identificar se o estresse tem influenciado nas relações



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

335

Artigo

peçoais entre os funcionários e Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cotidiano.

MÉTODOLOGIA

O presente artigo tratou-se de um estudo de caráter exploratório descritivo e qualitativo, onde objetivou-se o discurso qualitativo priorizando o discurso do sujeito a partir da análise e compreensão do objetivo.

Segundo Kauark *et al.*, (2010), a pesquisa exploratória tem maior relação com o problema, de modo a ser tornar explícito ou na construção de hipóteses envolve levantamento bibliográfico e entrevista com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado, analisando os exemplos que incentivem a compreensão. O objetivo da pesquisa descritiva é descrever as características de uma população ou fenômeno definido.

De acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa estuda a subjetividade do indivíduo, enfatizando suas concepções, aspirações, crenças, culturas, valores, atitudes, vivências e das experiências configurando como fenômenos humanos interpretados como parte da realidade social.

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), com quinze profissionais de enfermagem que atuam no setor de urgência e emergência. Os critérios de seleção da amostra foram levados em consideração, como a disponibilidade e o interesse em participar da entrevista, o tempo de serviços na instituição e a assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

O hospital atualmente possui 153 leitos, dividida da seguinte forma: Clínica médica com 40 leitos, clínica cirúrgica 40 leitos, isolamento (controle), 02 leitos, clínica obstétrica 15 leitos, urgência e emergência 34 leitos, UTI adulto 10 leitos, hemodiálise 15 leitos. No setor de urgência e emergência há 01 consultórios médico, 01 sala de atendimento a paciente crítico, 01 sala de atendimento indiferenciado, 01 sala de higienização, 01 sala de pequenas cirurgias, 04 salas de repouso indiferenciado, no setor



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: [10.29327/213319.18.3-18](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-18)

Páginas 333 a 349

Artigo

ambulatorial há; 01 consultório, 01 sala de enfermagem, a unidade hospitalar possui também 03 salas de cirurgia, 01 sala de recuperação, 01 sala de curetagem, 01 sala de parto normal e 01 sala de pré- parto.

Dessa maneira a população do estudo foi composta de 15 (100) % profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se como critério de inclusão ter no mínimo um ano de experiência no serviço e interesse em participar da pesquisa já o critério de exclusão utilizado foi ter menos de um ano de experiência, ou que demonstrassem falta de interesse em participar da pesquisa.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado contendo questões sobre o estresse entre os profissionais de enfermagem

A coleta de dados foi realizada de acordo com a escala de plantão dos profissionais de enfermagem no setor de urgência e emergência, no próprio local e horário de trabalho e de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria onde foi avaliado, apreciado, e aprovado sob a emissão de parecer nº 1.534.053, em atendimento aos critérios preconizados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Pesquisa e Ensino e Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas ética para pesquisa com seres humanos.

A pesquisa apresentou riscos mínimos previsíveis durante a aplicação, desconfortos, mais também benefícios. Pode-se apresentar cansaço, fadiga ou desconforto ao responder o questionário, caso os participantes sintam necessidade, eles serão encaminhados para atendimento. Desse modo, os riscos foram analisados com respeito a sua subjetividade e privacidade garantindo direito e autonomia de se ausentar da pesquisa quando sentir- se necessário, interrompendo a entrevista e a informações coletadas pelo pesquisador, por outro lado a concretização do estudo trará benefícios como uma melhor compreensão sobre o objetivo do estudo.

RESULTADOS

A tabela 1 traz informações dos sujeitos quanto a identificação pessoal, como idade, sexo/gênero, estado civil, tempo de formação, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na urgência e emergência do HRC.



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

Artigo

Tabela 1: Perfil dos profissionais entrevistados no setor de urgência e emergência do HRC.

Sexo/ Gênero	70% mulheres	30 % homens						
Estado Civil								
Tempo de Formação	30% dois anos	20% quatro anos	20%dez anos	10%sete anos	10% dezoito anos	10%vinte e nove anos		
Tempo de Atuação Profissional								
Tempo de atuação no setor de Urgência e Emergência	30%um ano	30%dois anos	10%três anos	10% quatro anos	10%seis anos	10%sete anos		



Artigo

Fonte: Roteiro para identificação do perfil dos profissionais entrevistados de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. Elaboração da pesquisadora (2016).

Os entrevistados em sua maioria são mulheres, sendo no total 07, constando 03 homens entre os 10 entrevistados, quanto a idade esta varia entre 27 (vinte e sete) e 52 (cinquenta e dois) anos. Quanto ao estado civil 50% são casados e 50% solteiros, sobre o tempo de formação identificou-se que 30% são graduados há 02 (dois) anos, 20% são graduados há 04 (quatro) anos, outros 20% são graduados há 10 (dez) anos, 10% são graduados há 07 (sete) anos, também 10% graduados há 18 (dezoito) anos e por último 10% graduados há 29 (vinte e nove) anos.

Sobre o tempo de atuação profissional 40% dos entrevistados disseram que trabalham como enfermeiros há 02 (dois) anos 10% trabalham há 03 (três) anos, 10% trabalham como enfermeiros há 05 (cinco) anos, 20% trabalham há 10 (dez) anos, 10% trabalham há 16 (dezesesseis) anos e outros 10% trabalham há 18 anos.

Outro ponto levantado, foi o tempo de atuação dos entrevistados no setor de urgência e emergência do HRC, o resultado foi: 30% dos entrevistados trabalham no setor de urgência e emergência há 01 (um) ano, 30% trabalham há 02 (dois) anos, 10% trabalham há 03 (três) anos, 10% trabalham no setor há 04 (quatro) anos, 10% trabalham há 06 (seis) anos, e mais 10% trabalham há 07 (sete) anos.

No que se refere a dupla jornada de trabalho, 90% dos profissionais afirmaram ter outro vínculo e somente 10% dos profissionais afirmaram não ter dupla jornada de trabalho.

A satisfação no trabalho pode ser determinada como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta da avaliação de alguém em relação ao seu trabalho ou as suas experiências no trabalho (CHAVES, *et al*, 2011).

Quando perguntando sobre a satisfação profissional 67% dos profissionais afirmaram estar satisfeitos profissionalmente enquanto 33% afirmaram estarem insatisfeitos.

Gráfico 1: Grau de satisfação dos entrevistados



Artigo



Mesmo os profissionais que afirmaram estarem satisfeitos com a profissão justificando que fazem aquilo que amam revelaram algum grau de insatisfação no que se refere as condições de trabalho e a baixa remuneração.

“Sim, pois faço o que gosto” (Enferm. 02).

“Sim, porque amo minha profissão, porém, insatisfeito com o salário que recebo, para o tanto que trabalho”. (Enferm. 04).

“Com a profissão sim, mas não com a situação vivida pela classe no momento” (Enferm.08).

Entre os valores ou condições mais importantes que levam a satisfação profissional, encontram-se: um trabalho que apresente desafio mental, que seja interessante e estimulante, cujas recompensas pelo desempenho sejam justas, que propicie condições compatíveis com as necessidades físicas do indivíduo, promovendo a autoestima e cujo os agentes facilitadores no ambiente de trabalho o ajudem a alcançar seus valores (CHAVES, *et al.* 2011).

De acordo com Zanelli (2010), as jornadas excessivas de trabalho, assim como o acúmulo de demandas de trabalho que ultrapassam as condições efetivas e as produções,



Artigo

comprometem a qualidade das prestações dos serviços além de comprometer também a satisfação.

Entre os fatores que contribuem para o desencadeamento do estresse, os entrevistados relataram a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais, a dificuldade de comunicação com os pacientes e com os acompanhantes, a indisponibilidade dos médicos, a superlotação na unidade hospitalar, o número reduzido de profissionais, a baixa remuneração, a escassez de recursos materiais.

“Demanda grande de pacientes para poucos profissionais” (Enferm.01).
“Carga horária excessiva, escassez de materiais para o trabalho, baixa remuneração, divergências com a equipe” (Enferm. 02,03,04, 05).

Freitas et al. (2015), no âmbito dos serviços de saúde, os profissionais de enfermagem estão diariamente expostos a situações desgastante pela proximidade com os pacientes e com as demandas e/ou pelos aspectos do ambiente hospitalar e sua organização, dessa forma, essa área profissional está particularmente exposta a elevados níveis de pressão e estresse.

A enfermagem é uma profissão que lida com a vida humana, em situações de doenças, agravos à saúde, em situações que põe em risco a integridade da vida e que exigem o máximo de esforços e responsabilidades para o restabelecimento do indivíduo cuidado. Dessa forma, a enfermagem pode ser vista como uma das atividades laborais de elevado nível de estresse, devido ao grande desgaste emocional, físico e psicológico desses profissionais nas diversas assistências, assim como na relação com o paciente, com a família, no ambiente de trabalho, com os demais colegas de trabalho, com as condições de trabalho, como: jornada de trabalho exaustiva, salários insatisfatórios, escassez de recursos humanos e materiais e o cumprimento de atividades burocráticas do serviço (FONSECA, LOPES NETO, 2014).

Quando foi questionado aos entrevistados se os mesmos sentiam-se estressados 30% afirmaram que as vezes se sentem estressados, 30% afirmaram que se sentem estressados, 20% afirmaram que não se sentem estressados, 10% afirmaram que se sentem um pouco estressados e 10% afirmaram que se sentem muito estressados, como mostra o gráfico que segue:

Gráfico 2: Classificação de estresse

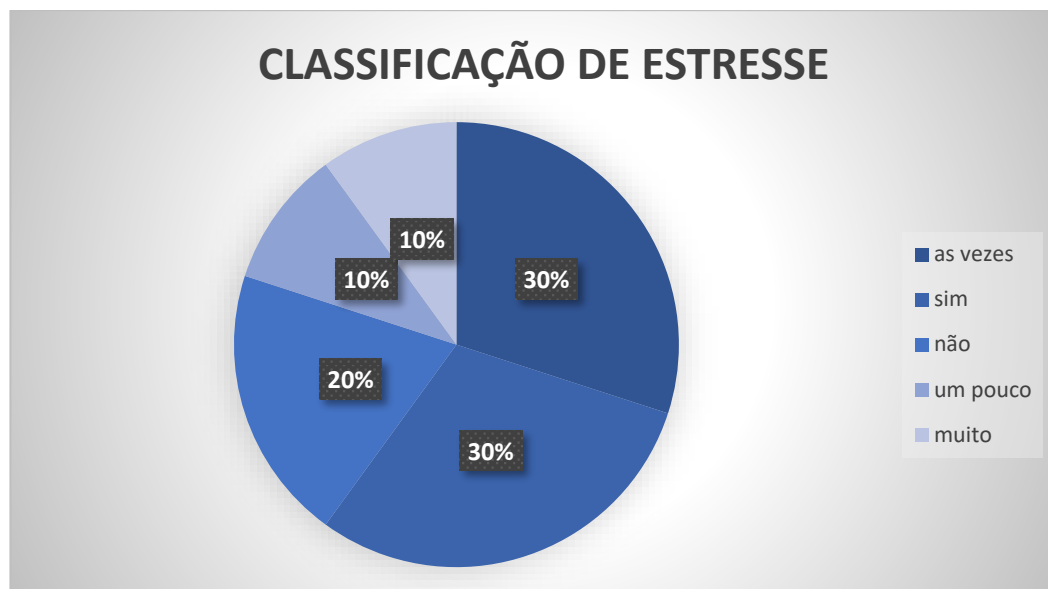


ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

Artigo



Fonte: Dados coletados pela própria pesquisadora (2016).

A enfermagem entra no grupo de profissões desgastantes devido ao frequente contato com doenças, expondo a equipe de enfermagem, do ponto de vista etiológico, a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica. A complexidade dos inúmeros procedimentos e o grau de responsabilidades nas tomadas de decisões, a falta de profissionais, os acidentes de trabalho e o trabalho por turno, aumentam a angústia e a ansiedade dos profissionais de enfermagem, principalmente nos serviços de urgência, desencadeando frequentes situações de estresse (CORONETTI *et al*, 2006).

O excesso de carga horária e de atividades pode ser um gerador de estresse para o profissional de enfermagem, na medida que em seu cotidiano o enfermeiro desempenha múltiplas e cansativas. Tais como coordenar a equipe, envolver-se com o tratamento, diagnóstico e prevenção de doenças; vivenciar a falta de recursos, transporte, condições financeiras e materiais. (FONTANA, SIQUEIRA, 2009).

De acordo com Angerami e Camelo (2004), em seus estudos Selye observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor. A partir dessas observações ele descreveu a Síndrome Geral de Adaptação (SAG), que “compreende o conjunto de todas as reações gerais do organismo que acompanham a



Artigo

exposição prolongada do estressor” a síndrome se apresenta em três fases são: Fase de Alarme, Fase de Resistência; Fase de Exaustão: O organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia, nessa fase ocorre a falência do órgão mobilizado na SAL, o que é definida sob a forma de doenças orgânicas.

Ao questionar aos entrevistados a percepção dos mesmos sobre quais sintomas são desencadeados a partir do estresse o resultado foi:

Tabela2: Percepção dos entrevistados sobre os sintomas desencadeados pelo estresse.

Sintomas desencadeados a partir do estresse	
Mal – humor	28%
Insônia	18%
Taquicardia	18%
Ansiedade	18%
Raiva	18%

Entre os sintomas que mais se evidenciaram encontram-se mal-humor com 28%, Insônia com 18 %, Taquicardia 18%, Ansiedade 18% e Raiva com 18%.



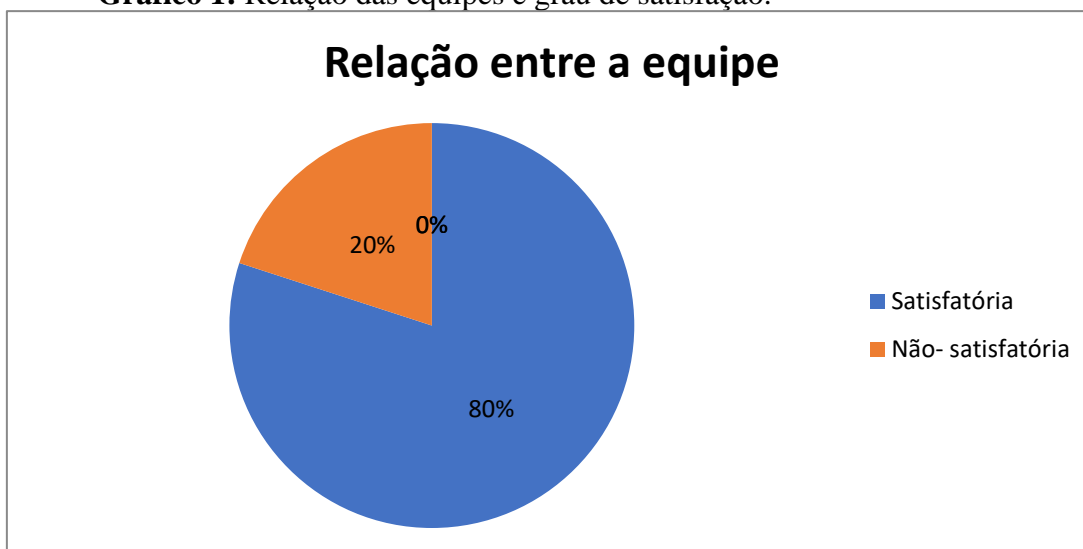
Artigo

RELAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Trabalhar com a equipe de modo integrado significa interligar os diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho na valorização da participação destes na produção do cuidado (RIBEIRO, *et al*, 2004).

Foi questionado aos entrevistados, se a relação com a equipe de trabalho é satisfatória ou se contribui para o desencadeamento do estresse, e dos dez entrevistados, 80% responderam que a relação com a equipe é satisfatória, no entanto ressaltaram que é característico do próprio setor o estresse no ambiente de trabalho.

Gráfico 1: Relação das equipes e grau de satisfação.



Foi questionado quanto ao grau de satisfação dos enfermeiros, o que significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pela equipe, bem como do modo mais adequado de alcançá-los.

“Sim, esse bom relacionamento é que ajuda no dia -a- dia” (Enferm.07).



Artigo

“A relação é satisfatória com os profissionais da equipe, porém as características do próprio setor tornam o trabalho estressante” (Enferm.10).

Porém 20% afirmaram que a relação depende da demanda de trabalho, da própria atividade da equipe e tomada de decisão no processo de trabalho.

“Depende, o trabalho em equipe tem suas harmonias e desarmonias em relação a organização e tomada de decisão no processo de trabalho” (Enferm.02).

“A relação com a equipe de enfermagem e o clínico é boa porém com os demais profissionais é estressante” (enferm.01).

Para Calderero *et al* (2008), o ambiente de trabalho é um dos fatores que contribuem para o desencadeamento do estresse nos enfermeiros, as condições de trabalho além de situações relacionadas ao convívio e administração com a equipe, outros fatores que contribuem para o desencadeamento do estresse no trabalho dos enfermeiros, e a escassez de recursos humanos e materiais, além de diversas atividades burocráticas que o mesmo necessita desempenhar o que dificulta seu trabalho na assistência.

Estudar as condições de trabalho permite aos profissionais e as instituições de saúde identificar os problemas e, através da discussão dos mesmos, propor mudanças no trabalho, o que contribuirá para melhorar as condições de trabalho, influenciando assim, na promoção da saúde e na prevenção de doenças nos profissionais de enfermagem (MAURO, *et al*, 2010).

Na presente pesquisa, os enfermeiros entrevistados apresentaram sugestões que consideram importantes para melhorar as condições de trabalho e torná-lo menos desgastante a mais satisfatórias tais como: trabalhar de forma humanizada, solucionar os problemas, procurar boa convivência com a equipe, evitar plantões que ultrapassem às 24hs, organizar o serviço e manter a calma.

“Fazer o que gosto é o primeiro passo, em seguida organizar o serviço, manter a calma e procurar ser ágil no atendimento” (Enferm.07).

“Busco solucionar problemas que possam privar os usuários e funcionários de boa assistência; manter bom relacionamento com pacientes e equipes” (Enferm.06).



Artigo

“Tento fazer atribuições para que o serviço flua sem sobrecarga de nenhum profissional” (Enferm.03).

Como proprietários das experiências adquiridas no processo de trabalho, compete aos profissionais de enfermagem buscar a cooperação e o diálogo permanente com especialistas das áreas de ergonomia, saúde, higiene e segurança do trabalho, entre outros. Procurar medidas capazes de garantir a imediata e substancial adaptação do trabalho as peculiaridades. Estudos antropométricos e posturais, buscar ambiente físico propício à eficácia, à satisfação, o conforto, à segurança e a qualidade (ABEN, 2006).

CONCLUSÕES

Pretendeu-se através desse estudo, analisar a percepção dos enfermeiros do setor de urgência e emergência sobre o estresse e a interferência do mesmo nas relações pessoais, nas atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho, nas relações com a equipe e as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

Iniciou-se percebendo que entre os profissionais de enfermagem do setor de urgência e emergência do HRC, 30% afirmaram que as vezes se sentem estressados, 30% afirmaram que se sentem estressados com alguma frequência, 20% não se sentem estressados, 10% sentem-se um pouco estressados e 10% afirmaram sentir muito estresse.

Percebeu-se ainda que para os enfermeiros do setor de urgência e emergência 70% consideram o trabalho como muito desgastante, enquanto 30% dos enfermeiros consideram que o trabalho no setor de urgência e emergência é médio (intermediário). Diante disso a pesquisa nos faz refletir sobre a importância de discutir as condições de trabalho desses profissionais e encontrar medidas para melhorar as condições de trabalho, afim de que os enfermeiros possam desenvolver suas atividades com melhor assistência aos usuários.

Outro ponto que merece destaque, é a relação da equipe no ambiente de trabalho, 80% dos entrevistados afirmaram que a relação com a equipe é satisfatória o que contribui para o bom desenvolvimento das atividades, e apenas 20% afirmaram que a relação nem sempre é satisfatória justificando que isso fica evidenciado no desenvolvimento das atividades, uma vez que nem todos os profissionais demonstram o mesmo interesse nas



Artigo

questões do trabalho como nas tomadas de decisão, no atendimento aos usuários e organização do setor.

Nesse sentido, entende-se que a discussão não se encerra aqui, é necessário que se faça mais estudos nessa perspectiva, considera-se relevante conhecer como os profissionais tem vivenciado a questão do estresse no ambiente de trabalho e o quanto isso interfere no desempenho profissional, nas relações interpessoais e o quanto afeta a vida desses profissionais. É preciso identificar os eventos estressores para desenvolver mudanças, que possam minimizar o estresse e contribuir com a atuação desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM **Cartilha do trabalhador de Enfermagem, saúde, segurança, e boas condições de trabalho.** Associação Brasileira de Enfermagem – seção RJ 2006.

CALDERERO, Andréa Regina Leonardo; MIASSO, Adriana Inocenti; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto - Sp, v. 10, n. 1, p.51-62, maio 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 12 maio. 2018.

CAMELO, S. H. H, ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família. **Rev. Lat. Americana de Enfermagem**, SP, v.12, n.1, p. 14-21, jan-fev2004;

CORONETTI, Adriana et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: O enfermeiro como mediador. **Revista Científica Pmd**, Santa Catarina, v. 35, n. 4, p.36-43, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/394.pdf>>. Acesso em: 21 maio. 2018.



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

Artigo

CHAVES, L.D. RAMOS, L.H. FIGUEIREDO, E.N. Satisfação profissional de enfermeiros do trabalho no Brasil. **Acta. Paul. Enferm.** n.4,v.24,p.507-513,2011.

FONSECA, J. R. F.; LOPES NETO, D. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. **Rev. Rene**, v. 15, n. 5, p.732-742, set./out., 2014.

FONTANA, Rosane Teresinha; SIQUEIRA, Kallyne Irion. O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE COLETIVA E O ESTRESSE: ANÁLISE DE UMA REALIDADE. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.491-498, 30 set. 2009. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16179>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16179/10698>>. Acesso em: 14 maio de 2018.

FREITAS, A. C. S. **Qualidade de vida no trabalho: Profissionais técnicos de enfermagem, um estudo de caso.** VII connepi.Palmas- Tocantins 2012.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de et al. ESTRESSE DO ENFERMEIRO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Revista de Enfermagem: UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 9, p.1476-1483, dez. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Tiago Alves/Downloads/10861-23455-1-PB.pdf](file:///C:/Users/Tiago%20Alves/Downloads/10861-23455-1-PB.pdf)>. Acesso em: 10 maio de 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em<<http://www.ibge.gov.com.br/censo2010>>.

KAUARK, F. et al. **Metodologia da Pesquisa.** 5. ed. Editora Atlas S. A. São Paulo, Brasil.

MAURO, Maria Yvone Chaves et al. CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS ENFERMARIAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Esc. Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.13-18, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05.pdf>>. Acesso em: 22/05/2018.



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O FATOR ESTRESSE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

DOI: 10.29327/213319.18.3-18

Páginas 333 a 349

348

Artigo

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Vozes, Petrópolis, RJ:2012

MUNICIPIO DE CAJAZEIRAS. Prefeitura Municipal. **História do Município**. Cajazeiras, 2015. Disponível em <<http://www.cajazeiras.pb.gov.br>>. Acessado em: 22/05/18.

Resolução nº466, de 12de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde,2012.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.438-446, abr. 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200011>. Acessado em 22/05/18.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p.246-253, jun. 2010.

SANTANA, V. S. FEITOSA, A.G. GUEDES, L. B. A. SALES, N. B. B. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v.4, n.1, p.35-46, abr. 2014.

SANTOS, F. D. CUNHA, M. H. ROBAZZI, M. L. C.C. SILVA, L.A.TERRA, F.S. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: Uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica SMAD** v.6. n.1,16, p,2010.

ZANELLI, José Carlos. **Estresse nas organizações do trabalho: Compreensão e Intervenção Baseadas em Evidências**. Porto Alegre, Artmed,2010.



Artigo

MULHERES E O USO/ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS: ANÁLISANDO SUAS IMPLICAÇÕES

WOMEN AND BENZODIAZEPÍNICOS USE / ABUSE: ANALYZING THEIR IMPLICATIONS

Daniel Sarmiento Bezerra¹

André Ricardo Bezerra Bonzi²

Ana Karla Bezerra da Silva Lima³

RESUMO - Objetivo: analisar junto à literatura científica como a sociedade vem utilizando os benzodiazepínicos na última década. **Método:** estudo do tipo revisão integrativa de literatura, constituída por publicações indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Para coleta de informações foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde: benzodiazepínicos; consumo; mulheres. Foi encontrado um universo de 317 artigos, que após aplicação dos critérios de elegibilidade obteve-se uma amostra de 05 artigos científicos compatíveis com a temática proposta. **Resultados e discussões:** Os resultados demonstraram que grande parte dos usuários de benzodiazepínicos é do sexo feminino, com idade entre 50 a 69 anos, baixa escolaridade e renda. Ainda temos que muitas destas mulheres não estão inseridas no mercado de trabalho, o que corrobora para o uso abusivo destes fármacos, e que a situação sócio demográfica é fator agravante e de risco para dependência e uso prolongado. **Conclusão:** Os estudos epidemiológicos são de extrema importância para que políticas públicas possam ser direcionadas ao

¹ Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa-PB, Brasil. Email: sarmentomeddaniel@gmail.com

² Graduando em Enfermagem pela Faculdade Uninassau. João Pessoa-PB, Brasil. Email: bonzipb@gmail.com

³ Docente da Faculdade Santíssima Trindade, Nazaré da Mata-PE. Enfermeira pela FACENE, João Pessoa-PB. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, Santos-SP. Email: lima.anakarla@gmail.com



Artigo

público alvo desejado. Através deste artigo de revisão foi possível observar que as mulheres são um público mais propenso ao uso indiscriminado de fármacos ansiolíticos e que por sua vez precisam ser acompanhadas por políticas públicas de saúde que trabalhem a promoção e a prevenção de agravos nesta comunidade.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Consumo. Promoção da Saúde. Mulheres.

ABSTRACT - Objective: Analyze next to the scientific literature as the society has been using the benzodiazepines in the last decade. **Method:** type of study integrative literature review, composed of publications indexed in the database of the Virtual Health Library (VHL). For information gathering descriptors were used in Health Sciences: benzodiazepines; consume; women. Made research in the VHL and finding a universe of 317 articles, that after application of the eligibility was obtained a sample of 05 compatible scientific articles with the proposed theme. Results and discussions: The results showed that the majority of users of Benzodiazepines (BZD) is of the sex female, with aged 50-69 years, low schooling and income. Still have that many of these women are not included in the labor Market, which corroborates for abusive use of these drugs, and that the socio-demographic situation is an aggravating factor and risk of dependence and prolonged use. Conclusion: Epidemiological studies are of utmost importance for the public policies can be directed to desired target audience. Through this review article was possible to observe that women are a public more prone to indiscriminate use of anxiolytic drugs and who in turn need be accompanied by public health policies that work the promotion and the prevention of injuries in this community.

Keywords: Benzodiazepines. Consumption. Health promotion. Women.

INTRODUÇÃO

O presente estudo buscou investigar na literatura científica a discussão sobre o uso dos Benzodiazepínicos (BZD) no contexto social da atualidade. A história dos fármacos denota que para tratar a insônia e a ansiedade é desde a época da antiguidade, com o uso de bebidas alcoólicas e ópio, e se resume à história do abuso de medicamentos e de overdoses fatais. Após sua comercialização, no início dos anos 60, os Benzodiazepínicos



Artigo

rapidamente deslocaram os barbitúricos (que são drogas farmacêuticas que possuem efeitos colaterais importantes e até mortais) e tornaram-se os mais utilizados com finalidade sedativa (MAGALHÃES; DINELLY; OLIVEIRA, 2016). As últimas pesquisas indicam que a venda de benzodiazepínicos dobra a cada cinco anos impondo aos médicos uma maior responsabilidade na dispensa destes fármacos (CASTRO et al., 2013).

Conforme autor supracitado, os Benzodiazepínicos estão entre os fármacos mais prescritos no mundo e são utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de possuir ação miorrelaxante e anticonvulsivante. Essa classe de medicamentos constitui um grupo de fármacos usualmente prescrito para problemas de ansiedade generalizada e outros tipos de transtorno que possuem origem na ansiedade, uma vez que exercem efeito calmante ao ligar-se aos receptores GABA A (Ácido Gama – Aminobutírico) e modularem a ação de neurotransmissores, potencializando a inibição dos mesmos ao nível do SNC (MARCHI et al., 2013)

Uma das muitas indicações dos BZD é no tratamento do transtorno da ansiedade que figura entre um dos males mais evidentes na atualidade onde o mecanismo natural psico-fisiológico está descompensado. A ansiedade, normal e indutora de reações importantes ao desenvolvimento humano, passa a ser patológica quando ocorre o desequilíbrio de neurotransmissores, em especial a serotonina, e desencadeia ações e emoções exageradas a determinados objetos ou situações vividas (MAGALHÃES; DINELLY; OLIVEIRA, 2016).

É importante dizer que os transtornos de ansiedade têm aumentado expressivamente no último século, sobretudo devido às profundas transformações ocorridas no âmbito econômico e cultural que foram acompanhadas por pressões de uma sociedade moderna, tecnológica e principalmente cada vez mais competitiva (MARCHI et al, 2013).

Desta forma, este estudo objetivou analisar junto à literatura científica como a sociedade vem utilizando os benzodiazepínicos na última década. Considerando o aumento da prevalência de ansiedade e o uso de BDZ nos estudos encontrados na literatura, para tanto, buscou responder a pergunta norteadora: quais as repercussões do uso de benzodiazepínicos na sociedade atual?

MÉTODO



Artigo

Estudo do tipo revisão integrativa de literatura, constituída por publicações indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para coleta de informações foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DECS): benzodiazepínicos; consumo.

Os critérios de elegibilidade adotados foram: artigos disponibilizados eletronicamente na íntegra, publicados no período 2007 a 2017, no idioma português e que convergissem como objeto de estudo. Foram excluídos artigos repetidos ou que divergiam da temática proposta. Observou-se que a literatura de livre acesso é bastante escassa, sendo os artigos mais novos, restritos aos assinantes dos periódicos.

Durante a coleta de dados for feita pesquisa na BVS e encontrando um universo de 317 artigos. Destes, estavam disponíveis eletronicamente 123 estudos científicos, os quais apenas 31 estavam na língua portuguesa. Desse último quantitativo, publicados no período de 2007-2017, restringiu-se a 19 artigos, os quais 09 estavam repetidos; 05 não convergiram com objeto de estudo. Logo a amostra deste estudo ficou composta por apenas 05 artigos científicos. Em seguida, foram realizadas leituras exaustivas na íntegra e analisados para a produção dos resultados e discussões.

Assim, este estudo no uso do método citado, fez-se uma revisão crítica-reflexiva, que não se ocupa somente em trazer um apanhado de ideias sobre a temática, mas sim estabelecer correlação entre os autores referenciados, na perspectiva de fazer uma discussão sobre os temas discutidos nos artigos filtrados, conforme os descritores supracitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 05 publicações encontradas, observou-se que não houve um ano com mais periódicos que outro. Em relação aos periódicos, destacaram-se as seguintes importantes revistas, conforme indicado na Tabela 1:



Artigo

Tabela 1 - Distribuição dos artigos sobre benzodiazepínicos e consumo, segundo os periódicos científicos, no período de 2008 a 2016. João Pessoa-PB-Brasil, 2017

	Título	Autores	Periódico	Ano
1.	Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil	FIRMINO et al.	Rev. Soc. São Paulo	2008
2.	Desafios na prescrição de benzodiazepínicos	MEZZARI, R.; ISER, B. P. M.	Rev. Latino – Americana. Enfermagem	2008
3.	Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras	AZEVEDO, A. J. P. de; ARAÚJO, A. A. de; FERREIRA, M. A. F.	Cad. Saúde Pública	2011
4.	Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes	MENDOÇA et al.	Rev. da AMRIGS	2015
5.	Consumo de Benzodiazepinas por Trabalhadores de uma Empresa Privada	MOLINA, A. S.; MIASSO, A. I.	Ciência & Saúde Coletiva	2016

Perfil do uso dos Benzodiazepínicos



Artigo

Segundo Lira e colaboradores (2014), o perfil do uso de benzodiazepínicos reflete as características das comunidades estudadas como o próprio atendimento da Atenção Básica. O consumo de medicamentos ansiolíticos é influenciado por concepções culturais de usuários como também dos médicos que os prescrevem, sendo fruto do contexto definido pelas condições socioeconômicas da comunidade.

Assim, o estudo supracitado, observou que a utilização de BDZ por mais de 12 meses consecutivos atingiu 71% das mulheres com idade média de 52 anos, e estas, se mostraram usuárias crônicas. Estas características observadas com frequência em muitos estudos mundo afora explicam o difícil manejo destes pacientes quando o assunto é desmedicalização, diminuição e retirada das posologias utilizadas. Dentre os sintomas mais comuns apresentados como motivo para o uso de ansiolíticos a insônia representou 42,6% das pessoas entrevistadas; sendo que a prescrição inicial foi feita por médico clínico geral em 66,2% das vezes (LIRA et al., 2014).

Em outro estudo, através de questionário semiestruturado, com 18 mulheres, pertencentes a classes populares da cidade de Ribeirão Preto - SP, as quais eram clientes psiquiátricas do serviço público ambulatorial do Núcleo de Saúde Mental, vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), foi observado que o consumo de calmantes é comum e usual entre as mulheres mais idosas e que este uso é intensificado por conflitos e problemas cotidianos. Estas usuárias, uma vez que incorporam ao longo dos anos a experiência e conhecimento sobre estes medicamentos, acabam por disseminar culturalmente o hábito de consumo dentro da comunidade em que vivem (MENDOÇA et. al., 2008).

O serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabricio – MG teve no ano de 2011 aproximadamente 75% de suas prescrições médicas destinadas a mulheres e indivíduos adultos com idade média de 49 anos, sendo que 25% destas receitas eram medicamentos ansiolíticos do grupo BZD. As mulheres possuem um maior auto percepção e preocupação com a saúde e procuram os serviços especializados numa percentagem bem maior que os homens o que justifica os altos índices encontrados nas pesquisas (FIRMINO et. al., 2011).

Por outro lado, em estudo realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) no interior de Santa Catarina, pode-se verificar que o uso de BZD é maior na zona rural que na zona urbana, já que a frequência de uso destes fármacos entre as mulheres e os casados superou 70%, sendo a média de idade de 60 anos (MEZZART; ISER, 2015).



Artigo

Os BZD mais utilizados na pesquisa supracitada foram: Clonazepam (38,9%), Diazepam (26,6%) e Bromazepam (20,7%). Em ambas as USF o consumo de Clonazepam foi superior ao de Diazepam.

De toda forma o consumo de medicamentos ansiolíticos difere entre as regiões já que sofre a influência da disponibilidade, dos preços e dos hábitos locais de uso. No setor centro-oeste, o Alprazolam é o mais vendido, seguido por Bromazepam, Clonazepam, Lorazepam e Diazepam, nesta ordem. Sendo o Alprazolam duas vezes mais vendido que os demais (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016).

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária de Saúde devem estar atentos ao uso de BZD de forma disfuncional e repetitiva, já que as mulheres donas de casa, casadas, com filhos, além de culturalmente desprovidas, estarem sujeitas ao uso e a dependência de medicamentos ansiolíticos e psicotrópicos com efeitos colaterais orgânicos e mentais importantes (SILVA et al., 2016).

Além disso, de acordo com os estudos relatados pela literatura, o abuso de BZD ocorre também nas mulheres que não estão atuando no mercado de trabalho e por sua vez sofrem pressão psicológica e social. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas que envolveram outros usuários de ansiolíticos e medicamentos psicotrópicos e que estavam desempregados.

A relação entre gênero e uso de benzodiazepícos

Segundo Saffioti (1992) “a definição de gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos, e gênero é também a maneira primordial de significar relações de poder”. Duas proposições tornam-se aí salientes. Primeira, as diferenças anatômicas entre homens e mulheres resultam de uma percepção socialmente modelada, ou seja, gênero é um produto social, aprendido, representado, institucionalizado e transmitido ao longo das gerações. Segunda, as relações de poder exprimem-se primordialmente através das relações de gênero; enfim, o poder é distribuído de maneira desigual entre os sexos - cabe às mulheres uma posição subalterna na organização da vida social.

Alguns autores relatam alguns aspectos relacionados às questões de gênero que repercutem negativamente na saúde mental das mulheres: os múltiplos papéis, em especial os que agregam maternidade mais trabalho doméstico mais trabalho assalariado; o status matrimonial (que pode ser fator protetivo ou não da saúde mental para ambos os gêneros) e o número de filhos; os impactos da violência física e sexual, inclusive aquelas



Artigo

que ocorrem no âmbito da família; o analfabetismo, principalmente em áreas rurais de diversos países; os casamentos tradicionais arranjados e os efeitos da poligamia (ambos muito comuns em países árabes); a sexualidade quando fora dos quadros mais autorizados socialmente; os efeitos da circuncisão feminina (prática que prevalece em países africanos), mesmo em mulheres com nível socioeconômico mais elevado (ALVES, 2017).

De acordo com o que foi supracitado acima, o gênero feminino está mais propenso a consumir drogas ansiolíticas para amenizar os episódios de depressão e esse processo de medicalização do consumo de ansiolíticos acabou se tornando um problema de saúde pública que atinge complexas dimensões e, na literatura nacional ou internacional, há a unanimidade em afirmar que o consumo dessas substâncias ocorre em maior escala pelas mulheres em todo o mundo.

A forte ligação entre “depressão e feminino” ou, mais além, entre o consumo de certos benzodiazepínicos elaborados pela indústria farmacêutica e feminina sugere a análise dos distintos interesses e desejos envolvidos na prescrição dessas substâncias para públicos relativamente específicos. Sugere também a necessidade de se problematizar mais sobre o modelo dominante de atenção à saúde mental oferecido em tantos países. O fato de inúmeras mulheres consumirem tais medicamentos diariamente demonstra certo desconhecimento a respeito dos efeitos que podem trazer à sua saúde em longo prazo (ALVES, 2017).

Molina e Miasso (2008), em estudo sobre o consumo de BZD em uma empresa privada chilena, com 40 trabalhadores, teve como resultado que 85% das mulheres usavam alguma medicação ansiolítica, sendo que 65% eram casadas, com idade entre 18 e 39 anos possuindo entre 9 e 12 anos de estudo.

Já em outro estudo feito por Carvalho, Santos e Orosco (2016), o uso de benzodiazepínicos é frequente em idosos do gênero feminino. Essa situação é preocupante, na medida em que esse segmento populacional apresenta maior predisposição aos efeitos adversos e à toxicidade dessas medicações.

A grande maioria dos artigos traz como a condição sociodemográfica como principal fator indutor do uso desta classe de medicamento. O predomínio entre pessoas do sexo feminino implica na maior atenção por parte das autoridades de saúde pública como dos profissionais de saúde.

Os resultados demonstraram que grande parte dos usuários de BZD é do sexo feminino, idade entre 50 a 69 anos, com baixa escolaridade e renda, corroborando outros estudos.



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se nos estudos selecionados que os BZD mais utilizados são o Clonazepam e o Diazepam. O uso indevido de benzodiazepínicos é estimulado geralmente por problemas sócios familiares que por sua vez são geradores de insônia e ansiedade. Sendo as mulheres, donas de casa, com renda salarial entre 1 e 2 salários mínimos, com baixo nível de escolaridade e com idades entre 50 e 60 anos o grupo mais afetado pelos efeitos colaterais causados pelo uso prolongado destes fármacos, não deixando de lembrar os danos pessoais e sociais.

Além disso, as mulheres desempregadas constituem parcela importante dentro do universo de usuários crônicos destes medicamentos. Por fim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para novas discussões no meio acadêmico e profissional sobre o uso e a prescrição responsável dos mesmos, assim como o fomento por novas políticas de promoção de saúde que venham a atender esse público específico.

Com este estudo acredita-se que é possível surgimento de novas pesquisas em relação ao uso de benzodiazepínicos, com enfoque no gênero feminino, com fins de compreender essa relação e desenvolver novas políticas públicas que visem a prevenção da dependência dessa classe de medicações, minimizando os agravos do seu uso inadequado e incentivo a prática de atividades físicas e educação em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. M. Gênero e saúde mental: algumas interfaces. **Working Paper**. v.2 n.3 p.1-22 Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 2017

AZEVEDO, A. J. P. de; ARAÚJO, A. A. de; FERREIRA, M. A. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-90, jan. 2016.



Artigo

CARVALHO, A.; SANTOS, L. F. dos; ORASCO, S. S. O uso de benzodiazepínicos em mulheres idosas e o papel do médico da atenção primária. **Colloq Vital**, v.8 n.3 p.52-59. Set-Dez, 2016.

CASTRO, G. L. G. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia.; **Revista Interd.**, v.6, n.1, p.112-123. Jan.Fev.Mar, 2013.

FIRMINO, K. F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1223-1232, jun. 2011.

LIRA, A. C. de. et al.. Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. **Revista APS**. v.17 n.2 p.223-228. Abril-Junho, 2014.

MAGALHÃES, A. E. C.; DINELLY, C. M. N.; OLIVEIRA, M. A. S. Psicotrópicos: perfil de prescrições de benzodiazepínicos, antidepressivos e anorexígenos a partir de uma revisão sistemática. **Electronic Journal of Pharmacy**, vol. XIII, n. 3, p. 111-122, 2016.

MARCHI, K. C. et al. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica Enfermagem Internet**, v. 15 n. 3, p. 731-739, jul/set. 2013.

MENDONÇA, R. T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Revista Saúde soc.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 95-106, June 2008.

MEZZARI, R.; ISER, B. P. M. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre. v. 59 n.3 p. 198-203. Jul.-Set., 2015.

MOLINA, A. S.; MIASSO, A. I. Consumo de benzodiazepinas por trabalhadores de uma empresa privada. **Revista Latino – am Enfermagem**. Chile. Maio-Junho, 2008.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SAFFIOTI, H. B. “**Rearticulando Gênero e Classe Social**” In: Costa, A .
O ., Bruschini, C. Uma Questão de Gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos. p. 216-
251, 1992.

SOUZA, A. R. L. de; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso
indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4,
p. 1131-1140, 2013.

SILVA, V. P. et al.. Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre
usuários: atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.24 n.6. Rio de
Janeiro, 2016.



MULHERES E O USO/ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS: ANÁLISANDO SUAS IMPLICAÇÕES

DOI: [10.29327/213319.18.3-19](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-19)

Páginas 350 a 360

360

Artigo

ANÁLISE DA PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PUBLICO NO SERTÃO PARAIBANO

ANALYSIS OF USERS 'PERCEPTION ON RECEPTION IN THE EMERGENCY AND EMERGENCY SECTOR IN A PUBLIC HOSPITAL IN SERTÃO PARAIBANO

Sinony Sousa Sobreira¹
Francisco Andesson Bezerra da Silva²
Maura Vanessa Silva Sobreira³
Samira Alves Braga⁴
Edjane Leite Santos⁵
Mauricelia Moreira de Abrantes Cartaxo⁶

¹Assistente Social, Apoiadora Regional na 9ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: sinomyuna@gmail.com.

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento – UPA em Cajazeiras, PB, Brasil, pós-graduanda em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Pública pela FSM, e-mail: saamirabraga@hotmail.com.

⁵Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, especialista em Processos Educacionais pelo Instituto Sírio Libanês. São Paulo, e-mail: edjane_leite@hotmail.com.

⁶Enfermeira, Pós-graduanda em Saúde Mental pela Faculdade GILGAL de Sousa, PB. Brasil. E-mail: mauriceliame@hotmail.com.



ANÁLISE DA PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PUBLICO NO SERTÃO PARAIBANO

DOI: 10.29327/213319.18.3-20

Páginas 361 a 380

Artigo

RESUMO - Objetivo: Este trabalho apresenta um estudo acerca da percepção do usuário sobre o “acolhimento” tendo em vista a grande importância desse dispositivo para a realização de um atendimento humanizado, assim como as dificuldades encontradas para a sua implementação no âmbito hospitalar. Nesta perspectiva tem-se como objetivo geral analisar a percepção dos usuários sobre o acolhimento no setor de urgência e emergência do Hospital Regional de Cajazeiras, delineando-se os objetivos específicos: Verificar de que modo os usuários atendidos no setor de urgência e emergência vem sendo acolhidos e identificar o nível de compreensão dos usuários sobre o acolhimento. **Metodologia:** Utilizou-se pesquisa bibliográfica e de campo realizada no setor de urgência e emergência do Hospital Regional de Cajazeiras – PB, realizando entrevista com 15 usuários presentes neste setor no dia da entrevista. O método escolhido foi estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa e os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e em seguida os dados coletados foram submetidos a um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos a partir das diferentes colocações expressas pelos sujeitos da pesquisa. **Resultados:** A pesquisa empírica possibilitou conhecer a compreensão que os usuários entrevistados têm sobre o acolhimento, assim como sugestões que os mesmos consideram importantes, para melhorar o acolhimento no setor de urgência e emergência do HRC. Os resultados da pesquisa apontam que 40% dos entrevistados não conhecem a Política de humanização, já sobre o acolhimento essa porcentagem é menor 13%. **Considerações:** Nessa perspectiva considera-se relevante o desenvolvimento de estudos com este a fim de despertar interesse nos usuários de conhecer a Política Nacional de Humanização, suas diretrizes e dispositivos.

Palavras-chave: Acolhimento hospitalar. Humanização. Usuários. Pronto atendimento.

ABSTRACT - Objective This paper presents a study on the user's perception of the “host” in view of the great importance of this device for performing a humanized care, as well as the difficulties encountered in their implementation in hospitals. This perspective has as main objective to analyze the perception of users on the host in urgent and emergency of the Regional Hospital of Cajazeiras sector, outlining whether specific objectives: Check how users attended at the emergency care sector has been welcomed and identify the level of understanding of users on the host. **Methods:** We used literature and field



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PÚBLICO NO SERTÃO PARAIBANO

DOI: [10.29327/213319.18.3-20](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-20)

Páginas 361 a 380

Artigo

research conducted in the emergency sector and emergence of the Regional Hospital of Cajazeiras - PB, conducting interviews with 15 members present in this sector on the interview day. The method chosen was descriptive exploratory qualitative study and data were collected through semi-structured interviews and then the data collected underwent a procedure of analysis of the qualitative content from different placements expressed by the research subjects. **Results and Discussion:** The empirical research allowed knowing the understanding that respondent's users have on the host, as well as suggestions that they consider important to improve reception at the emergency room and emergency HRC. The survey results show that 40% of respondents did not know the humanization policy, already on the host that percentage is 13%. **Final Thoughts:** In this perspective, it is considered important to develop studies with this in order to arouse interest in the users to know the National Humanization Policy, its guidelines and devices.

Keywords: Hospital Commitment. Humanization. Users. Ready service.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu grandes transformações no campo da saúde brasileira. Apesar dos grandes desafios postos para a sua implementação, é notável as melhorias que esse sistema trouxe, inclusive nas formas de atendimento do usuário partindo do princípio de integralidade que representa várias possibilidades na atenção e organização dos serviços de saúde, mais que também está ligado ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Com a finalidade de melhorar as relações entre profissional, usuário e gestores, e incentivar a valorização desses sujeitos, em 2003 é criada a Política Nacional de Humanização, que em 2004 é instituída pelo Ministério da Saúde. Dentre as prioridades da Política de Humanização estão a redução das filas e o tempo de espera para um atendimento baseado no acolhimento e resolução dos problemas e a participação dos usuários e profissionais na gestão.

Dentre os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), existe o Acolhimento com Classificação de Risco, que segundo Brasil (2010), trata-se de uma estratégia específica onde se realiza o primeiro atendimento através da escuta baseada na



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PÚBLICO NO SERTÃO PARAIBANO

DOI: 10.29327/213319.18.3-20

Páginas 361 a 380

Artigo

ética profissional, buscando identificar a necessidade do usuário, encaminhando-o para o local adequado na própria unidade ou quando houver necessidade pra outra externa.

O acolhimento, diretriz da Política Nacional de humanização, moldado através dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como prioridade ordenar os serviços, com a finalidade de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado (PEREIRA, 2010). Assim o acolhimento tem como objetivo primordial atender o usuário com respeito e através da escuta e da fala, estabelecer um vínculo entre profissional/usuário para obter sempre uma resposta positiva a problemática apresentada pelo mesmo.

Nessa perspectiva, sentiu-se a necessidade de investigar como o dispositivo “acolhimento” que também é uma diretriz de grande importância da Política de Humanização, vem sendo aplicado na urgência e emergência do Hospital Regional de Cajazeiras – HRC. No sentido de atender a demanda garantindo acesso universal, buscando solucionar os problemas e estabelecendo um vínculo de confiança entre profissional/usuário, através do respeito entra ambas as partes.

Para tanto, este trabalho teve como objetivo geral analisar o dispositivo do acolhimento a partir do discurso dos usuários atendidos no setor de urgência e emergência do Hospital Regional de Cajazeiras-PB. Delineando-se os objetivos específicos: Verificar de que modo os usuários atendidos no setor de urgência e emergência vem sendo acolhidos e identificar o nível de compreensão dos usuários sobre o acolhimento.

MÉTODOLOGIA

A presente pesquisa tratou-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa prioriza o discurso do sujeito a partir da sua análise e compreensão acerca do objeto.

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa esclarece questões muito peculiares, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes que se configuram como fenômenos humanos interpretados como parte da realidade social.

Assim, procurou-se relacionar nosso entendimento com a realidade em que se encontra o objeto em análise, para uma melhor compreensão acerca da percepção dos usuários sobre o acolhimento no setor de urgência e emergência do HRC, sendo este



Artigo

fundamentando por leituras pertinentes a temática e através dos documentos do governo (cartilhas humaniza SUS), sobre as Políticas de Saúde, da Humanização, do Acolhimento como Diretriz e Dispositivo, as leis e decretos etc. e de outros documentos legais que norteiam os serviços de saúde.

A pesquisa de campo foi realizada no Hospital Regional de Cajazeiras – PB, com quinze usuários que se encontravam no setor de urgência e emergência. Os critérios de seleção dos participantes foram levados em consideração devido à identificação da disponibilidade de tempo para participar da entrevista, o interesse em participar da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos os usuários com faixa etária entre 18 e 65 anos de idade que disponibilizaram de tempo, interesse e confirmaram a participação na pesquisa, após esclarecimento do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E foram excluídos os usuários que estavam fora dessa faixa etária e/ou demonstraram a falta de interesse em participar da pesquisa.

Para coletar os dados necessários ao estudo foram realizadas entrevistas com usuários presentes no setor de urgência e emergência do hospital aqui em estudo, com aplicação de um questionário contendo perguntas objetivas e subjetivas, objetivando colher informações sobre os conhecimentos e percepções dos usuários.

As entrevistas foram realizadas entre Abril e Maio de 2015, de acordo com a disponibilidade dos usuários para participação na pesquisa. Antes do início das entrevistas, foi entregue aos usuários o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para leitura e assinatura. O termo de consentimento livre e esclarecido garante ao participante o sigilo da pesquisa, não revelando a identidade do mesmo.

A interpretação e análise dos dados coletados se deram através um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, a partir das diferentes colocações expressas pelos sujeitos da pesquisa.

Segundo Minayo (2010), a análise final procura articular os dados empíricos com questões macro-sociais considerando as experiências cotidianas como processos micro-sociais.

Para a realização deste estudo, foi utilizada a pesquisa de campo com recurso da pesquisa documental, através de leituras de autores referenciais a essa temática, em teses, dissertações, artigos, livros, revistas e sites da internet; e as pesquisas documentais, tendo como fonte os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde.



Artigo

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria onde foi avaliado, apreciado, e aprovado sob a emissão de parecer, em atendimento aos critérios preconizados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Pesquisa e Ensino e Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas ética para pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

A tabela 1 que se segue traz informações dos sujeitos quanto a identificação pessoal, como idade, sexo, nível de escolaridade e local onde residem, informações importantes para a realização do presente estudo.



Artigo

Tabela 1: Perfil dos usuários entrevistados no setor de urgência e emergência do HRC, entre os meses de abril e maio de 2015.

Entrevistados(as)	Idade	Sexo	Escolaridade	Local onde reside
Usu.1	30	F	Superior incompleto	Barro/CE
Usu.2	27	M	Fundamental incompleto	Cajazeiras/PB
Usu.3	25	F	Ensino médio	Triunfo/PB
Usu.4	27	F	Ensino médio	Cajazeiras/PB
Usu.5	29	F	Ensino médio	Poço Dantas/PB
Usu.6	57	F	Fundamental incompleto	Cajazeiras/PB
Usu. 7	33	M	Superior	Uiraúna/PB
Usu.8	37	F	Ensino médio incompleto	Monte Horebe/PB
Usu. 9	38	F	Ensino médio	Cajazeiras/PB
Usu. 10	32	M	Ensino médio	São Jose de Piranhas/PB
Usu. 11	39	F	Fundamental incompleto	Bom Jesus/PB
Usu. 12	65	F	Fundamental incompleto	Monte Horebe/PB
Usu. 13	18	F	Ensino médio	Uiraúna/PB
Usu. 14	25	F	Superior incompleto	Uiraúna/PB
Usu. 15	18	F	Ensino médio incompleto	Cajazeiras/PB

Os entrevistados são em sua maioria mulheres, constando apenas 03 homens entre os 15 entrevistados, quanto a idade, esta varia entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos. Sobre a escolaridade, 27% dos usuários tem apenas o ensino fundamental incompleto, 13% tem o ensino médio incompleto, 40% tem o ensino médio completo, 13% tem o ensino superior incompleto e 7% o ensino superior completo. Os mesmos são residentes dos seguintes Municípios do Estado da Paraíba: Cajazeiras, Uiraúna, Monte



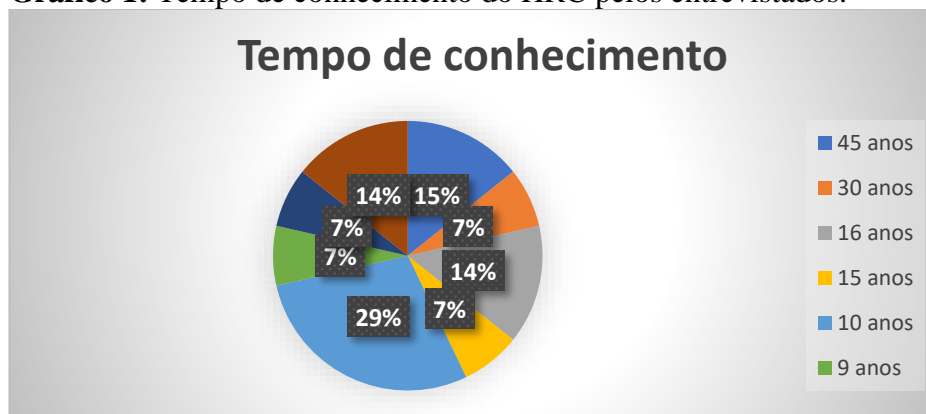
Artigo

Horebe, Bom Jesus, São José de Piranhas, Triunfo e Poço Dantas. Uma das usuárias entrevistadas reside no município de Barro no Estado do Ceará (apesar do HRC não ser referência para este município, presta atendimentos de urgência e emergência quando necessário).

De acordo com Azevedo *et al* (2010), os serviços de urgência e emergência visam diminuir a morbi-mortalidade e as sequelas incapacitantes, mas para que isso se concretize é importante garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua.

No que diz respeito ao tempo de conhecimento da instituição por parte dos entrevistados, os resultados apontam que 15% dos entrevistados conhecem o HRC a quarenta e cinco anos, 7% conhecem a trinta anos, 14% conhecem a dezesseis anos, 7% conhecem a quinze anos, 29% conhecem a dez anos, 7% conhecem a nove anos, 7% conhecem a cinco anos, 14% conhecem a três anos e apenas um dos entrevistados afirmou que estava conhecendo a instituição naquele dia.

Gráfico 1: Tempo de conhecimento do HRC pelos entrevistados.



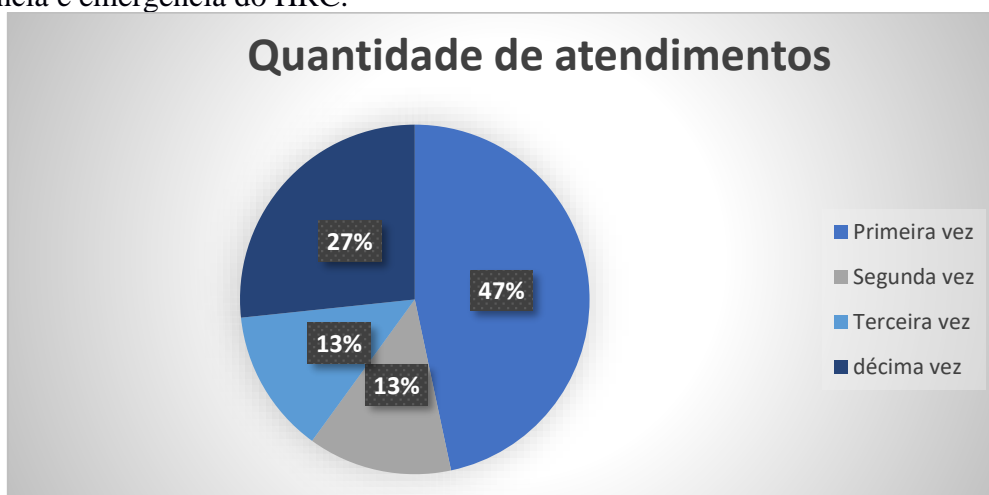
Quando questionados(as) acerca da quantidade de vezes que já foram atendidos pelo setor de urgência e emergência do HRC, 47% dos entrevistados responderam que estavam sendo atendidos pela primeira vez no setor, 13% afirmaram que estavam sendo atendidos pela segunda vez, 13% destacaram que aquela era a terceira vez de atendimento



Artigo

no setor e 27% mencionaram que já foram atendidos dez vezes pelo setor de urgência e emergência do HRC.

Gráfico 2: Quantidade de vezes que os entrevistados foram atendidos pelo setor de urgência e emergência do HRC.

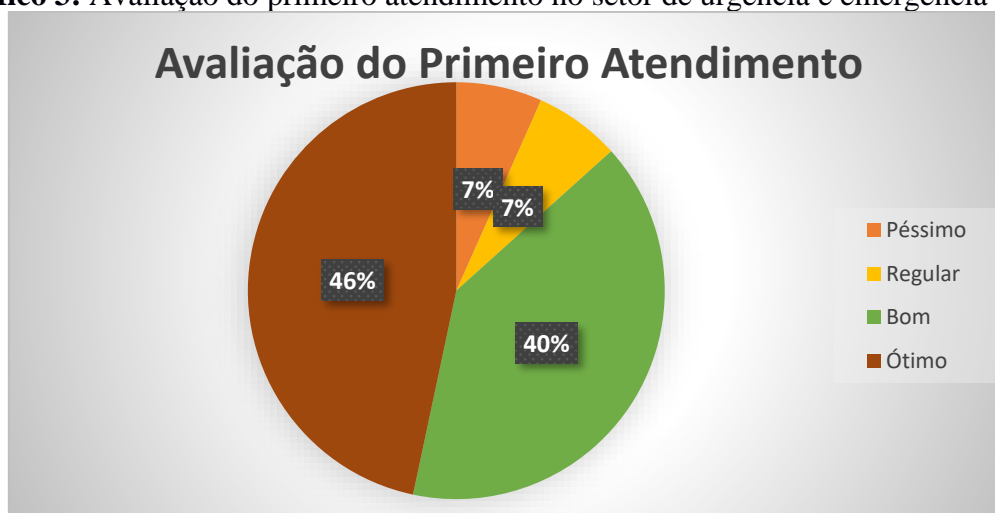


Outra peculiaridade que merece destaque, é a avaliação feita pelos entrevistados, quanto ao primeiro atendimento prestado no setor de urgência e emergência. Onde 46% dos entrevistados classificaram o primeiro atendimento como ótimo, 40% classificaram como bom, 7% classificaram como regular e 7% classificaram como péssimo. Como pode ser visualizado no gráfico que segue.



Artigo

Gráfico 3: Avaliação do primeiro atendimento no setor de urgência e emergência



No momento das entrevistas, foram feitos dois questionamentos referente ao conhecimento dos usuários entrevistados, sobre a Política Nacional de humanização e sobre o acolhimento.

Quanto ao conhecimento dos mesmos sobre a Política de Nacional de Humanização, os resultados apontaram que dos quinze entrevistados, 40% afirmaram não conhecer a PNH e 60% afirmaram conhecer, Portanto a maioria dos usuários entrevistados afirmaram conhecer a PNH.

Assim, os(as) entrevistados(as) expõem:

“Sim, para mim a Política de Humanização consiste em um atendimento baseado no respeito, com atenção, ou seja, escutar o que a gente tem para dizer [...] em fim ser bem atendido” (USU. 14).



Artigo

“Sim, conheço. A Política de Humanização é muito importante para que os serviços de saúde funcionem de forma organizada e satisfatória para nós usuários e também para os profissionais” (USU. 1).

Sobre o acolhimento verificou-se que dos quinze entrevistados apenas 13% não souberam responder o questionamento. Já a descrição de acolhimento foi destacada de várias formas pelos entrevistados. Pois os mesmos mencionaram diferentes componentes para descrever o acolhimento, que podem ser identificados nos textos escritos por autores como: Solla (2005), Franco, Bueno e Merhy (2003), dentre outros autores como características do acolhimento. Dos componentes citados pelos entrevistados como descrição de acolhimento destacam-se: *classificação de risco, identificação e reconhecimento da real necessidade do usuário, comportamento gentil e escuta*.

O primeiro componente citado como descrição de acolhimento foi a classificação de risco, a partir dos seguintes relatos:

“O acolhimento é o primeiro momento do paciente com a instituição” (USU. 7).

“[...] é acolher o paciente, atende-lo direito, classificando o risco e chamar o médico quando for necessário” (USU. 9).

De acordo com Chupel (2008), a PNH orienta que na classificação de risco, os profissionais devem realizar o acolhimento, classificando as situações apresentadas no setor de urgência e emergência dos hospitais, em cores que expressam o grau de risco do paciente e o tempo que o mesmo pode esperar para receber o atendimento.

O segundo componente foi o acolhimento como identificação e reconhecimento da real necessidade do usuário. Neste sentido o entrevistado pontua:

“[...] é receber o paciente e seus familiares de forma digna, conhecendo e atendendo suas demandas sem restrição de atendimento e buscando atender todos com igualdade” (USU. 1).

Dessa forma, para a entrevistada, o acolhimento é visto como uma forma dos profissionais receberem os usuários, no sentido de identificar e priorizar as necessidades apresentadas, através do discurso dos mesmos e não através de diagnóstico baseado



Artigo

somente na percepção das patologias. A ausência dessa prática é denominada por Farias (2007), como um desrespeito a autonomia do sujeito, quando profissionais de saúde direcionam a sua atenção apenas para as patologias, privando os usuários do pensamento e da prática individual autônoma.

Para outra parcela dos entrevistados, o acolhimento é visto como um comportamento gentil por parte dos profissionais, para com os usuários, como pode-se observar na descrição a seguir:

“Na minha opinião é acolher o usuário, ajudar, amparar quando ele precisa. É ter amor na realização do trabalho” (USU. 13).

“Para mim acolhimento é receber as pessoas bem, tratar as pessoas bem, e não tratar como se fossem um bando de animais” (USU. 3).

Nessa perspectiva, os autores Miranda e Miranda apud Fonseca *et al* (2006), visualizam o acolhimento através da ajuda, ou seja da relação estabelecida entre o ajudado e o ajudador, aqui expressos como (usuário) e (profissional). Os autores afirmam que a escuta é condição essencial pra que se estabeleça tal relação, visto que a expectativa de quem procura uma ajuda é receber uma solução para seus problemas.

O quarto e último componente identificado pelos entrevistados como descrição de acolhimento é a escuta, expresso na seguinte fala:

“É prestar um bom atendimento, ter paciência com o usuário, ouvir o que ele tem a dizer, para em seguida buscar solucionar o problema. É dedicar mais atenção ao paciente” (USU. 8).

A escuta é sem dúvida, um dos elementos mais citados pelos autores da temática, como sendo uma ferramenta de essencial importância para o estabelecimento do vínculo entre o usuário e o profissional, que a partir daí poderá encontrar soluções para a demanda apresentada.

Como afirma Maynard *et al.* (2014, p.301)

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, sendo comum a concepção da escuta como apenas o ouvir, levando a acreditar que a escuta é instintiva. É uma ferramenta essencial para que o usuário



Artigo

seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral; por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

Foi ao perceber que a saúde no país passava por sérios problemas referentes ao acesso dos usuários aos serviços e a qualidade dos mesmos, que sentiu-se a necessidade da criação de uma política que priorize a humanização e reorganização dos serviços, a valorização dos diferentes sujeitos, e a corresponsabilidade entre eles no sentido de dá autonomia aos mesmos, estabelecendo vínculos solidários (BRASIL, 2008).

Durante a entrevista para realização da pesquisa, foi questionado aos usuários entrevistados, se os mesmos relacionariam o primeiro atendimento com o acolhimento. Para esse questionamento, todos os entrevistados responderam sim.

“Sim, considero esse primeiro contato como um dos mais importantes” (USU. 1).

Nesse contexto, Teixeira (2005), demonstra preocupação quanto ao acolhimento ser confundido com um pronto atendimento ou triagem, pois de acordo com o autor, tal confusão pode fazer com que o acolhimento chegue ao limite do esvaziamento de seu conceito próprio. O autor ainda destaca a importância da prática de um acolhimento-dialogado que consiste numa técnica de conversa ou de relação que tem como objetivo manter todos os espaços interconectados, oferecendo aos usuários extensivas possibilidades de trânsito pela rede.

Foi questionado aos entrevistados, se ao serem atendidos no setor (urgência e emergência) eles sentiram-se acolhidos por todos, e dos quinze entrevistados, 87% responderam que sim, sentiram-se acolhidos por todos.

“Sim, me senti acolhida desde o médico até pelo setor de faxina, em geral por todos os funcionários com quem tive contato” (USU.1).

“Sim, me senti muito bem recebida, foi ótimo, tranquilo e rápido o atendimento” (USU, 8).



Artigo

“[...] fui muito bem acolhida por todos, cuidada com carinho e atenção” (USU.13).

Porém, 13% dos entrevistados responderam não para o questionamento deixando bem claro que não se sentiram acolhidos durante o atendimento.

“Não, na minha opinião, os enfermeiros deveriam atender de forma mais rápida e com educação, porque muitas vezes não sabem falar educadamente e sim com ignorância. E a recepcionista também não sabe informar” (USU.3).

“Em parte não, ainda existem funcionários que parecem trabalhar porque são obrigados e não porque gostam daquilo que fazem” (USU. 7).

Para Solla (2005), uma das dimensões do acolhimento é a postura profissional, que está relacionada a atitude da equipe de saúde em relação a recepção prestada aos usuários, no sentido de receber bem e escutar de forma humanizada as suas demandas e mais, demonstrar solidariedade com sofrimento, pois de acordo com o autor, somente assim torna-se possível produzir vínculos de confiança entre profissionais e usuários.

Outro ponto relevante para a pesquisa, refere-se ao grau de satisfação dos usuários entrevistados em relação ao acolhimento prestado pelo setor de urgência e emergência do HRC, assim como a resolutividade dos problemas apresentados.

Para esse questionamento, 60% dos entrevistados, responderam que o acolhimento prestado pelo setor é satisfatório e sempre encontram soluções para seus problemas de saúde na referida instituição.

“É satisfatório sim, muito bom, eles só deixam sair quando o paciente está bem com a solução do problema” (USU. 8).

“Sim, todos demonstram preocupação e cuidados para aquele paciente. Até hoje sempre encontrei soluções para os meus problemas de saúde, além de orientações” (USU. 1).



Artigo

“É, assim que cheguei fui bem atendida, e todas as vezes que estive aqui, encontrei soluções para meus problemas de saúde” (USU. 12).

Já, 40% dos entrevistados destacaram que o acolhimento prestado no setor pode ser melhorado e que algumas vezes não encontraram soluções para seus problemas de saúde na instituição.

“Pode ser melhorado, as vezes certos profissionais não ligam para os pacientes” (USU.14).

“Quanto ao acolhimento sim, mais pode melhorar muito mais, pois tenho que ser transferida para a capital porque aqui não achei solução para o meu problema”

Segundo Silva e Alves (2008), até hoje existem questionamentos acerca do acesso aos serviços de saúde pelos usuários. Se esses serviços estão sendo realizados com um grau adequado de resolutividade, se as ações e serviços estão realmente sendo pensadas conforme as necessidades concretas dos mesmos e se os recursos estão sendo movimentados realmente com a finalidade de prestar uma assistência de qualidade. De acordo com os autores, essas questões devem ser refletidas pelos gestores da rede SUS, no sentido de fazer pressão para que ocorra uma transformação qualitativa nos processos de gestão efetivando assim a Política de Saúde.

Na presente pesquisa, os usuários entrevistados ainda apresentaram sugestões que consideram importantes, para melhorar o acolhimento no setor de urgência e emergência do HRC, tais como: melhora na estrutura física, capacitação para os profissionais com vistas a melhor prepara-los para a prática do acolhimento, e a presença de um profissional de psicologia exclusivamente para este setor.

“Condições físicas, com ambientes climatizados e leitos mais confortáveis” (USU. 13).

“Deveria trabalhar com as equipes para receber melhor os pacientes, pois uns recebem melhor mais outros não” (USU. 9).



Artigo

“Podemos dizer que está completo aos olhos de Deus, porém acho que falta um profissional de psicologia só para esse setor, com isso ficaria completo” (USU. 1).

De acordo com Brasil (2008), o conceito de ambiência deve ajudar a refletir o processo de trabalho, buscando proporcionar a integralidade da assistência. A ambiência em interação com o acolhimento presunha a construção de ambientes que favoreçam a interação entre os diferentes sujeitos, no sentido de conforto, realizado através da inserção de vegetação, de mais iluminação e ventilação assim como cores e artes.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (2003), a realização do acolhimento somente é possível se houver a participação de todos os profissionais de saúde na gestão, construindo um modelo de gestão democrática, pois as mudanças estruturais no modelo de trabalho, exigem a adesão de todos os trabalhadores à nova diretriz, e para isso, é necessário discutir e logo após decidir as mudanças que deverão ser colocadas em prática. Os autores ainda chamam a atenção para importância da capacitação da equipe, para a resolubilidade das demandas, e corroboram que a capacitação adquirida com a experiência do trabalho, dar a segurança para decidir efetivamente o que fazer e como fazer, diante das problemáticas apresentadas.

CONCLUSÕES

O acolhimento direcionado ao campo da saúde, vem sendo considerado por muitos autores, como uma ferramenta fundamental para efetivação da mudança do modelo técnico-assistencial, por promover a aproximação entre profissionais de saúde e usuários e entre usuários e serviços de saúde, estabelecendo relações de vínculo entre os mesmos. Porém sabe-se que a sua implementação ainda não se efetivou totalmente, pelo menos não exatamente como rege a Política Nacional de Humanização.

O desenvolvimento do presente estudo se constituiu em um desafio, pois apesar da Política Nacional de Humanização e conseqüentemente o acolhimento ser uma temática bastante discutida atualmente, sabe-se que essa discussão ocorre com mais frequência entre profissionais do que entre usuários.

Os resultados da pesquisa apontam que 40% dos entrevistados sequer ouviu falar na Política de Humanização, no entanto, 60% por tanto a maioria afirmou conhecer a



Artigo

PNH. Já sobre o acolhimento, apenas 13% dos entrevistados disseram não conhecer, e os demais entrevistados não só afirmaram conhecer, como também o definiram como elementos utilizados por vários autores da temática, onde tais elementos constituem-se em características do acolhimento. Entretanto, ainda existem muitos usuários que confundem acolhimento com triagem, o que é preocupante pois no momento da triagem que é o primeiro atendimento e por tanto mais rápido, não há tempo suficiente para realização de uma escuta digamos assim completa, por isso se faz necessário a prática da escuta em todas as fases do atendimento.

Um outro ponto que merece destaque, refere-se ao fato de alguns dos entrevistados terem afirmado mais de uma vez, não sentirem-se acolhidos por alguns dos profissionais do setor. E justamente, a postura profissional hoje se constitui como um desafio posto a todos os trabalhadores da saúde tendo em vista que o acolhimento se inicia no ato de receber bem, saber ouvir e tratar de maneira humanizada. Quanto ao grau de satisfação dos usuários entrevistados a respeito do acolhimento ofertado na urgência e emergência do HRC, 60% dos usuários entrevistados o aprovam e consideram extremamente importante para um bom desenvolvimento dos serviços.

Em suma, a discussão não se encerra aqui, é necessário que se faça mais estudos nessa perspectiva, no intuito chamar a atenção dos usuários para a importância de conhecer a Política Nacional de Humanização, suas diretrizes e dispositivos, assim como exigir e participar das ações humanizadoras e acolhedoras. É preciso também investir em capacitação para os profissionais de saúde, afim de melhor qualifica-los para a prestação de um atendimento mais humanizado e acolhedor. Considera-se também importante investir em divulgação através dos meios de comunicação para que todos possam ter acesso às informações, com vistas a garantir a democratização dos serviços.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. C. S. *et al.* **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010. out/dez; v. 12 n.4 p. 736 – 745. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a20.htm> acesso em maio de 2018.



Artigo

BRASIL. **Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca virtual Sergio Arouca.** Disponível em: <<http://www.bvarouca.icit.fiocruz.br>> Acesso em: maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4 ed. Brasília, 2008. p. 3 – 157.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS.** Brasília, 2004. p. 1 – 16.

_____, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. Ed. Brasília, 2010

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os Equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 1 -17. Disponível em: < <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-14.pdf>> acesso em: Abril de 2018.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. **Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a discussão das ações Profissionais no Campo da Saúde.** *Revista Serviço Social e Saúde.* UNICAMP. Campinas, v. 9, n. 10, Dez. 2010. p. 37-59.

CHUPEL, C. P. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da grande Florianópolis.** 2008, 158 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina.

CABRAL, J. F. P. A concepção de felicidade na Ética aristotélica. **Brasil Escola.** 2011. Disponível em: < <http://www.brasilecola.com/filosofia/>> Acesso em: Abril de 2018.

ESTADO DA PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Regional de Cajazeiras. Setor Administrativo. **Modelo de Plano Operativo Anual de Atenção Hospitalar.** Cajazeiras, 2013. p. 1 – 23.



Artigo

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003; p. 37 – 54.

FARIAS, L. C. de. **Acolhimento na Atenção básica: Reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários**. Florianópolis, 2007.v.1. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, *et al.* **Acolhimento: um novo nome na diretriz do processo de trabalho ou uma mudança de atitude profissional?** 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso (Latu Sensu). Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/censo2010>> acesso em Abril de 2018.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MUNICIPIO DE CAJAZEIRAS. Prefeitura Municipal. **História do Município**. Cajazeiras, 2015. Disponível em < <http://www.cajazeiras.pb.gov.br>> acesso em Abril de 2018.

MAYNART, W. H. C. *et al.* **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial**. Acta Paul Enferm. v. 24, n. 4, p. 300 – 303. Maceió, 2014.

PEREIRA, C. O. O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Acolhimento. In:



Artigo

CAVALCANTE, P. B; CARVALHO, R. N; MIRANDA, A. P. R. S. (org). **Saúde em Foco: visibilidade no contexto atual.** João pessoa, Editora Universitária da UFPB, 2010, p. 167– 193.

SOLLA, J. J. S. P. **Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde.** Revista Bras. Saúde. Matern. Infant. Recife, v.5 n.4, p.493 – 503. Out/Dez, 2005.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. **O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** Revista APS. Minas Gerais. v. 11, n. 1 p. 74 – 84, jan./mar. 2008.

SCHNEIDER, D. G. *et al.* Acolhimento ao paciente e família na unidade coroniana. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81 -89, Jan./ Mar, 2008.

TEIXEIRA, S. F. (org). O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro. HUCITEC, 2003, p. 89 – 112.



ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PUBLICO NO SERTÃO PARAIBANO

DOI: [10.29327/213319.18.3-20](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-20)

Páginas 361 a 380

Artigo

IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: PERSPECTIVAS LITERÁRIAS

GENDER IDENTITY AND SEXUAL ORIENTATION: LITERARY PERSPECTIVES

Talita Graziela Reis Melo¹
Maura Vanessa Silva Sobreira²

RESUMO - Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que por meio do método de revisão da literatura objetivou revisar a literatura científica relativa ao entendimento dos novos desdobramentos da sexualidade humana. A busca de artigos incluídos na revisão foi realizada na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), sendo selecionado e analisado um total de cinco artigos entre os anos 2008 e 2015. Como resultados emergiram quatro categorias centrais, quais sejam, orientação sexual ao longo da história, transexualidade: uma identidade de gênero e preconceito e distorções. Em conclusão, dentre outros achados, o presente estudo demonstra que apesar da sexualidade se mostrar demasiadamente complexa, compreender melhor alguns de seus pormenores é de suma importância, para que possíveis deturpações venham a ser desmistificados, garantindo aos sujeitos o direito a vivenciar a diversidade.

Palavras-chave: Sexualidade. Orientação sexual. Identidade de gênero.

ABSTRACT - This is an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, which through the method of reviewing the literature aimed to review the scientific literature regarding the understanding of new developments in human sexuality. The search for articles included in the review was carried out in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database, and a total of five articles were selected and analyzed between 2008 and 2015. Four central categories emerged as results, namely, sexual orientation to the transsexuality: an identity of gender and prejudice and distortions. In

¹ Aluna do curso de Pós-Graduação *Latu Sensu* da Faculdade Gilgal, em Saúde mental, Sousa-PB, 2017. E-mail: talitagrazielapsi@outlook.com.

² Professora orientadora e docente do curso de Saúde Mental da Faculdade Gilgal, Sousa – PB.



Artigo

conclusion, among other findings, the present study shows that although sexuality is too complex, better understanding of some of its details is of paramount importance, so that possible misrepresentations can be demystified, guaranteeing individuals the right to experience diversity.

Keywords: Sexuality. Sexual orientation. Gender identity.

INTRODUÇÃO

A sexualidade sempre foi uma questão que despertou dúvidas e a curiosidade das pessoas, a forma como se relacionam, com quem, o que as atrai, qual o objeto de seu desejo, etc., porém, questões como essas ainda são consideradas como tabus para alguns. Falar sobre sexo, gênero e orientação sexual além de possibilitar debates, desmitificação de preconceitos e paradigmas serve como orientação, uma vez que no imaginário coletivo ainda habitam alguns mitos e inverdades sobre essas temáticas.

Inicialmente, para adentrar no universo da ampla sexualidade humana, é preciso se fazer conhecer a diferença entre três termos essenciais: sexo, gênero e orientação sexual. Dessa forma, para ter uma compreensão mais detalhada, comecemos identificando o que é, de fato, sexo. Para a socióloga Oakley (1972), em seu livro “Sex, Gender and Society”, o sexo nada mais é, que um termo biológico utilizado para designar o que é homem ou mulher, assim, o sexo está diretamente ligado a características físicas, como genitália externa e interna, gônadas, hormônios, cromossomos, etc.

Já o conceito de gênero é dotado de múltiplas facetas, pois não visa unicamente as diferenças físicas/biológicas, mas fala-se também em aspectos psicológicos e culturais. Stoller (1968) citado em Oakley (1972) define gênero como um termo com conotações muito mais psicológicas e culturais do que biológicas; se os termos usados para designar sexo são “macho” e “fêmea”, os termos correspondentes para gênero são “masculino” e “feminino” podendo ser bem independentes do sexo biológico.

Dessa forma, entende-se por gênero os traços de masculinidade e de feminilidade encontrados em uma pessoa, os gostos, a forma de falar e de se vestir, esses traços socialmente definidos tem influência direta na questão do gênero. Em outras palavras, quando reagimos a alguém como masculino ou feminino, não precisamos necessariamente ver se ele/ela tem pênis, vagina ou seios, é a forma de se comportar



Artigo

socialmente que nos dá essa percepção, assim o gênero é um fato visível a maior parte do tempo, o sexo não.

Há muito tempo, a questão da sexualidade deixou de ver apenas o que é masculino e feminino, a dicotomia homem e mulher, a ciência, a evolução das sociedades e a própria complexidade do ser humano trouxe à luz a necessidade de ser o que se é, a busca pela satisfação dos seus desejos e a necessidade de ser livre para amar a quem quiser. Essa busca proporcionou estudos para além da parte biológica, trazendo questões de gênero, onde o masculino e feminino não são necessariamente vinculados ao sexo. A partir dessa nova visão, surge a formulação de orientação sexual, que segundo Cardoso (2008), abrange um conceito pessoal, social e legal.

Em conformidade com Rios e Piovesan (2001), orientação sexual é a identidade que se atribui a alguém em função da direção da sua conduta ou atração sexual, se esta se dirige a alguém do mesmo sexo, denomina-se de orientação homossexual; se, ao contrário, a alguém do sexo oposto denomina-se heterossexual, se pelos dois sexos, de bissexual. Dessa maneira, a orientação sexual está relacionada ao sentido do desejo sexual do indivíduo, se pelo mesmo sexo, pelo oposto ou por ambos.

Vê-se assim que todos os conceitos mencionados estão diretamente correlacionados, cada aspecto da sexualidade completa-se e dá sentido ao outro. Porém, para a maioria das pessoas esses termos e condutas ainda são mal interpretadas e mal compreendidas, ainda existe um certo entrave por parte da população em lidar com essas “novas” noções de sexualidade. Partindo da contingente abertura sexual e das discussões que vem se construindo sobre a temática que surgiu a necessidade desta pesquisa, onde percebeu-se que ainda existem muitas dúvidas sobre as questões de gênero e orientação sexual fazendo com que a população englobe todos os aspectos da sexualidade em “gays” ou hétero.

Por conseguinte, este artigo tem como objetivo analisar a partir da literatura o entendimento dos novos desdobramentos da sexualidade humana, da mesma forma que busca nomear as diferenças acerca dos conceitos de gênero e orientação sexual; distinguir identidade de gênero de orientação sexual e enumerar as possíveis distorções.

Logo esta pesquisa justifica-se não só por sua relevância acadêmica, como também por sua contribuição social ao tocar em temáticas pouco abordadas e que visa não apenas o fornecimento de dados estatísticos, mas de fato informar de forma simples e objetiva para que seja um conteúdo acessível a grande população. Somente com informação e orientação os preconceitos são desmistificados, mas mais que isso, permitir



Artigo

criar uma atmosfera de respeito pelas diferenças, ainda que este pareça um objetivo utópico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou o método de revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS). Foi utilizado o vocabulário estruturado de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), através dos seguintes descritores e operadores de busca: Gênero AND Orientação Sexual.

A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto na íntegra, totalizando doze artigos entre os anos de 2008 a 2015. Após leitura minuciosa, foram selecionados cinco, disposto em quadro e organizado em categorias

Por tratar-se de pesquisa com enfoque em revisão da literatura, cujo propósito foi a análise secundária de dados, não envolvendo, portanto, seres humanos, não houve necessidade de apreciação e/ou aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Além disso, cabe salientar que foi mantida a autenticidade das ideias, conceito e definições dos autores dos artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir tem-se o quadro 1, que apresenta a relação de artigos encontrados, por tipo e ano, além dos principais achados do artigo, no intuito de facilitar a apreensão dos resultados encontrados. Somado a isso, após o quadro, segue-se a discussão dos resultados.



Artigo

Quadro 1: Relação de artigos encontrados com principais achados por revista e ano.

AUTOR	ACHADOS	REVISTA	ANO
Faro	Relatos de práticas análogas desde sociedades antigas; A liberdade de orientação sexual; Busca por reconhecimento público da possibilidade de orientação sexual diversa da hétero;	Subjetividades	2015
Petry e Meyer	Um grupo designado pelo discurso biomédico como transexuais; Indivíduos que rompem com o que lhes é designado pela norma heterossexual; Cirurgia de redesignação sexual; Busca pela adequação à norma heterossexual, redesenhando seus corpos e seus comportamentos.	Textos e Contextos	2011
Jesus	Preconceitos podem ser	Psico-USF	2013



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

	expressos tanto por meio de ações discriminatórias quanto de discursos depreciativos; Práticas discursivas, políticas e terapêuticas, de um conjunto de crenças denominado “heterocentrismo”;		
Baére, Zanello e Romero	Os xingamentos como uma poderosa arma de controle social; Através destes os valores de gênero são não apenas representados, mas também perpetuados;	Bioética	2015
Toneli	As contribuições da Psicologia nesse âmbito; Os sujeitos se veem com um genuíno paradoxo uma vez que o sexo que revela é o mesmo que assujeita.	Psicologia Clínica (PUC-RJ)	2008

Após leitura e releitura dos artigos encontrados, emergiram quatro categorias centrais, quais sejam, orientação sexual ao longo da história, transexualidade: uma



IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: PERSPECTIVAS LITERÁRIAS

DOI: [10.29327/213319.18.3-21](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-21)

Páginas 381 a 404

386

Artigo

identidade de gênero e preconceito e distorções, as quais foram analisadas e discutidas, a seguir, sob a ótica da literatura consultada.

Orientação sexual ao longo da história

Uma das questões mais polêmicas nos últimos anos tem sido a liberdade de orientação ou de opção sexual. A regra de que os opostos se atraem, atualmente, perdeu sua valia, até mesmo nas questões históricas, já se demonstrava que a especificação do gênero do parceiro sexual não era tão relevante, pelo menos durante a antiguidade, ganhando força apenas a partir do século VXIII, na cultura ocidental (FARO, 2015).

Fazendo uma pequena viagem histórica pelos povos e culturas antigas, é possível perceber como a homossexualidade foi ao longo do tempo concebida. Para os egípcios e mesopotâmicos, considerados os antecessores da cultura ocidental, aparentemente não apenas aceitavam as relações homossexuais, como também as reconhecia em sua literatura, mitologia e cultura, contudo, as evidências disso são apenas indiretas, não havendo muitos registros (FARO, 2015).

Na Mesopotâmia, a relação entre pessoas do mesmo sexo evidencia-se na mitologia, no conto de “relacionamento entre Gilgamesh, o grande e poderoso soberano de Uruk, e Enkidu, um homem criado pelos godos para divertir Gilgamesh”. Outra forte evidência, diz respeito ao rei Zimri-Lim e ao rei Hammurabi da Babilônia “que tinham amantes homens semelhantes as esposas” (grifos do autor) (FARO, 2015).

Existe um consenso entre os historiadores quanto aos relacionamentos homossexuais na Antiguidade Greco-Romana, de fato, não era algo proibido, havendo inclusive, tolerância social para esse tipo de relação. A Grécia Antiga reconhecia oficialmente os amores masculinos, e as relações sexuais entre homens desempenhavam uma função iniciativa, nem por isso tais ritos estavam desprovidos de desejo e prazer. Assim, impregnada por essa atmosfera de erotismo viril, a sociedade grega considerava a homossexualidade como legítima (FARO, 2015; BORRILLO, 2010).

Já a partir da Alta Idade Média, com o advento do Código Justiniano, por volta de 553 d.C, tornou-se ilícita a relação entre pessoas do mesmo sexo, colocando-a como uma falta tão grave como o adultério e o divórcio, uma vez que violava o ideal cristão do casamento. A Igreja passa a ter então uma forte influência sobre a forma como relações homossexuais eram vistas, afirmando ser espiritualmente contra essa relação, levando em conta que dela não poderia resultar procriação. Mas, é apenas por volta do século XIII que as uniões homossexuais passaram a ser combatidas inclusive com leis, que tornaram



Artigo

a sodomia³ como prática ilícita. A Igreja tornou-se assim, a protagonista na perseguição as pessoas que tivessem condutas invertidas. (FARO, 2015).

Embora as sociedades gregas e romanas tenham sido agressivamente sexistas e misóginas, elas nunca caíram no heterossexismo peculiar da tradição judaico-cristã. A condenação judaico-cristã as práticas homossexuais no início da Idade Média sob forte influência religiosa nos conceitos de gays e lésbicas se tornaram um mecanismo de poder para as autoridades da época, tendo em vista a estreita relação entre Estado e Religião (BORRILLO, 2010; JESUS, 2013).

Não se conhece, porém, o motivo pelo qual essa mudança ocorreu, contudo, ela coincidiu com o crescimento de uma cultura ocidental tipicamente urbana, burguesa e estatista. Deve-se acrescentar a isso o forte investimento feito pelas instituições religiosas para a partir de o modelo de sexualidade, através do qual se elabora uma organização social com um tipo de família, baseada num casal heterossexual e monogâmico que privilegia práticas sexuais direcionadas para procriação (FARO, 2015).

A esta altura os tribunais da Inquisição já perseguiram bruxas, hereges, judeus e pessoas que praticavam a inversão, não só durante a Idade Média, mas também durante a Idade Moderna, acreditando que as uniões homossexuais eram uma grande ameaça social ao todo poderoso Estado. O sistema de dominação masculina do tipo patriarcal consolidou-se com a tradição judaico-cristã; no entanto, esta introduziu uma nova dicotomia, "heterossexual/homossexual" (grifos do autor), que desde então, serve de estrutura, do ponto de vista psicológico e social, à relação com o sexo e com a sexualidade (FARO, 2015; BORRILLO, 2010).

Foi a partir do século XIX que os antes nomeados invertidos, passaram a ser chamados de homossexuais, embora não haja nenhuma correspondência entre os termos, a nomenclatura deu-se principalmente devido ao discurso médico-científico que se preocupava com a classificação das patologias, de maneira que, os primeiros estudos buscaram identificar as causas da homossexualidade e se propunham a criar terapias para tentar normalizar a vida sexual dos invertidos (FARO, 2015).

³ A expressão latina sodomia é possivelmente o termo mais antigo utilizado para designar as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, e tem sua origem nos textos do Livro do Gênesis, do Antigo Testamento. A interpretação da teologia moral cristã definiu o termo como aquele que, semelhantemente aos habitantes de Sodoma, pratica atos sexuais com pessoa do mesmo sexo (PRESTES e VIANNA, 2007).



Artigo

Não só na Europa a inversão era perseguida como pecado ou crime, há na Índia, registros históricos de condenações contra sodomitas. Existem relatos de colonizadores espanhóis e portugueses sobre a inversão em povos nativos das Américas. O relato feito por Pedro Magalhães em 1516, mostra que havia no nordeste brasileiro, mulheres que deixavam seus afazeres e agiam como se fossem homens, estas mulheres tinham outras mulheres para lhes servir e com as quais elas diziam estar casadas e uma tratava a outra como se fossem marido e mulher. Entre os índios norte-americanos, os Astecas, os Maias e os Incas, existia uma tradição chamada berdache, esse termo designava homens e mulheres que haviam se desviado do papel tradicional de seu gênero adquirindo características e recebendo as responsabilidades do sexo oposto, sendo considerada pertencente a um terceiro sexo (FARO, 2015).

Seguindo pela história e pelas culturas, foi apenas em 1930 na África, que se encontrou registros de uniões homossexuais entre mulheres, as relações eram nomeadas como “maridos femininos” ou “casamento de mulher” (grifos do autor), pois um dos parceiros assumia o papel masculino na relação. Essa descoberta feita por antropólogos é muito importante, pois traz registros raros, uma vez que a maioria dos relacionamentos considerados sodomitas ou de invertidos eram para homens. Isso demonstra que a relação homossexual entre mulheres recebeu pouca atenção, porque durante a história elas eram consideradas sexualmente marginais (FARO, 2015).

Entre os povos asiáticos há fortes evidências da prática do berdache, sendo permitido assim, o relacionamento homossexual. As populações aborígenes (Austrália e Melanésia) desenvolveram um tipo de “homossexualidade ritualizada” através da qual um garoto em um ritual de transição para a vida adulta deve manter durante certo tempo relações com um homem mais velho. No Japão feudal, século XVII, a homossexualidade era institucionalizada entre os guerreiros samurais, os homens mantinham relações sexuais tanto com suas mulheres quanto com garotos. Na China, também se repetia o cenário de relações abertas e casos de amor entre homens, porém, durante o reino de Yongzheng (1723-1735), essas relações tornaram-se ilícitas e acabou provocando uma reorientação da sexualidade na China (FARO, 2015).

É fato, que vários comportamentos e atributos têm-se confundido com a orientação sexual, e para se evitar isso é possível usar uma distinção que divide e enxerga a identidade sexual a partir de quatro prismas: biológico (material genético presente nos cromossomos), psicológico (sentir-se homem ou mulher), sociológico (papel desempenhado dentro da sociedade) e erótico/afetivo (disposição pelo sexo oposto ou



Artigo

pelo mesmo sexo), apenas este último tem relação com a orientação sexual do indivíduo (FARO, 2016).

Podemos pensar nos discursos produzidos socialmente acerca das mulheres e também dos homens em um processo histórico e social, referindo-se a seus sexos corporificados e biológicos, como a unidade que deve representá-los enquanto gênero; enquanto sabemos ser esta uma construção social, histórica e psíquica que não coincide necessariamente com o sexo que se tem (BUENO, 2006).

Sexualidade e gênero são dimensões diferentes que integram a identidade pessoal de cada indivíduo. Ambos surgem, são afetados e se transformam conforme os valores sociais vigentes em uma dada época. São partes, assim, da cultura, construídas em determinado período histórico, ajudando a organizar a vida individual e coletiva das pessoas. Em síntese, é a cultura que constrói o gênero, simbolizando as atividades como masculinas e femininas (BRASIL, 2009).

A diferença homo/hétero não é só constatada, mas serve, sobretudo, para ordenar um regime das sexualidades em que os comportamentos heterossexuais são os únicos que merecem a qualificação de modelo social e de referência para qualquer outra sexualidade. Assim, nessa ordem sexual, o sexo biológico (macho/fêmea) determina um desejo sexual, assim como um comportamento social específico (masculino/feminino). A divisão dos gêneros e o desejo sexual funcionam como um dispositivo de reprodução da ordem social, e não como um dispositivo de reprodução biológica da espécie (BORRILLO, 2010).

Social e biologicamente a orientação erótico-afetiva homossexual é vista como um mecanismo emocional que predispõe certos indivíduos a escolher, ou permitir que se escolha por eles, um papel não reprodutivo. Depois do surgimento da sexologia, no século XIX, a homossexualidade passou a ser entendida não como uma perversão sexual, mas como identidade sexual, tanto que o termo foi cunhado não para classificar ou estigmatizar, mas sim para definir sua orientação sexual, como parte da personalidade e do caráter de alguém (FARO, 2015).

Vista como um direito, a homossexualidade pode ser, com muito mais propriedade, apontada como uma liberdade de reconhecimento tardio. Não há dúvidas de que seja um direito fundamental, ou, pelo menos, a expressão do direito fundamental à autodeterminação quanto à própria orientação sexual, isto é, quanto à própria sexualidade do indivíduo (FARO, 2015).

Esses estudos citados reafirmam a ideia dos relatos de práticas análogas desde sociedades antigas, a liberdade de orientação sexual e a busca por reconhecimento público da possibilidade de orientação sexual diversa da hétero, como proposto por Faro (2015).



Artigo

Transexualidade: uma identidade de gênero

A transexualidade e os indivíduos transgênero vem atraindo a curiosidade e o interesse tanto da ciência quanto do público em geral. Essas pessoas têm ganhado espaço na mídia, falando abertamente sobre suas vidas e do processo enfrentado para a modificação corporal. O avanço da tecnologia nos últimos anos alavancou a implementação de procedimentos e terapêuticas farmacológicas e de técnicas cirúrgicas antes impensáveis nos domínios de gênero e sexualidade (JESUS, 2012).

Antes de adentrar o universo trans, é necessário esclarecer alguns pontos relevantes. A compreensão do que é gênero, orientação sexual, identidade sexual e cisgênero precisam ser reforçadas e esclarecidas para que se elabore uma visão mais abrangente dos termos e de como eles são maleáveis, não no sentido de “indecisão” ou de “confusão identitária”, mas no que se refere a abrangência e multiplicidade de vivenciar a sexualidade humana.

Gênero se refere a formas de se identificar e ser identificada como homem ou mulher. Orientação sexual se refere à atração afetivossexual por alguém de algum/ns gênero/s. Uma dimensão não depende da outra, não há uma norma de orientação sexual em função do gênero das pessoas, assim, nem todo homem e mulher é “naturalmente” heterossexual (JESUS, 2012).

Gênero diz respeito aquela pessoa que é compatível com a materialidade do seu corpo, ou seja, sua genitália. De forma mais clara: teria gênero o homem que tem pênis e a mulher que possui uma vagina desde o dia do nascimento. Se o órgão sexual foi construído em cirurgia, essa pessoa não teria gênero. As pessoas que possuem identidade de gênero seriam aquelas que possuem determinado corpo que, pela lógica da heteronormatividade, não segue a linha coerente entre o órgão sexual (pênis ou vagina) e o gênero (masculino ou feminino, homem ou mulher). Assim, travestis e transexuais possuem identidade de gênero. Heterossexuais, gays masculinizados e lésbicas femininas possuem gênero (COLLING, 2013).

Sexo é biológico, gênero é social, construído pelas diferentes culturas. E o gênero vai além do sexo: O que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os



Artigo

cromossomos ou a conformação genital, mas a auto percepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente (JESUS, 2012).

Sexo, biologia, natureza, órgão sexual, entendidos aqui como a materialidade dos corpos, não determinam os gêneros das pessoas. Várias pessoas nascem com determinadas características corporais e não se identificam com o gênero que a sociedade exige para aquele corpo. Assim, não existe nenhuma garantia de que alguém com genitália considerada masculina ou feminina será do gênero que a maioria entende como compatível com aquele órgão/corpo (COLLING, 2013).

Como as demais pessoas, uma pessoa trans pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero que adota e do gênero com relação ao qual se atrai afetivossexualmente. Para entender melhor: mulheres transexuais que se atraem por homens são heterossexuais, assim como seus parceiros; homens transexuais que se atraem por mulheres também o são. Já mulheres transexuais que se atraem por outras mulheres são homossexuais, e homens transexuais que se atraem por outros homens também. Não se pode esquecer, igualmente, das pessoas com orientação sexual bissexual. Nem todas as pessoas trans são gays ou lésbicas (JESUS, 2012).

Vale destacar que, em termos de gênero, todos os seres humanos podem ser enquadrados, com todas as limitações comuns a qualquer classificação, como transgênero ou “cisgênero” (grifos do autor). Cisgênero, ou “cis”, são as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento. E denomina-se não-cisgênero, aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado, como transgênero, ou trans (JESUS, 2012).

Transgênero inclui todas as pessoas que questionam, através da própria existência, a validade da dicotomia sexo/gênero, sejam elas partidárias ou não da cirurgia de redesignação sexual (PETRY e MEYER, 2011).

Considerando a denominação biomédica, transexuais seriam aqueles indivíduos que se consideram “afetados” por um transtorno envolvendo a sua identidade de gênero, o que significa, utilizando linguagem diagnóstica, que eles não se reconhecem no corpo com o qual vivem. Essa falta de identificação pode levar a uma aversão intensa ao seu sexo biológico (PETRY e MEYER, 2011).



Artigo

De acordo com o que está socialmente estabelecido para as pessoas, numa perspectiva biologicista e determinista, há duas – e apenas duas – possibilidades de locação das pessoas quanto à anatomia sexual humana, ou seja, feminino/fêmea ou masculino/macho. A heteronormatividade visa regular e normatizar modos de ser e de viver os desejos corporais e a sexualidade (PETRY e MEYER, 2011).

A transexualidade ainda é entendida e classificada como uma doença mental pelo discurso biomédico e, neste sentido, a cirurgia de redesignação sexual é entendida como a correção necessária para este transtorno, que visa adequar o corpo à mente do indivíduo. Despatologizar a transexualidade é dever dos Estados, além de assegurar os meios práticos para garantir a assistência à saúde dessa população. É um direito inalienável de todo cidadão e toda cidadã o acesso universal e igualitário aos padrões máximos de saúde e bem-estar (PETRY e MEYER, 2011; COLLING, 2013).

Sendo assim, a transexualidade coloca-se como uma questão de identidade. Não é uma doença mental nem debilitante ou contagiosa e não é uma perversão sexual. Não tem nada a ver com orientação sexual, como geralmente se pensa, não é uma escolha nem é um capricho. A novidade que o século XX trouxe para as pessoas transexuais foram os avanços médicos, que lhes permitiram adquirir uma fisiologia quase idêntica à de mulheres e homens cisgênero (JESUS, 2012).

Para aqueles diagnosticados e denominados como transexuais pelo discurso biomédico, como portadores de disforia de gênero, a cirurgia de transgenitalização assume caráter de necessidade, se assim o desejarem. Cria-se assim um paradoxo contemporâneo: o mesmo processo que rompeu com representações seculares de “corpo sexuado natural” presta-se para a restauração dessa normalidade. Desse modo, com e através do corpo reitera-se o que se constitui como sexo e gênero legítimos, sexualidade normal e identidades socialmente adequadas. (PETRY e MEYER, 2011).

No Brasil, a cirurgia de redesignação social, chamado de Processo Transexualizador, é ofertado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, desde que o indivíduo se encaixe em dois critérios diagnósticos do “transexual verdadeiro” (grifos do autor), o primeiro seria apresentar orientação sexual homossexual e o segundo, apresentar aversão aos próprios genitais. Esses critérios permitem limitar a cirurgia de redesignação social aos indivíduos que se declararem homossexuais. Dessa forma, são desconsideradas as possibilidades cirúrgicas para além destes. Fazendo alusão ao segundo critério diagnóstico, há ainda indivíduos que almejam a cirurgia, mas que não apresentam, necessariamente, aversão aos seus genitais (PETRY e MEYER, 2011).



Artigo

Muitas pessoas transexuais se contentam em apenas retirar ou colocar mamas, tomar hormônios para ter ou não ter pêlos no corpo, mas querem conviver com suas genitálias, ainda que muitas vezes não sintam prazer com elas. Essas pessoas ficam fora dessas políticas porque não atendem às características do que é ser uma ou um “transexual de verdade”. Esse discurso foi incorporado pelo movimento trans em nome do direito de fazer o processo transexualizador através do SUS (COLLING, 2013).

Os indivíduos denominados pelo discurso biomédico como transexuais pertencem a uma das muitas categorias inscritas no espectro transgênero, que não se encaixam no que foi socialmente estipulado e naturalizado como próprio ao seu sexo biológico. Há quem considere transgênero, como uma categoria à parte das pessoas travestis e transexuais. Existem ainda as pessoas que não se identificam com qualquer gênero, não há consenso quanto a como denominá-las. Alguns utilizam o termo *queer*, outros, a antiga denominação “andrógino”, ou reutilizam a palavra transgênero (PETRY e MEYER, 2011; JESUS, 2012).

Assim, faz-se indispensável desmistificar cada um dos componentes do espectro trans, no que tange a sua multiplicidade. Existe uma importante diferença entre o transexual, intersexual, crossdresser, travesti e transformista ou drag queen/drag king. As definições que se apresentarão, têm o intuito de esclarecer possíveis confusões entre os termos, além de facilitar a compreensão dos leitores.

Começando pelo transgênero, que é o conceito “guarda-chuva” que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento (JESUS, 2012).

A transexualidade é o termo que caracteriza a pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento. Para pessoas transexuais, isso é apenas uma característica, entre outras, e não a única. A intersexualidade se refere a um conjunto amplo de variações dos corpos tidos como masculinos e femininos, que engloba, conforme a denominação médica, hermafroditas verdadeiros e pseudo-hermafroditas (JESUS, 2012).

Enquanto o crossdresser se identifica como pessoas que frequentemente se veste, usa acessórios e/ou se maquia diferentemente do que é socialmente estabelecido para o seu gênero, sem se identificar como travesti ou transexual. Já o travesti, vivencia papéis de gênero feminino, mas não se reconhece como homem ou mulher, entendendo-se como integrante de um terceiro gênero ou de um não-gênero. E por último, os transformistas ou drag queen/drag king, que na verdade são artistas que se vestem, de maneira



Artigo

estereotipada, conforme o gênero masculino ou feminino, para fins artísticos ou de entretenimento. A sua personagem não tem relação com sua identidade de gênero ou orientação sexual (JESUS, 2012).

As análises propostas nesta categoria, corroboram com a proposta de Petry e Meyer (2011), que discutiram sobre um grupo designado pelo discurso biomédico como transexuais, indivíduos que rompem com o que lhes é designado pela norma heterossexual. Cirurgia de redesignação sexual e a busca pela adequação à norma heterossexual, redesenhando seus corpos e seus comportamentos.

Preconceito e distorções

A diversidade, seja ela cultural, religiosa, étnica ou sexual acaba por vezes, resultando em intolerância, preconceito, distorções, ações discriminatórias, etc., esse efeito pode ser gerado por falta de informações adequadas ou por rejeição ao tido como “normal” e “aceitável”. No que concerne a orientação sexual e identidade de gênero, estudos apontam um quadro muito mais grave de intolerância, preconceito e de LGBTfobia, que não se limita a xingamentos ou discursos ofensivos, mas que geram estatísticas alarmantes dos chamados crimes de ódio.

A homossexualidade, entendida como relação sexual e afetiva entre pessoas do mesmo sexo, pressupõe inúmeros “pré-conceitos” (representações) culturais e históricos, entre eles a noção de identidade sexual. Ao longo do período em que esteve submetida ao veredito da medicina, a homossexualidade também foi objeto de estudo da psicologia e da psicanálise. Freud, que se debruçou sobre o psiquismo humano e sua relação com a sexualidade, usou o saber psicanalítico para contribuir com a ampliação do conceito de desvio sexual nos psicodiagnósticos, que logo foi incorporado a psiquiatria. Porém, na metade do século XX, movimentos sociais começaram a questionar a permanência da concepção de homossexualidade como doença (BAÉTE, ZANELLO e ROMERO).

Durante o século XX, em meados dos anos 60, os movimentos sociais organizados, como o feminista e o homossexual, a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho e o advento da pílula anticoncepcional, favoreceu a separação entre sexualidade e reprodução. A sexualidade tornou-se assunto de interesse intelectual em seus vários aspectos e dimensões, marcado por tendências teóricas distintas e todas essas possibilidades atravessam o campo da Psicologia (TONELI, 2008).

Duas perspectivas têm sido identificadas como as mais proeminentes nos estudos sobre sexualidade: essencialismo e construcionismo. A primeira busca a ideia de que



Artigo

existe uma natureza essencial produzida dentro dos corpos, que um impulso inato aos indivíduos os leva à ação sexual. Já a concepção construcionista problematiza a universalidade de um suposto impulso sexual, uma vez que não existe um saber pré discursivo; o conhecimento só pode ser produzido através da linguagem. Em meados de 1990, Judith Butler, autora feminista, propõe uma leitura do sexo como efeito tanto do processo de naturalização e da estrutura social de gênero como da matriz heterossexual. Contestando as duas visões anteriores, a perspectiva queer ganha espaço (BORGES, CANUTO, OLIVEIRA e VAZ, 2013).

A teoria queer questionam a posição do sujeito moderno como um todo, em que se considera não apenas os sujeitos gays/lésbicas, a população LGBT, mas também todos/as aqueles/as que se consideram divergentes das formas normativas. Dessa maneira, a regulação dualista da sexualidade (hétero e homossexual) é vista por Butler como uma forma de apagar a multiplicidade de uma sexualidade subversiva, que romperia com a hegemonia heterossexual, cuja reprodução contou com grande respaldo teológico-médico-jurídico (BORGES, CANUTO, OLIVEIRA e VAZ, 2013; BAËTE, ZANELLO e ROMERO).

Assim, considera-se estratégico enfrentar, com discursos e contra discursos firmados tanto na vivência da diversidade LGBT quanto nos conhecimentos acumulados cientificamente, aquilo que se denomina como “heterocentrismo”, que seria toda forma de perceber e categorizar o universo das orientações sexuais e das identidades de gênero a partir de uma ótica centrada em uma heterossexualidade estereotipada dominante (JESUS, 2013).

A partir do século XIX, não apenas no Brasil, mas igualmente em quase todo o ocidente e oriente, a homofobia (expressão psicossocial de medo, aversão ou ódio a homossexuais, que abarcam também práticas discriminatórias de conluio, que não são conscientes) foi integrada ao discurso científico e defendida como forma de lidar com a homossexualidade (JESUS, 2013).

O heterocentrismo corresponde, a um conjunto de ideologias e crenças das quais derivam práticas heterossexistas e homofóbicas. Toda forma de perceber e categorizar o universo das orientações sexuais a partir de uma ótica centrada em uma heterossexualidade estereotipada considerada dominante e normal não apenas como estatística, mas principalmente no sentido moralizante do termo. Dentro do heterocentrismo, pode-se destacar ainda o heterossexismo e o sexocentrismo (JESUS, 2013).



Artigo

O heterossexismo é um processo de invisibilização das pessoas homossexuais no cotidiano, que, no momento em que estas se tornam visíveis, transforma-se em violência contra elas, ou seja, atos homofóbicos. O heterossexismo se restringe a práticas discriminatórias específicas das redes sociais. O conceito de heterocentrismo, relacionado a um sistema afetivo e ideológico que impõe heterossexualidade como superior, é diferente do de heterossexismo, porque este se refere apenas à estigmatização das pessoas LGBT, no sentido da inferiorização. O que se defende, quando se refere ao heterocentrismo, é uma etimologia adequada ao objeto: a visão de mundo centrada na heterossexualidade que se torna um paradigma (JESUS, 2013).

Já o sexocentrismo está relacionado somente às questões de gênero: é o fenômeno universal da diferenciação ligada ao conceito de sexo biológico. Assemelha-se ao heterocentrismo, porém a diferença consiste no se refere a ideias e crenças distorcidas acerca de gênero, sexocentrismo, enquanto no heterocentrismo essas distorções se focam na questão da orientação sexual, da sexualidade (JESUS, 2012).

A discriminação sofrida por pessoas LGBTs no Brasil resultou, de acordo com o relatório de 2016 do Grupo Gay da Bahia, em 343 mortes. Isso corresponde a um homicídio de pessoa LGBT a cada 25 horas no Brasil. O relatório aponta que os números só vêm aumentando nos últimos anos, 130 nos anos 2000, 260 em 2010 (ROSA, 2017).

Para além dos crimes resultantes em vias de fato, como assassinato ou tentativas de homicídios, é preciso chamar atenção as agressões verbais e psicológicas, além de constrangimentos e situações vexatórias. Os efeitos da discriminação podem ser devastadores, dessa maneira, estudos sobre o impacto do preconceito em pessoas LGBTs, apontam que o foco não é na raiva e demais sentimentos negativos, naturais e esperados em quem sofre este tipo de preconceito, mas sim, nas consequências de tais sentimentos para essas pessoas. Ou seja, existe uma interiorização da violência sofrida, deslocando-a ou reprimindo para os outros ou para si, produzindo depressão e atitudes autodestrutivas (ROSA, 2017).

Não obstante, os níveis de suicídio entre jovens homossexuais são três vezes maiores e até 30% dos suicídios de jovens está relacionado com a identidade sexual. Existe ainda, o risco do tal preconceito internalizado levar ao uso abusivo de substâncias, comportamento comum dentre pessoas da comunidade LGBT. Posto isso, fica mais claro como a negação de direitos e afetos e as violências inerentes aos processos discriminatórios podem prejudicar a saúde do sujeito. Afinal, quando se fica em casa por medo do que poderão lhe fazer apenas por se ter uma identidade de gênero ou uma



Artigo

identidade sexual diferente da hegemônica, as trocas entre indivíduo e ambiente já estão muito limitadas (ROSA, 2017).

Além dos dados mostrados dos preconceitos vivenciados externamente, há ainda muitos comportamentos e juízos morais internalizados que se repetem mesmo entre aqueles dentro do universo LGBT.

Os sujeitos autodeclarados homossexuais utilizam os mesmos xingamentos de valores de gênero dos papéis sociais tradicionais. Verificou-se pouca distinção no emprego dos xingamentos, o que sugere a perpetuação dos princípios machistas e dos valores de gênero. Entre os homens homossexuais, as ofensas atribuídas aos homens, tanto homossexuais quanto heterossexuais, mantêm a categoria de comportamento sexual passivo como insulto predominante, ainda que os xingamentos sejam dirigidos ao próprio grupo. Portanto, embora muitas vezes sejam marginalizados e oprimidos por causa de sua homossexualidade, recorrem aos mesmos mecanismos homofóbicos contra os homens em geral. As mulheres autointituladas homossexuais também apresentam a tendência de apropriação dos valores heteronormativos na eleição dos piores xingamentos dirigidos aos diferentes grupos (BAÉTE, ZANELLO e ROMERO).

Em uma recente pesquisa, constatou-se que homens e mulheres homossexuais, ainda que não estejam enquadrados nos padrões da heterossexualidade oposicional, que reiteram os papéis sociais e tradicionais de gênero, os quais pregam a virilidade para os homens e o recato sexual para as mulheres. Além disso, apesar de se encontrarem à margem da heteronormatividade, eles reproduzem os comportamentos de seus “condenadores” (BAÉTE, ZANELLO e ROMERO).

Trazer a Psicologia para essa discussão é de grande valia, uma vez que esta é uma ciência que lida com processos mentais, comportamento humano e suas interações com o ambiente social e físico. Colocar o tema de gênero e sexualidade no debate, faz-nos repensar como esta vem desempenhando seu papel científico e social. Recentemente, uma polêmica trouxe a luz um embate entre os profissionais da Psicologia, a questão da “reversão sexual” ou “cura gay”, a ação foi movida por um grupo de psicólogas (os) defensores dessa prática.

No dia 15 de setembro de 2017, o juiz da 14ª vara do Distrito Federal, Waldemar Cláudio de Carvalho concedeu a esse grupo de psicólogas (os) uma liminar que lhes outorgavam permissão legal para que estes ofereçam terapias de reversão sexual.

Até fins do século XX, profissionais da Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria defendiam que era necessário estabelecer e manter um comportamento heterossexual em



Artigo

um paciente homossexual, não se interessando pela sua individualidade, apenas estipulando causas para o comportamento homossexual (JESUS, 2013).

Somente em 1993 a homossexualidade deixou de constar na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde – OMS como um transtorno mental. A partir disso, em 1999 o Conselho Federal de Psicologia- CFP editou sua resolução retirando qualquer caráter de doença, distúrbio ou perversão da homossexualidade, considerando-a uma variação comum da orientação sexual, tal como a heterossexualidade e a bissexualidade, para qual só se deve buscar auxílio psicoterápico caso se esteja enfrentando dificuldades na aceitação e externalização dessa sexualidade (JESUS, 2013).

O Conselho Federal de Psicologia teve o cuidado de alertar os psicólogos brasileiros sobre o fato de que a homossexualidade “não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão”, que “há, na sociedade, uma inquietação em torno de práticas sexuais desviantes da norma estabelecida sócio-culturalmente” e “a Psicologia pode e deve contribuir com seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999).

O CFP considera na Resolução de 01/99, dentre outras ponderações “que a forma como cada um vive sua sexualidade faz parte da identidade do sujeito, a qual deve ser compreendida na sua totalidade”. Apresenta ainda que: “os psicólogos deverão contribuir, com seu conhecimento, para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações e estigmatizações contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homoeróticas” (ROSA, 2017).

Da teoria à prática psicológica, e em diferentes teorias psi (psicólogos, psicanalistas e psiquiatras), articulam-se e arbitram-se possibilidades de existência e marcações de diferenças, controlando corpos, prazeres, desejos e relações, legitimando assimetrias e desigualdades. As teorias proeminentes da Psicologia ocupam um lugar de destaque na produção do saber sobre as (homo) sexualidades, conferindo a essa um valor central (BORGES, CANUTO, OLIVEIRA e VAZ, 2013).

Mas porque essa questão é polêmica? A polêmica incide diretamente no fato de tratar a orientação sexual e a identidade de gênero como algo passível de ser modificado, principalmente dentro do campo da Psicologia, uma vez que esta tem grande peso nas questões referentes a quaisquer aspectos da sexualidade humana, e favorecer ou compactuar com tratamentos que garantem a reversão da homossexualidade,



Artigo

bissexualidade, transexualidade, como uma doença, é descaracterizar e desrespeitar a subjetividade de cada indivíduo impondo regras de normatização.

Para os estudos aqui mencionados, coadunam as pesquisas de Jesus (2012), Baére, Zanello e Romero (2015) e Toneli (2008), que propuseram respectivamente: que preconceitos podem ser expressos tanto por meio de ações discriminatórias quanto de discursos depreciativos, o “heterocentrismo”. Os xingamentos como uma poderosa arma de controle social, e por último, as contribuições da Psicologia nesse âmbito.

CONCLUSÕES

Ao longo dos anos, a sexualidade veio ganhando cada vez mais espaço nas discussões cotidianas e científicas. O grande tabu que norteou por anos o sexo como imoral, sujo e inapropriado, recebe hoje grande destaque e inúmeras pesquisas para esclarecer cada vez mais as dúvidas da população.

Lógico que ainda estamos distantes do ideal no que cerne ao conhecimento e a desmistificação de alguns conceitos básicos, que dão margens para preconceitos e discriminações, porém, muito já se avançou no reconhecimento e evolução dos conceitos de gênero, sexo, orientação sexual e identidade de gênero.

Como vimos, o sexo é biológico, e está diretamente ligado as características físicas que diferem homem de mulher, como genitália, gônadas, etc., gênero é social, construído pelas diferentes culturas, se refere a formas de se identificar e ser identificada como homem ou mulher. Orientação sexual se refere à atração por alguém de algum gênero. Contudo as pessoas que possuem identidade de gênero seriam aquelas que possuem determinado corpo que, pela lógica da heteronormatividade, não segue a linha coerente entre o órgão sexual.

Assim como a homossexualidade, a transexualidade tem sido estigmatizada como uma doença, sendo inclusive necessário o diagnóstico de disforia de gênero para que os indivíduos possam passar pela cirurgia de redesignação social, o chamado Processo Transsexualizador ofertado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, desde que o indivíduo se encaixe em dois critérios diagnósticos: apresentar orientação sexual homossexual e, apresentar aversão aos próprios genitais.

Como as demais pessoas, uma pessoa trans pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero que adota e do gênero com relação ao qual se atrai afetivossexualmente. Os cisgênero, são as pessoas que se identificam com o gênero que



Artigo

lhes foi atribuído quando ao nascimento. E denomina-se não-cisgênero, aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado, como transgênero, ou trans. Transgênero inclui todas as pessoas que questionam, através da própria existência, a validade da dicotomia sexo/gênero, sejam elas partidárias ou não da cirurgia de redesignação sexual.

E todas essas mudanças e evoluções (nem tão novas como aparentam), acabam por gerar sentimentos diversos, que podem ir desde o apoio e compreensão, ou de raiva e repulsa ou ódio e temor pelo que está fora do “padrão normal”. Para além dos crimes resultantes em vias de fato, como assassinato ou tentativas de homicídios, é preciso chamar atenção as agressões verbais e psicológicas, além de constrangimentos e situações vexatórias. Fora os números alarmantes de mortes dos LGBTs, existem ainda os níveis de suicídio entre jovens homossexuais, chegando a ser três vezes maiores e até 30% dos suicídios de jovens está relacionado com a identidade sexual.

Dessa forma, pode-se concluir que existem tantas e infindáveis formas de vivenciar a sexualidade humana, e classificar ou rotular as pessoas como héteros ou “gays” é uma visão bastante limitada. A principal problemática diz respeito, justamente as diversas nomenclaturas que se tornaram tão corriqueiras ultimamente, que acabaram se criando um estigma para todas aquelas pessoas que fugissem da conduta heteronormativa. Assim, os objetivos desta pesquisa foram então alcançados, uma vez que os estudos abordados esclareceram as dúvidas que o fomentaram, trazendo uma discussão clara e didática.

Dá-se assim, aporte para mais pesquisas sobre o tema, tendo em vista que há uma grande produção no campo da sexualidade, porém ainda muito voltada para a homofobia ou a LGBTfobia, etc. Ampliar estudos nesse campo, e facilitar o acesso da população a esse conhecimento, difundindo-o, de modo que em um futuro próximo, as pessoas saibam não apenas diferenciar o que é gênero, orientação sexual, identidade de gênero, trans, cistransgênero, mas que aprendam que cada ser humano, em sua singularidade e subjetividade merece respeito e não um rótulo divisório.

Por fim, vislumbrar todos estes aspectos e como esses conceitos se estabelecem diante de uma pluralidade de formas de vivenciá-las, é compreendê-las não como regras imutáveis, mas como uma verdade individual, e da mesma forma perceber que ainda existe uma grande luta a ser travada para que os direitos destes cidadãos sejam reconhecidos e inquestionáveis.



Artigo

REFERÊNCIAS:

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska; ROMERO, Ana Carolina. **Xingamentos entre homossexuais: transgressão da heteronormatividade ou replicação dos valores de gênero?** Revista Bioética (Impr.). Universidade de Brasília- UnB. Brasília-DF, 2015.

BORGES, Lenise Santana; CANUTO, Alice de Alencar Arraes; OLIVEIRA, Danielle Pontes de; VAZ, Renatha Pinheiro. **Abordagens de gênero e sexualidade na psicologia: revendo conceitos, repensando práticas.** Psicologia: Ciência e Profissão, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. V. 33, N. (3). Goiânia- GO, 2013.

BORRILLO, Daniel. **Homofobia : história e crítica de um preconceito/** Daniel Borrillo; [tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira]. - Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

BRASIL, Ministério da Educação. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais.** Livro de conteúdo. Rio de Janeiro, versão 2009.

BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar Pucci. **O papel das representações sociais e da educação para o desenvolvimento da identidade de gênero.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. Universidade Estadual Paulista, Franca- SP, 2006.

CARDOSO, Fernando Luiz. **O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade.** Interamerican Journal of Psychology, vol. 42, núm. 1, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº01 de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão de Orientação Sexual. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf



Artigo

COLLING, Leandro. **A igualdade não faz o meu gênero: em defesa das políticas das diferenças para o respeito à diversidade sexual e de gênero no Brasil.** Revista Contemporânea, V. 3, N. 2. Universidade Federal da Bahia- UFBA. Salvador, 2013.

FARO, Julio Pinheiro. **A note on homosexuality in history** (Uma nota sobre a homossexualidade na história). Revista Subjetividades, Fortaleza, 2015.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** 2ª edição – revista e ampliada. Brasília, 2012.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **O conceito de Heterocentrismo: um conjunto de crenças enviesadas e sua permanência.** Revista Psico-USF, Bragança Paulista, V. 18, N. 3. Universidade de Brasília, Brasília- DF, 2013.

ROSA, Lucas Camapum. **A LGBTfobia como fenômeno cultural e seus impactos psíquicos.** Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem, vol. 17, núm. 4. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008.

OAKLEY, Ann. **Sexo e gênero/** Ann Oakley [traduzido Claudenilson Dias e Leonardo Coelho]. Revista feminismos. Vol. 4, N. 1, Universidade Federal da Bahia-UFBA, 2016.

PETRY, Rodolfo; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. **Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa.** Textos & Contextos. V. 10, N. 1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre- RS, 2011.

PRESTES, Érika Aparecida; VIANNA, Túlio. **História da criminalização da homossexualidade no Brasil: da sodomia ao homossexualismo.** Iniciação Científica.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Vol. 1. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais- PUC Minas, Belo Horizonte, 2007.

RIOS, Roger Raupp; PIOVESAN, Flávia. **A discriminação por orientação sexual**. In: Seminário Internacional- As minorias e o direito, 2001, Brasília (Série Cadernos do CEJ, v. 24).

TONELI, Maria Juracy Filgueiras. **Diversidade sexual humana: notas para a discussão no âmbito da psicologia e dos direitos humanos**. Psicologia Clínica. V.20, N. 2, Rio de Janeiro, 2008.



IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: PERSPECTIVAS LITERÁRIAS

DOI: [10.29327/213319.18.3-21](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-21)

Páginas 381 a 404

404

Artigo

**EFEITOS DA DIETA HIPERLIPÍDICA SOBRE O SISTEMA HEPÁTICO NA
ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA EXPERIMENTAL**

**EFFECTS OF THE HYPERLIPIDIC DIET ON THE HEPATIC SYSTEM IN
EXPERIMENTAL MANSONIC SCHISTOSOMIASIS**

Glauber Melo de Araújo¹

Leonardo Ribeiro de Moraes Ferreira²

Luiz Henrique Ribeiro de Moraes Ferreira³

Mateus Ribeiro Fernandes Teixeira⁴

Juliana de Melo Figueiredo⁵

RESUMO - A esquistossomose mansônica permanece sendo um grave problema de saúde pública e ainda pertence à lista de doenças negligenciadas no Brasil com um impacto socioeconômico significativo. Estima-se que 207 milhões de pessoas estejam infectadas, 500 mil morrem a cada ano e 120 milhões sejam assintomáticos. O processo patológico característico é a presença do granuloma hepático caracterizado como reação de defesa do organismo para isolamento do ovo e proteção contra a liberação de seus antígenos. O objetivo do estudo foi avaliar a influência da dieta hiperlipídica no tecido hepático em um modelo experimental de esquistossomose mansônica utilizando 35 camundongos fêmeas separados em 4 grupos: Dieta Hiperlipídica e Infectado - H+I (n=9), Infectados - I (n=7), Dieta Hiperlipídica - H (n=9) e Controle - C (n=10). Fragmentos hepáticos foram fixados e realizados estudos histológicos e morfométricos como números, volumes e evoluções do granulomas, além da quantificação da densidade de colágenos. Foi evidenciada a caracterização prevalente da fase granulomatosa no grupo I do que o H+I, além de uma melhor formação de colágenos no grupo H+I em relação aos restantes dos grupos. No decorrer do estudo observou-se a ausência de esteatose no grupo H+I. O estudo demonstrou que a presença de dieta hiperlipídica altera

¹ Enfermeiro; Mestre em Patologia Humana (UFPE), Especialista em Anatomia Humana (UFPE). Especialista em Saúde Pública (FIP). Docente na Faculdade Santíssima Trindade (FAST)

^{2,3} Acadêmicos de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

⁴ Acadêmico de Medicina pela Faculdade Universitária da Paraíba (UNIPÊ)

⁵ Acadêmica de Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FACISA)



Artigo

alguns rearranjos na formação granulomatosa que levou à necessidade de observações mais intensas a cerca da temática.

Palavras-Chave: Granulomas. Esquistossomose Mansônica. Colágeno. Características Evolutivas.

ABSTRACT - Schistosomiasis (MS) remains a serious public health issue and still belongs to the list of neglected diseases in Brazil with a significant socio-economic impact. It is estimated that 207 million people are infected, 500 thousand die annually and 120 million are asymptomatic. The characteristic pathological process is the presence of hepatic granuloma characterized as the body's defense reaction to egg insulation and protection against the release of their antigens. The aim of the study was to evaluate the influence of high fat diet on liver tissue in an experimental model of schistosomiasis mansoni using 35 female mice divided into 4 groups: fat diet and Infected - H + I (n = 9), Infected - I (n = 7), high fat diet - H (n = 9) and control - C (n = 10). Tissue specimens were fixed and made histological and morphometric studies as numbers, volumes and granulomas developments, as well as quantification of collagen density. The prevailing characterization of granulomatous phase (FG) was observed in group I than H + I, along with a better collagen formation in the H + I group compared to the other groups. During the study we observed the absence of steatosis in H + I group. The study showed that the presence of fat diet alters some rearrangements in granulomatous formation, leading to the need for more intense observations about the theme.

Keywords: Granulomas. Schistosomiasis. Collagen. Evolutionary Features.

INTRODUÇÃO

A Esquistossomose Mansônica (EM) ainda permanece sendo um grave problema de saúde pública no país. Há diversas áreas no Brasil que são consideradas endêmicas para a moléstia, como alguns estados do nordeste e sudeste, que vão desde o Rio Grande do Norte até Minas Gerais. Há focos isolados espalhados pelo Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul,



EFEITOS DA DIETA HIPERLIPÍDICA SOBRE O SISTEMA HEPÁTICO NA ESQUISTOSSOMOSE
MANSÔNICA EXPERIMENTAL

DOI: [10.29327/213319.18.3-22](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-22)

Páginas 405 a 426

Artigo

constituindo importante causa de morbidade e mortalidade da população (LINS, CAVALCANTI, FILHO, 2008).

Ela está incluída na lista de doenças negligenciadas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem um impacto socioeconômico significativo. Estima-se que 779 milhões de pessoas estão em constante risco de infecção e 207 milhões são infectados, dos quais 120 milhões são sintomáticos, 20 milhões desenvolvem a forma crônica e mais de 500 mil morrem a cada ano (STEINMANN et al., 2016)

O sítio anatômico predileto dos vermes adultos de *Schistosoma mansoni* é a vasculatura mesentérica. Os ovos são evacuados no trato intestinal junto com as fezes, podendo ficar presos principalmente na parede do intestino ou no fígado, por onde chegam através da circulação porta. Caracterizando-se, portanto, como uma doença hepato-intestinal (LAMBERTUCCI; SILVA; VOIETA, 2014).

A doença desenvolve-se principalmente devido à deposição dos ovos do verme nos tecidos do hospedeiro. O antígeno do ovo induz a formação de granuloma e fibrose, principalmente no intestino e sistema portal hepático (BOOTH, 2014; CALDAS, 2018).

Tal doença é resultante da reação inflamatória granulomatosa aos ovos do parasita localizados nos tecidos e apresenta efeito acumulativo de lesões principalmente no fígado. Os ovos excretam um antígeno solúvel responsável pelo desencadeamento de um complexo fisiopatológico reacional que promoverá a formação do granuloma. Diariamente, cada casal de *Schistosoma mansoni* pode levar, à formação de cerca de 200 granulomas: ovo + reação granulomatosa que o envolve. Estes podem apresentar-se em pontos isolados ou difusos no intestino grosso e fígado (ANDRADE, 2016).

Modelos induzidos por dietas provaram benefícios para a avaliação das alterações fisiológicas que ocorrem na patogênese de doenças. Obesidade, fatores dietéticos e distúrbios relacionados à obesidade são algumas das alterações que buscam respostas frente a ensaios controlados em camundongos, visto que a obesidade também é preditiva de fibrose no fígado, potencialmente progredindo para doenças avançadas (WYNN, 2017). Nesse contexto, descobre-se que a patologia EM é muito abrangente e de fonte para estudo inesgotável. Nos moldes atuais, onde o Brasil ainda é um país endêmico, fazem-se necessários maiores estudos referente à temática.

As alterações hepáticas encontradas na EM foram avaliadas frente a novas mudanças em seu metabolismo, a obesidade, em um modelo animal, a fim de verificar alterações em seus processos fisiopatológicos e observar a evolução dos granulomas hepáticos, fonte dos processos patológicos decorrentes da doença. A obesidade pode



Artigo

alterar os processos inflamatórios frente à EM, desta forma, modificando a reação granulomatosa hepática característica da patologia.

Pelas razões acima mencionadas, justifica-se avaliar as alterações que podem ocorrer nos órgãos hepáticos mediante novos estresses metabólicos como a obesidade em modelos experimentais com Esquistossomose Mansônica.

MATERIAL E MÉTODOS

Animais e infecção

Foram utilizados camundongos fêmeas, *Swiss Webster* com pesos entre 28-30 gramas, com 28 dias de idade, mantidos no biotério do Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami da Universidade Federal de Pernambuco (LIKA-UFPE) de acordo com condições padronizadas de criação. Para a infecção dos camundongos foi utilizado a cepa de *Schistosoma mansoni*, Belo Horizonte – Minas Gerais (BH), mantida pelo Laboratório de Imunologia de Doenças Parasitárias e de Esquistossomose Experimental – LIKA - UFPE, através de passagens sucessivas da cepa em caramujos da espécie *Biomphalaria glabrata*. Após obtenção de suspensão cercariana, os camundongos foram infectados via percutânea com 50 cercárias (OLIVIER, STIREWALT, 2010).

Formação dos grupos experimentais

Estudos indicam que a fase crônica da infecção esquistossomótica em camundongos é estabelecida a partir da 12ª semana após a infecção (FALLON, 2000; PEARCE, MCDONALD, 2012). Para o presente estudo, foi estabelecido que o tempo decorrido entre a infecção e eutanásia seria de 90 e 120 dias para avaliação da fase intermediária e crônica, respectivamente, contudo, não se obteve sucesso para os grupos da fase crônica devido a sucessivas mortes dos animais, independente da dieta utilizada, o que sugere ser provavelmente pela infecção. Assim, foram avaliados apenas os grupos da fase intermediária.

Os camundongos foram divididos em quatro grupos experimentais de acordo com a ingestão da dieta e infecção, formado por dez animais em cada grupo. Contudo, houve perda de animais no decorrer do experimento, conforme quadro abaixo:



Artigo

QUADRO 1 - Definição dos grupos experimentais e esquema de dieta.

GRUPO	NÚMEROS	ESQUEMA DE DIETA HIPERLIPÍDICA	ESQUEMA DE DIETA PADRÃO
GRUPO EXPERIMENTO (H+I) Dieta Hiperlipídica + Infectados	09	Administrada a partir do desmame até o 90º dia após a infecção	Administrada a partir do desmame até o 90º dia após a infecção
GRUPO INFECTADO (I)	07		
GRUPO DIETA HIPERLIPÍDICA (H)	09		
GRUPO CONTROLE (C) Dieta Padrão + Não Infectados	10		

A dieta normocalórica (Padrão) foi à ração comercial para camundongos tipo Presence (Purina®), com: 19,0% de proteína, 56,0% de carboidrato, 3,5% de lipídeos, 4,5% de celulose, 5,0% de vitaminas e minerais, totalizando 17,03kJ/g. A dieta hiperlipídica, previamente padronizada (ESTADELLA et al., 2004), obtida de uma mistura de ração padrão tipo Presence (Purina®), amendoim torrado, chocolate ao leite e biscoito maizena na proporção 3:2:2:1. Estes ingredientes foram moídos, misturados e oferecidos na forma de péletes, com: 20% de proteína, 48,0% de carboidrato, 20,0% de lipídeos, 4,0% de celulose, 5,0% de vitaminas e minerais. O conteúdo energético da dieta hiperlipídica foi de 21,40kJ/g, sendo oferecida desde o desmame (28 dias) até o seu sacrifício (90 dias). Os animais dos grupos controle, livres de infecção e com dieta padrão, foram submetidos às mesmas condições que os demais grupos experimentais. Decorrido



Artigo

o tempo de tratamento de cada grupo, os animais foram eutanasiados utilizando anestesia (tiopental 200 mg.kg⁻¹), seguindo as recomendações da publicação NIH n.85-23.

Estudo histopatológico e morfométrico

Fragmentos (quatro em média) de fígado de cada animal foram fixados em formaldeído a 10% tamponado em PBS (tampão fosfato salino) e processados para inclusão em parafina. Posteriormente, foram realizados cortes histológicos de 5µm de espessura. Para cada amostra de tecido hepático foram confeccionadas duas lâminas histológicas, coradas pelas técnicas de hematoxilina-eosina (HE) e tricrômico de Masson (TM)

A coloração de TM foi empregada para a mensuração do diâmetro médio dos granulomas viáveis (com ovo, ou vestígio de ovo central) e do número médio de granulomas capturados em cinco campos aleatórios (área total de campo = 12.234 µm², área total visualizada = 61.170µm²) em amostras histológicas de cada animal por subgrupo. Para obtenção das imagens das amostras foi utilizado microscópio óptico acoplado a câmera digital e sistema computadorizado com linguagem orientada para leitura de imagem pelo software Motic Images Plus 2.0 ML®.

Número de granulomas

A determinação da média do número de granulomas foi desempenhada nas lâminas coradas com HE. A contagem de granulomas foi realizada em cinco campos selecionados aleatoriamente, por animal.

Evolução dos Granulomas

Para obtenção das fases granulomatosas pré-estabelecidas foi adotado o modelo proposto por Lenzi et al (1998) que divide em três estágios: A Fase Pré-Granulomatosa (FPG), caracterizada pela pouca quantidade e desorganização de eosinófilos na periferia do ovo; a Fase Granulomatosa (FG) que corresponde à organização e aumento no número de eosinófilos peri-granuloma; e a Fase de Cura por Fibrose (FCF) observada pela diminuição dos eosinófilos, mas aumento na quantidade de colágeno na região próximas ao granuloma.



Artigo

Volume dos granulomas

O diâmetro de todos os granulomas viáveis (contendo ovo ou vestígio de ovo) encontrados em 10 campos aleatórios foi mensurado em cada animal. Ao atribuir uma forma esférica aos granulomas, os raios obtidos a partir de seus diâmetros foram aplicados à fórmula utilizada para calcular o volume da esfera para obtenção dos granulomas, o volume dos granulomas.

$$V = R^3 \times \text{Pi} \times 4/3$$

R = raio

Pi = 3,14

Determinação do percentual de colágeno

A fibrose foi determinada morfometricamente por meio da medição da intensidade de fibrose em 15 imagens digitais obtidas das lâminas coradas com Tricrômico de Masson de cada animal. A intensidade de fibrose foi quantificada com a utilização de um software de manipulação de imagens (GIMP 2.8.10).

O software permite a marcação do tecido fibrótico diferenciado em cor azul pelo Tricrômico de Masson que é seletivo para as fibras colágenas, e em seguida fornece automaticamente o percentual de tecido marcado.

Análise Estatística

Foram utilizados testes e programas estatísticos específicos (GraphPad Prism 6.0) para comparar diferenças entre os grupos e subgrupos com nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todos os casos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer do estudo ocorreram algumas perdas de animais, independente dos grupos, o que justifica o período de escolha da infecção esquistossômica na fase intermediária (90 dias de infecção).



EFEITOS DA DIETA HIPERLIPÍDICA SOBRE O SISTEMA HEPÁTICO NA ESQUISTOSSOMOSE
MANSÔNICA EXPERIMENTAL

DOI: [10.29327/213319.18.3-22](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-22)

Páginas 405 a 426

Artigo

Análise Ponderal

Foi realizada verificação semanal dos pesos dos grupos separados conforme tipo específico de dieta e infecção (Gráfico 1).

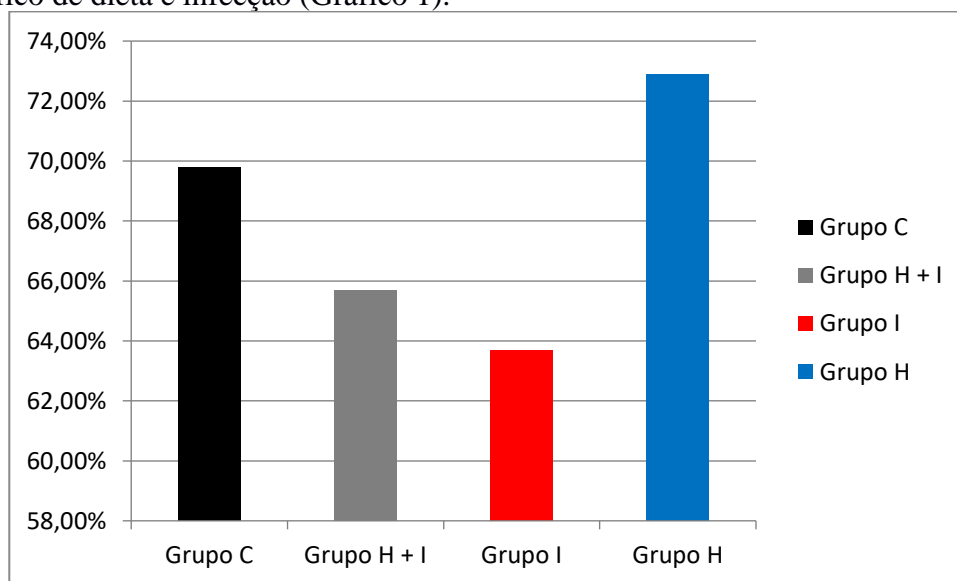


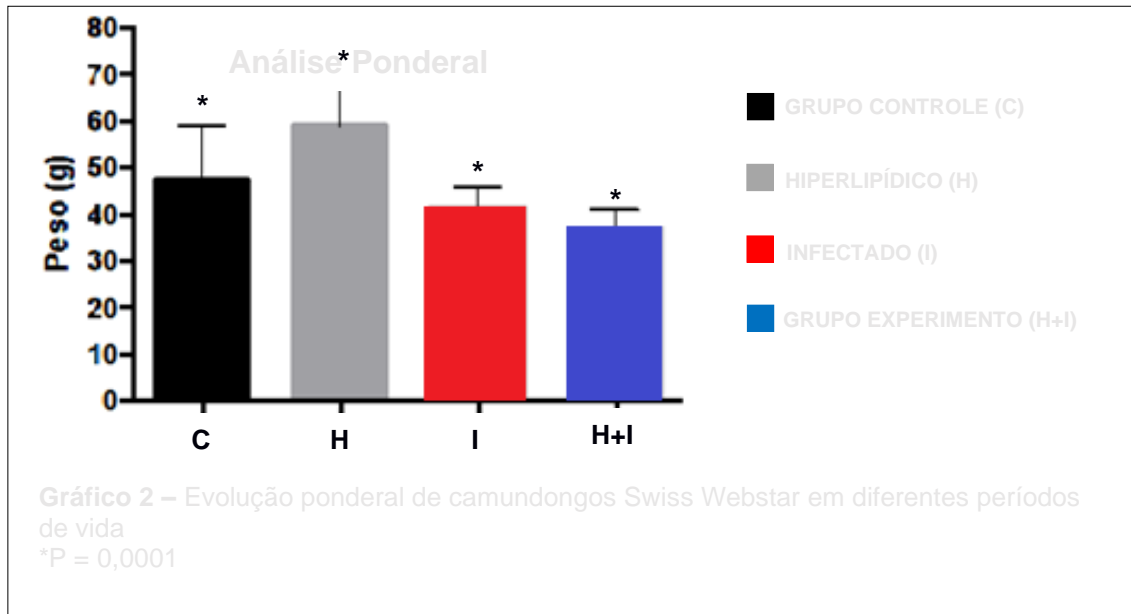
Gráfico 1: Análise da porcentagem do ganho de peso final entre os grupos.
*Média de peso inicial e final (data do Sacrifício).

Observou-se o ganho de peso dos animais com dieta hiperlipídica e a perda de peso nos animais infectados comparando-se todos os períodos dos estudos, antes e após infecção.

O peso médio dos grupos (Gráfico 2) foi significativamente menor ($P < 0,05$) quando comparados o grupo C ao H+I, que obteve ganho de peso inicial equivalente aos demais até a iniciação da dieta hiperlipídica. Identificou-se diferença estatística maior ($P > 0,05$) entre os grupos I e C (6) e H+I e I (4) e significativamente menor ($P < 0,05$) entre H e C (12), H+I e C (10), I e H (18) e H+I e H (22).



Artigo



O ganho de peso para os grupos com dietas hiperlipídica H e H+I seguiu padrões normais na evolução do experimento diminuindo a curva de evolução ponderal do grupo H+I após uma semana de infecção, não seguiu a mesma evolução do grupo H (Gráfico 3).



Artigo

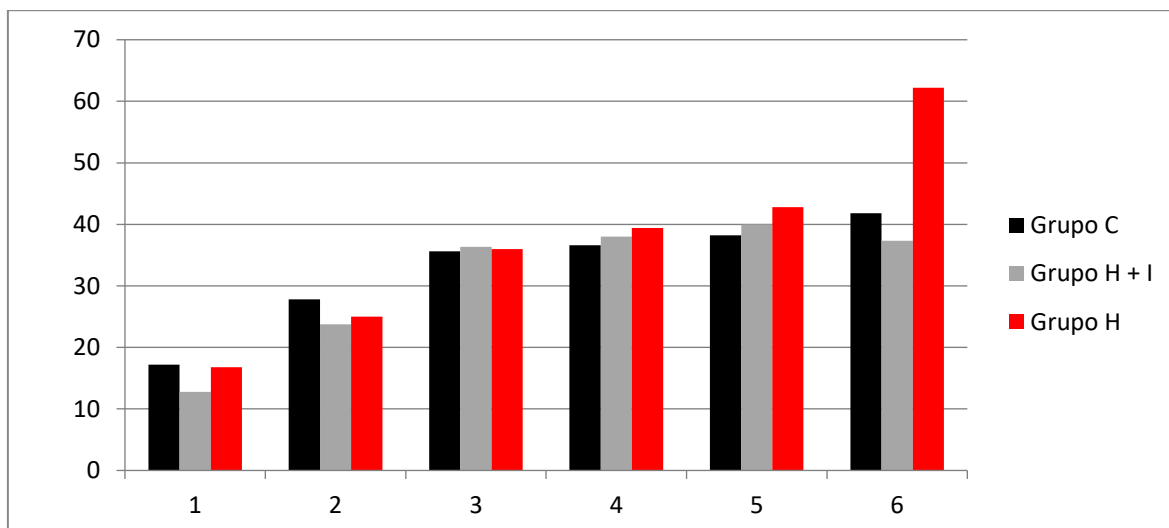


Gráfico 3: Amostra ponderal semanal entre os períodos pré-infecção e pós-infecção.

- Pré-infecção
- Pós-Infecção

Os presentes achados demonstraram que a dieta hiperlipídica causou sobrepeso e esteatose nos camundongos. O fígado desempenha várias funções essenciais para o organismo, incluindo absorção de gordura da dieta.

A consequência metabólica da ingestão de uma dieta hiperlipídica é o desenvolvimento de doença hepática gordurosa ou esteatose, uma condição histopatológica caracterizada pelo acúmulo excessivo de lipídios, principalmente triglicerídeos, dentro dos hepatócitos (BERTOLANI e MARRA, 2018).

Obesidade induzida por dieta causa diminuição do gasto de energia associado a uma baixa sensibilidade à leptina o que poderia explicar os presentes resultados de ganho de massa corporal (DUAN, 2013).

Estudos demonstraram que a leptina está positivamente associada ao peso corporal total e ao acúmulo de gordura nos órgãos em ratos (HANDJIEVA-DARLENSKA, 2014). O papel da leptina na regulação do acúmulo de gordura está bem estabelecido (AHREN et al, 2015;; BECK et al., 2017; COOLING et al., 2018; FAM et al., 2007; STRICKER-KONGRAD et al, 2015).



Artigo

ESTUDO HISTOLÓGICO

Os camundongos não infectados e alimentados com dieta hiperlipídica apresentaram acúmulo de lipídios que causou danos aos hepatócitos e consequente perda da identificação dos sinusoides hepáticos, o que não foi possível visualizar nos camundongos infectados alimentados com dieta hiperlipídica e nos alimentados com dieta padrão, independente da infecção. Os fígados dos grupos infectados I e H+I exibiram granuloma esquistossomótico (Figura 4).

Figura 4 – Microfotografias do tecido hepático dos animais alimentados com dieta padrão (A, D e F) ou dieta hiperlipídica (B, C e E), coradas com hematoxilina-eosina (C e D) e Tricrômico de Masson (A, B, E e F). **A:** visão do fígado dos camundongos não infectados alimentados com dieta padrão (grupo SD), mostrando hepatócitos e os sinusoides hepáticos entre eles; **B:** visão do fígado dos camundongos não infectados alimentados com dieta hiperlipídica (grupo H). Os hepatócitos estão mais pálidos e maiores devido a esteatose micro e macrovesicular; **C:** visão de um granuloma circundando o ovo do *Schistosoma mansoni*. Apesar da dieta hiperlipídica, os camundongos do grupo H+I não demonstrou alto grau de esteatose como o grupo H. **D:** visão do granuloma esquistossomótico do grupo C; **E:** visão do granuloma esquistossomótico do grupo H+I rodeado por fibras colágenas coradas pelo Tricrômico de Masson; **F:** visão do granuloma esquistossomótico do grupo C, mostrando uma quantidade bem menor de fibras colágenas em comparação ao grupo H+I.



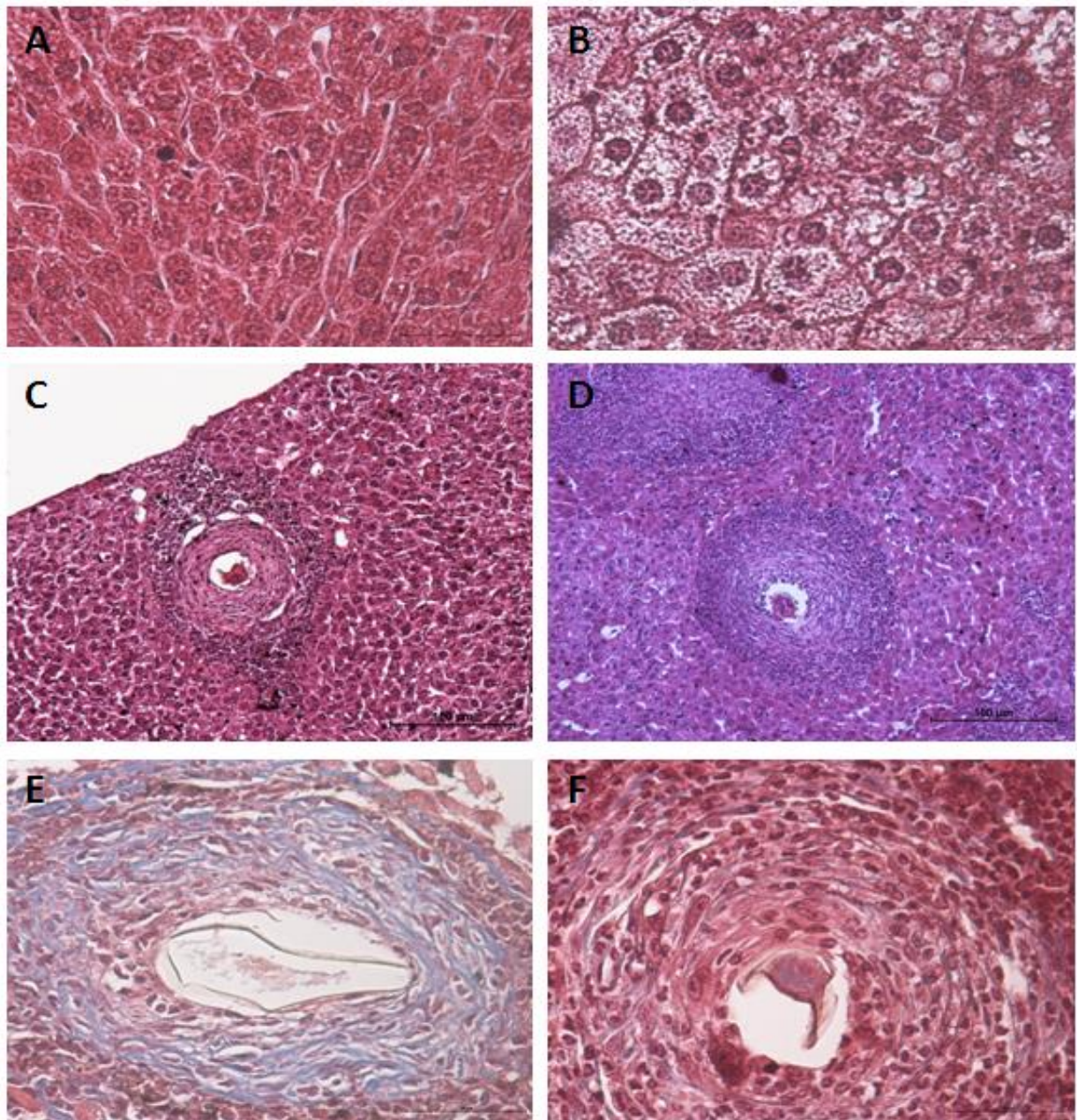
Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo



EFEITOS DA DIETA HIPERLIPÍDICA SOBRE O SISTEMA HEPÁTICO NA ESQUISTOSSOMOSE
MANSÔNICA EXPERIMENTAL

DOI: [10.29327/213319.18.3-22](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-22)

Páginas 405 a 426

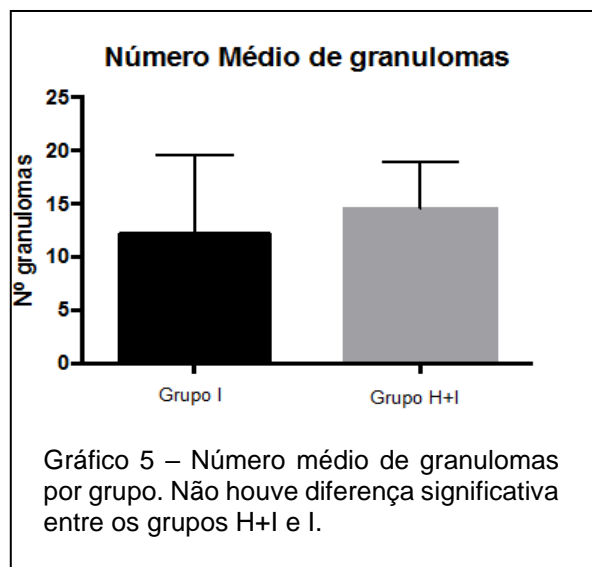
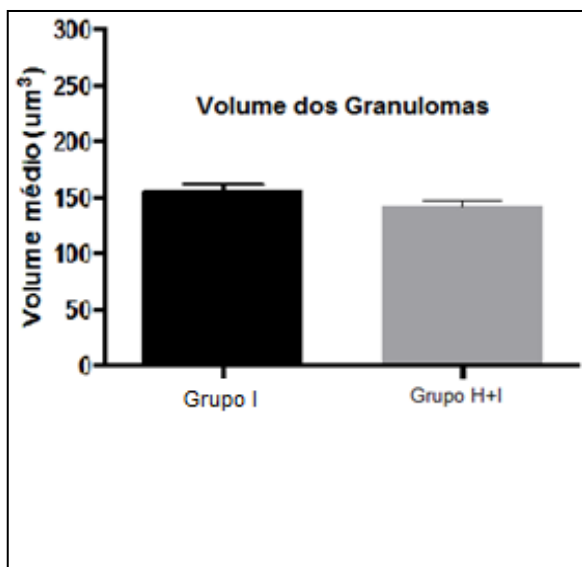
416

Artigo

Estudo dos Granulomas

Não houve diferença significativa no número e volume dos granulomas entre os grupos H +I e I ($p > 0,05$) (Gráfico 4 e 5).

O percentual de colágeno aumentou significativamente ($p < 0,0001$) nos camundongos infectados alimentados com dieta hiperlipídica (H+I), quando comparado aos camundongos infectados alimentados com dieta padrão (I) e aos outros grupos (Gráfico 6).



Artigo

Densidade de Colágeno

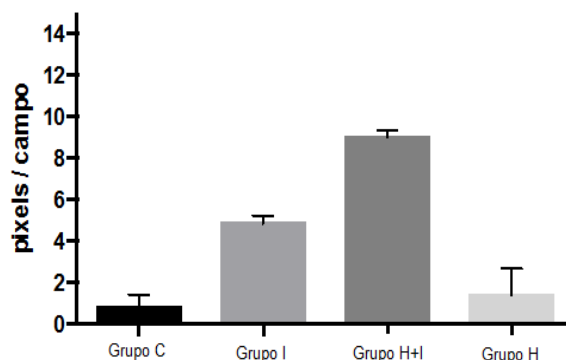


Gráfico 6 – Densidade do colágeno no tecido hepático, $p < 0,0001$ quando comparado o grupo H+I com os grupos C, I e H

Os parâmetros morfométricos analisados aos 90 dias de infecção (número e volume dos granulomas) não diferiram estatisticamente entre os camundongos infectados alimentados com dieta hiperlipídica e os camundongos infectados alimentados com dieta padrão. Nesse estudo, esses parâmetros apresentaram uma alta variabilidade dentro de cada grupo, o que pode ter contribuído para a semelhança entre eles.

A quantidade de fibrose foi maior nos camundongos infectados alimentados com dieta hiperlipídica, quando comparado com os camundongos infectados alimentados com dieta padrão o que pode ser explicado pelos níveis aumentados de leptina em camundongos que se alimentam de dieta hiperlipídica (PROCACCINI, 2010). A leptina, um hormônio de 16kDa secretado pelo tecido adiposo branco (PAZ-FILHO et al., 2010), foi a primeira adipocitocina diretamente associada com a fibrose hepática (DUAN et al., 2013; MARRA et al., 2011; BERTOLINI et al., 2010).

No fígado, a leptina transmite propriedades fibrogênicas através de sua interação com as células estreladas do fígado ativadas, que, após ativação, é responsável pela fixação da matriz extracelular no Espaço de Disse no fígado (ZHOU et al., 2014). Possíveis mecanismos para o efeito fibrogênico da leptina são estímulo de citocinas específicas, como a TGF β , modulação da resposta imune por células T e/ou estimulação



Artigo

direta de vias de sinalização celular resultando em modificações em fatores de transcrição que ativam a formação de colágeno (JAMES et al, 2015).

Em resumo, leptina promove proliferação de fibroblastos, migração, vasoconstricção e secreção de moléculas da matriz extracelular, amplia a ação de citocinas profibrogênicas chaves, como a TGF β , e regula positivamente o inibidor tecidual da metaloproteinase I (TIMP-I), tanto in vivo quanto in vitro. Entretanto, a leptina não é a única substância profibrogênica que possui essas propriedades.

Embora existam evidências de que a dieta hiperlipídica induz esteatose, inflamação e fibrose hepática, nossos resultados demonstraram que a dieta hiperlipídica por si só não foi capaz de levar a um quadro de fibrose hepática no período estudado, já que os camundongos não infectados alimentados com dieta hiperlipídica apresentaram um pequeno percentual de deposição de colágeno, o que nos faz acreditar que as consequências do consumo de uma dieta hiperlipídica são mais prejudiciais quando há alguma lesão hepática associada, como a esquistossomose mansoni.

Ao analisar com detalhes os cortes histológicos perante a evolução do granuloma hepático e revisar a literatura, adotou-se neste trabalho uma classificação sugerida por Lenzi et al (1998) que divide os granulomas em fases evolutivas de infecções, características em todas as respostas imunológicas, que são assim divididas: Fase Pré-Granulomatosa (FPG), Fase Granulomatosa (FG) e Fase de Cura por Fibrose (FCF).

A morfologia de todas as fases é dependente da localização do ovo. Na FPG o antígeno atrai poucas células inflamatórias em sua volta e desorganizadas, montando todo um aparato inflamatório (Figura 5). Na FG as células estão bem dispostas e organizadas em grande densidade na periferia e no centro do granuloma (Figura 6) e na FCF forma-se uma faixa espessa de fibras entre o ovo e as células inflamatórias e os eosinófilos podem ser encontrados no centro, dentro ou ao redor do granuloma que pode envolver, desaparecer ou calcificar (Figura 7).



Artigo

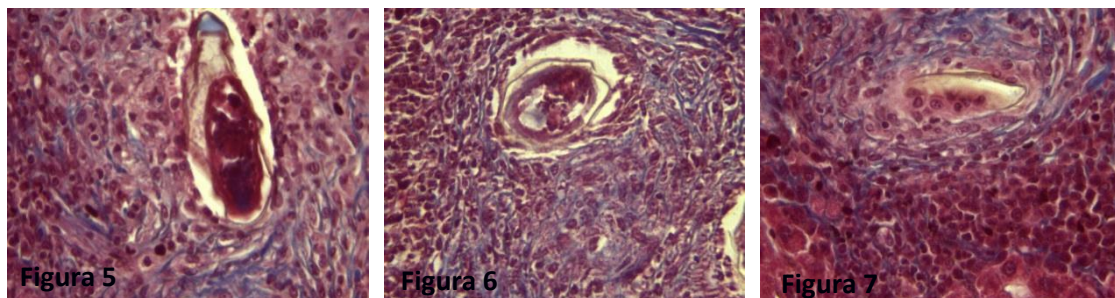


Figura 5, 6 e 7: Evolução dos Granulomas, 400x. Mostra as características morfofisiológicas dos aspectos dos granulomas em determinados períodos da infecção.

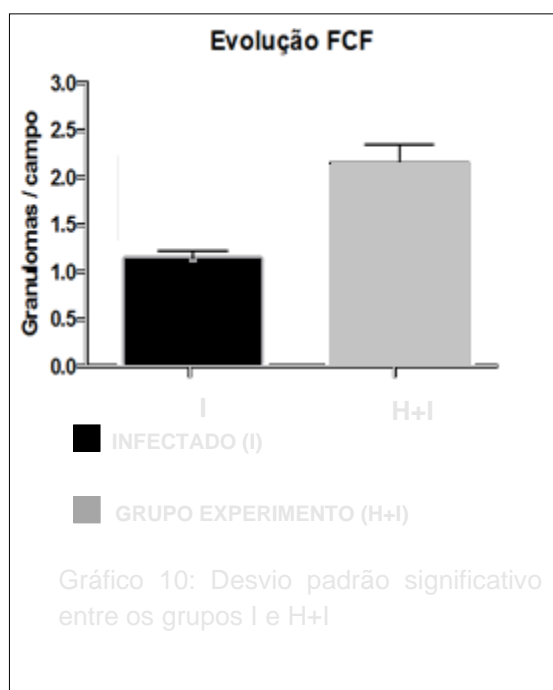
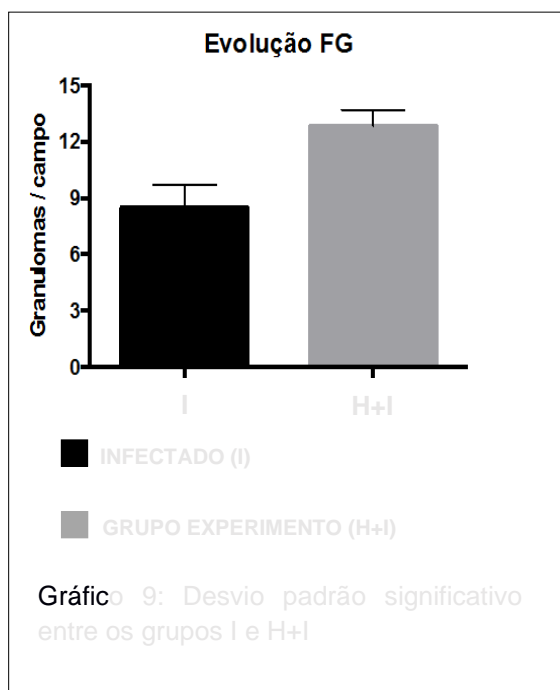
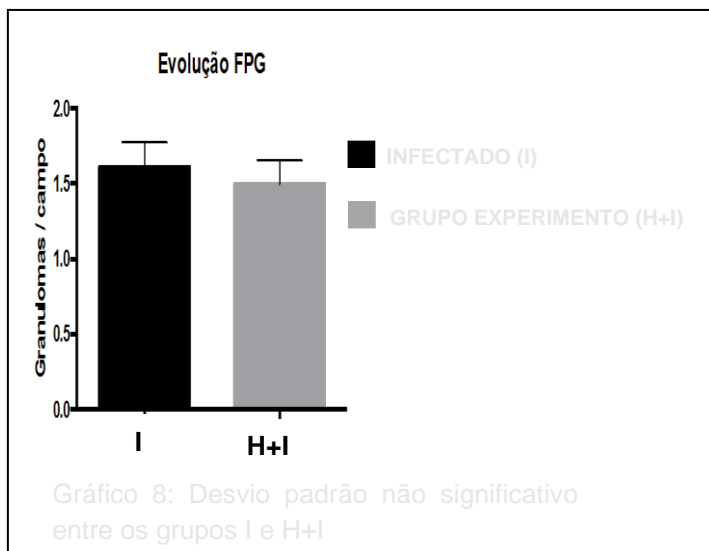
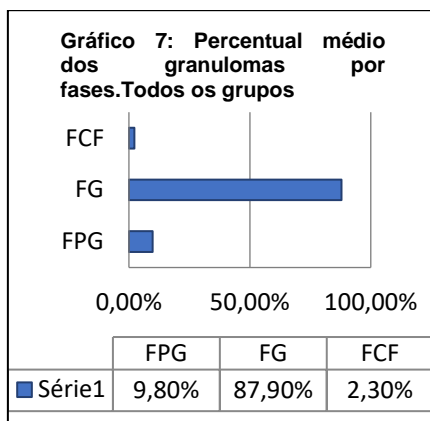
esquistossomose e proteger os tecidos do hospedeiro, isolando as toxinas em potencial secretadas pelo ovo. Após a deposição dos ovos nos tecidos, eles são rapidamente cercados por infiltrados de células inflamatórias, resultando no granuloma. Esse é um processo dinâmico em que o tamanho e a composição celular das lesões variam com o tempo e é coordenado pela influência de uma rede de mediadores inflamatórios (COLLON, 2016; WYNN e CHEEVER, 2017).

No estudo a diferença significativa entre os grupos H+I e I a respeito da FPG apresentou um desvio padrão não significativo (Gráfico 8) justificado pelo fato do período de infecção característico dos grupos ser o intermediário e de seus quadros nutricionais (um com dieta hiperlipídica e outro com dieta padrão). Em seu estudo, Mariano (2013) relatou que a FPG é muito evidenciada em experimentos com desnutrição, sendo observados poucos processos em evoluções com o grupo I e com H+I, correspondendo a 9,8% dos casos. Porém, o estudo revelou um predomínio na FG de 87,9% em ambos os grupos e de 2,3% na FCF (Gráfico 7).

Os granulomas da FG foram mais prevalentes no grupo H+I em relação ao grupo I (Gráfico 9) tendo desvio padrão significativo ($p < 0,05$). Mesmo sendo poucos observados, os granulomas da FCF foram comuns no grupo H+I do que o I (Gráfico 10) tendo o desvio padrão significativo ($p < < 0,05$).



Artigo



Artigo

CONCLUSÕES

Diante dos dados relatados, cujo principal objetivo foi trabalhar a forma do granuloma e nutrição do HD que possui um novo paradigma atual, a dieta hiperlipídica que pode levar a obesidade, foi observado que os padrões já muito antes descritos continuam a seguir sua via normal de patogenicidade, contudo novos achados decorrentes do excesso de gordura alimentar foram encontrados.

O padrão de peso ponderal foi o esperado, sendo evidenciada a diminuição de peso para os animais do grupo H+I, característico da doença, em relação ao grupo H e I, porém, achados microscópicos dos granulomas podem sugerir algumas hipóteses visto que os animais foram induzidos a dieta hiperlipídica.

Ressalte-se que, deparamos com achados diferentes deste estudo, onde foi encontrado um período evolutivo prevalente na FG em todos os grupos estudados e não predominante de FCF. O grupo H+I possui um total de média ponderal de granulomas na FG maior do que o grupo I evidenciando que a presença de dieta hiperlipídica corrobora com a formação do granuloma na fase intermediária da doença.

O estado morfométrico do granuloma evidenciou uma melhor formação de colágenos no grupo H+I em relação aos restantes dos grupos, o que reporta mais uma vez a presença de dieta hiperlipídica na ajuda da formação daqueles visto que o colágeno é muito importante na formação do tipo de granuloma, conseqüentemente, na não liberação dos antígenos liberados pelos ovos.

A FCF é caracterizada pelo aumento quantitativo de fibras colágenas e observou-se uma quantidade maior de colágeno no grupo H+I comparado ao grupo I, o que evoluiu de acordo com o trabalho.

Outro achado significativo foi à presença da esteatose nos fígados que estavam infectados e com dieta hiperlipídica dos que tinham a mesma dieta e não infectados. A não presença de vesículas gordurosas nos fígados dos grupos H+I pode ser observada em dois parâmetros: A doença retirou esse acúmulo de triglicérides dos hepatócitos ou o processo patológico em hospedeiros submetidos a dietas hiperlipídicas atrapalha o acúmulo destes as células, portanto, sendo um aliado para a não formação de esteatose hepática, processo este que pode piorar a função hepática junto dos granulomas.

Os padrões para a formação dos granulomas hepáticos já é descrito e conhecido há tempos, conforme relata Coelho (2015) em seu estudo a cerca da formação



Artigo

granulomatosa que descreve o mesmo sendo uma estrutura que possui forma diversa dependendo de alguns fatores, entre eles estão: a sua fase evolutiva (tempo ou período de sua evolução) e estado de reatividade do organismo (Nutrição do hospedeiro definitivo - HD).

Notoriamente, evidencia-se um avanço no conhecimento de novas temáticas para o estudo do granuloma hepáticos, comparados a temas que abordavam amostras desnutridas, sendo este estudo elaborado para uma nova vertente de evoluções patológicas – a dieta hiperlipídica – fruto da nova realidade de nossa população que cada vez mais vem aumentando seu peso e propensa a novas abordagens de pensamentos e estudos.

Contudo, faz-se necessária uma expansão das técnicas utilizadas no estudo utilizando métodos histoquímicos para abordagem de células e mediadores inflamatórios e comparações com amostras desnutridas e dietas hiperlipídicas.

REFERÊNCIAS

AHREN, B., MANSSON, S., GINERRICH, R.L., HAVEL, P.J. **Regulation of plasma leptin in mice: Influence of age, high-fat diet, and fasting.** Am J Physiol, 42, R113-R120, 2015

ANDRADE, Z. A.; **Schistosomiasis and liver fibrosis.** Parasite Immunology. v 31, p 656-663, 2016.

BECK, B., MUSSE, N., STRICKE R., KRONGRAD, A. **Ghrelin, macronutrient intake and dietary preferences in Long-Evans rats.** Biochem Biophys Res Commun, 292, 1031-1035. 2017

BERTOLANI, C., MARRA, F. **Role of adipocytokines in hepatic fibrosis.** Curr. Pharm. Des. v. 16, 1929–1940, 2018.



Artigo

BOOTH, M.; MWATHA, J. K.; JOSEPH, S.; JONES, F. M.; Et al. **Periportal Fibrosis in Human *Schistosoma mansoni* Infection Is Associated with Low IL-10, Low IFN- γ , High TNF , or Low RANTES, Depending on Age and Gender.** J. Immunol. v. 172, p 1295-1303, 2014.

CALDAS, I. R.; CAMPI-AZEVEDO, A. C.; OLIVEIRA, L. F.; SILVEIRA, A. M. S.; Et al. **Human Schistosomiasis Mansoni: Immune Responses During Acute and Chronic phases of the infection.** Acta Tropical. v. 108, p. 109-117, 2018.

CHEEVER, A. W. et al. **Variation of hepatic fibrosis and granuloma size among mouse strains infected with *Schistosoma mansoni*.** American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Baltimore, v. 37, p. 85-97, 2014

COELHO, R. B. **Patologia da Esquistossomose Mansônica: Comportamento do ovo do *Schistosoma Mansone*.** Inst. Ageu Magalhães, v. 4, p 61-71, 2015.

COLLON, C. P. **Schistosomiasis Medicine.** v. 31, p 64-67, 2016.

COOLIN, J., BARTH, J., BLUNDELL, J. **The high-fat phenotype: is leptin involved in the adaptive response to a high fat (high energy) diet?** Int J Obesity, **22**, 1132-1135, 2018.

DUAN, X.F. et al. **Obesity, adipokines and hepatocellular carcinoma.** Int. J. Cancer 133, 1776–1783, 2013.

ESTADELLA D, OYAMA LM, DÂMASO AR, RIBEIRO EB, OLLER DO NASCIMENTO CM. Effect of palatable hyperlipidic diet on lipid metabolism of sedentary and exercised rats. **Nutrition**, v.20, n.2, p.218-24, 2004.

FALLON, P.G., RICHARDSON, E. J., MCKENZIE, G. J., MCKENZIE, A. N.; **Schistosome infection of transgenic mice defines distinct and contrasting pathogenic roles for IL-4 and IL-13: IL-13 is a profibrotic agent.** J. Immunol. v 164, p 2585–2591, 2000.



Artigo

FAM, B.C., MORRIS, M.J., HANSEN, M.J., KEBEDE, M., ANDRIKOPOULOS, S., PROJETTO, J., THORBURN, A.W. **Modulation of central leptin sensitivity and energy balance in a rat model of diet-induced obesity.** *Diab Obes Metab*, v. **9**, p 840-852, 2017

HANDJIEVA-DARLENSKA and N. BOYADJIEVA. **The effect of high-fat diet on plasma ghrelin and leptin levels in rats.** *J Physiol Biochem*, v. **65** (2), 157-164, 2014.

JAMES, J.; POTTER, R.; LYNDIA R. T.; MEZEY, E. **Influence of leptin in the development of hepatic fibrosis produced in mice by *Schistosoma mansoni* infection and by chronic carbon tetrachloride administration.** *Journal of Hepatology* **38**, p 281–288, 2015.

LAMBERTUCCI JR; SILVA, L.C.S.; VOIETA, I. Esquistossomose Mansônica. In: Coura, JR, (editor). *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 931-46, 2014

LENZI, H. L. et al. **Histoarchitecture of Schistosomal Granuloma Development and Involution: Morphogenetic and Biomechanical Approaches.** *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. v. **93** (I), p 141-151, 2015.

LINS, R. A. B.; CAVALCANTI, C. B. L.; FILHO, J. L. S. A. et al. **A distribuição dos eosinófilos nas diferentes fases de evolução dos granulomas hepáticos em camundongos infectados pelo *Schistosoma mansoni*.** *Rev. Soc. Bra. Med. Trop*, **41** (2), 173-178, 2008.

MARIANO, M. **The experimental granuloma. A hypothesis to explain the persistence of the lesion.** *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*. v. **37**, p 1-15, 2013.

MARRA, F. et al. **Modulation of liver fibrosis by adipokines.** *Dig. Dis*. v. **29**, p 371–376, 2016.

OLIVER, L.; STIREWALT, M. A. An efficient method for exposure of mice to cercariae of *Shistosoma mansoni*. **J. Parasitol.**, v.38, p.19-23, 2010.



EFEITOS DA DIETA HIPERLIPÍDICA SOBRE O SISTEMA HEPÁTICO NA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA EXPERIMENTAL

DOI: [10.29327/213319.18.3-22](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-22)

Páginas 405 a 426

Artigo

PEARCE, E. J; MACDONALD, A. S. The immunobiology of Schistosomiasis. **Nature Reviews, Immunology**, v.7, n.2, p.499-511, 2012.

PROCACCINI, C. et al. **Leptin: the prototypic adipocytokine and its role in NAFLD**. *Curr. Pharm. Des.* v. 16, 1902–1912, 2010.

PAZ-FILHO, G. et al. **Congenital leptin deficiency: diagnosis and effects of leptin replacement therapy**. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* v. 54, p 690–697, 2017.

STEINMANN, P., KEISER, J., BOS, R., TANNER, M., UTZINGER, J., 2006. **Schistosomiasis and water resources development: systematic review, meta-analysis, and estimates of people at risk**. *Lancet Infectious Diseases* v. 6, p. 411–425, 2016.

STRICKER-KONGRAD, A., CUMIN, F., BURLET, C., BECK, B. **Hypothalamic neuropeptide Y and plasma leptin after long-term high-fat feeding in the rat**. *Neurosci Lett*, v. 254, p 157-160, 2015.

WYNN, T.A. “**Common and unique mechanisms regulate fibrosis in various fibroproliferative diseases.**” *J Clin Invest.* v. 117, n.3, p.524-9, 2017.

ZHOU, Q. et al. **GATA binding protein 2 mediates leptin inhibition of PPAR γ 1 expression in hepatic stellate cells and contributes to hepatic stellate cell activation**. *Biochim. Biophys. Acta* v.1842, p 2367–2377, 2014.



Artigo

**AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E
FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

**EVALUATION OF FAMILY SUPPORT, QUALITY OF LIFE AND
FUNCTIONALITY OF THE ELDERLY ON PHYSIOTHERAPEUTIC
TREATMENT**

Gabriela Decurcio Cabral¹

Aline Cristina Batista Resende de Moraes²

Tânia Cristina Dias da Silva Hamu³

RESUMO - O objetivo do presente estudo foi avaliar o suporte familiar, a qualidade de vida e a funcionalidade do idoso em assistência fisioterapêutica. Estudo Transversal onde foram avaliados 30 idosos, de ambos os sexos. Aplicou-se o questionário sociodemográfico, Índice de Katz, Inventário de Percepção do Suporte Familiar e Escala WHOQOL-Bref. Os idosos analisados apresentaram inadequados níveis de percepção do suporte familiar, a capacidade funcional revelou que 76,7% idosos foram independentes, e 66,7% consideraram a qualidade de vida como boa. Nota-se significância estatística apenas ao comparar o domínio autonomia com a qualidade de vida geral. O estudo permite concluir que apesar do inadequado suporte familiar percebido, não houve relação significativa com as variáveis. Quando comparados os domínios com as variáveis capacidade funcional, qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, obteve-se significância apenas entre o domínio autonomia e qualidade de vida geral. Apesar de não ter sido encontrado no estudo relação significativa entre os

¹ Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG)

² Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC- Goiás), docente do Departamento de Fisioterapia e Coordenadora de Estágio da Universidade Estadual de Goiás (UEG)

³ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) docente do Departamento de Fisioterapia, Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Musculoesquelética (LAPEME) e Bolsista do Programa de Bolsa de Incentivo a Pesquisa (PROBIP) da Universidade Estadual de Goiás (UEG)



Artigo

domínios do IPSF e as variáveis sociodemográficas, observou-se que os idosos avaliados foram considerados independentes e com boa qualidade de vida.

Palavras-Chave: Idoso. Qualidade de Vida. Família. Funcionalidade.

ABSTRACT - The objective of the present study was to evaluate the family support, quality of life and functionality of the elderly in physiotherapeutic care. This is a cross-sectional study with a sample of thirty old people of both genders. The sociodemographic questionnaire, Katz Index, Perceptual Inventory of Family Support and WHOQOL-Bref Scale were applied. The analyzed elderly had inadequate levels of perception of family support, the functional capacity revealed that 76.7% of the elderly were independent, and 66.7% considered the quality of life to be good, statistical significance is only found when comparing the autonomy domain with the general quality of life ($p < 0,020$). The study concludes that despite the inadequate family support perceived, there was no significant relationship with the variables. When domains with functional capacity, general quality of life and health satisfaction variables were compared, significance was only achieved between autonomy domain and general quality of life. Although a significant relationship between IPSF domains and sociodemographic variables was not found in the study, it was observed that the evaluated elderly were considered independent and with good quality of life.

Keywords: Elderly. Quality of life. Family. Functioning.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional aliado ao aumento da expectativa de vida gera um crescimento significativo da população idosa mundial. Diante desse fenômeno de rápido crescimento, os idosos tornam-se alvo de atenção nos países desenvolvidos (REIS et al., 2011). No Brasil, segundo o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de idosos com 60 anos ou mais passou de 14,8 milhões em 1999 para cerca de 20,6 milhões em 2010 (11% da população) (SANTOS & CUNHA, 2013).



AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

DOI: 10.29327/213319.18.3-23

Páginas 427 a 444

Artigo

A senilidade é um processo fisiológico inerente ao envelhecimento, depende de características específicas e sofre influência de diversos fatores biológicos, socioeconômicos e psicológicos. É um processo no qual tanto alterações estruturais como funcionais podem interferir na capacidade funcional do indivíduo, tornando-o mais vulnerável à injúrias e comorbidades (TORRES et al., 2009; REIS et al., 2011). A velhice, quando associada a fragilidade dos idosos e maior incidência de doenças crônicas pode afetar a capacidade funcional dos mesmos, prejudicando sua independência e qualidade de vida (FUHRMANN et al., 2015). Para que esse processo de envelhecimento ocorra de forma saudável é importante promover a qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional. Assim, o indivíduo possui uma postura autônoma, podendo tomar suas próprias decisões e realizar suas tarefas de forma independente, recebendo o apoio da família com recursos favoráveis de adaptação e manutenção do seu bem-estar no meio ambiente em que vive (DAGIOS; VASCONCELLOS; EVANGELISTA, 2015; INOUE et al., 2010).

A capacidade funcional pode ser compreendida como o produto da interação entre a saúde física, mental, independência das atividades de vida diária e integração no meio social, influenciada por habilidades desenvolvidas ao longo da vida (FUHRMANN et al., 2015; PINTO et al., 2016). São muitos os fatores que influenciam a capacidade funcional durante a velhice, sendo idade, sexo, condições de saúde e cognição, estilo de vida, renda, escolaridade e moradia (SANTOS & CUNHA, 2013). A avaliação da funcionalidade é uma medida importante, uma vez que a mesma é um indicativo de saúde e de qualidade de vida, pois conceitua aspectos como a autonomia e a independência do idoso (SANTOS & GRIEP, 2013; TRIZE et al., 2014). É notável ressaltar que a redução da capacidade funcional, provoca uma dificuldade na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, como se alimentar, tomar banho, sair de casa, o que pode resultar na necessidade de acompanhamento de profissionais da área da saúde e adaptações para manter as atividades cotidianas e a qualidade de vida desse idoso intactas, tendo como suporte a família e independência financeira (DUARTE et al., 2016).

A família é um sistema dinâmico, considerada a principal fonte de apoio social, exercendo funções de proteção, afeição e formação social (SOUZA; BAPTISTA, BAPTISTA, 2010). O vínculo afetivo entre familiares é responsável pela formação da percepção e capacidade interpessoal dos indivíduos, mesmo durante a velhice. O suporte familiar pode ser definido como parte da rede social mais próxima



Artigo

de relacionamento na qual o indivíduo é beneficiado por meio do convívio com seus familiares proporcionando-lhes afeto, capacidade de enfrentar problemas, estabilidade emocional, bem estar-psicológico e por fim qualidade de vida (BAPTISTA; NEVES; BAPTISTA, 2008; INOUYE et al., 2010). Um suporte familiar adequado colabora de maneira expressiva na integridade do estado físico e psicológico do indivíduo, resultando em efeitos emocionais positivos. O benefício na dinâmica familiar é recíproco, tanto para o indivíduo que recebe, quanto para o membro da família que oferece esse suporte (BAPTISTA, 2007; REIS et. al., 2011).

Embora, as pesquisas descrevam as possíveis relações entre as variáveis capacidade funcional, qualidade de vida e percepção do suporte familiar, a discussão destas variáveis com o idoso em tratamento fisioterapêutico não são realizadas. O desenvolvimento deste estudo partiu da necessidade de confirmar a associação entre estas variáveis e estabelecer em que intensidade estas ocorrem durante o tratamento fisioterapêutico. O presente trabalho tem como objetivo avaliar o suporte familiar, a qualidade de vida e a funcionalidade do idoso em assistência fisioterapêutica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal. A amostra foi composta por indivíduos idosos, voluntários, provenientes da comunidade que estiveram em tratamento fisioterapêutico no período de agosto de 2015 a novembro de 2016 na Clínica Escola da Universidade Estadual de Goiás, Campus-ESEFFEGO.

Os participantes foram selecionados segundo os critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estiveram em tratamento fisioterapêutico no ambulatório de ortopedia e traumatologia da Clínica Escola de Fisioterapia da UEG no período referido, e com participação legal por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os idosos que apresentaram déficit cognitivo avaliados por meio da aplicação do teste Mini-Exame do Estado Mental (MELO & BARBOSA, 2015).

Após o contato inicial, os indivíduos receberam informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Em seguida os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário elaborado pelas autoras, contendo informações sociodemográficas para caracterização da amostra, tais como as seguintes variáveis:



Artigo

sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, renda salarial e moradia (própria/alugada).

Para avaliar o estado cognitivo foi aplicado o teste Mini-Exame do Estado Mental, um questionário composto por duas seções que qualificam as funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação espacial, memória e atenção, compondo 21 pontos, a segunda determina a capacidade de nomeação, de obediência a um comando, de produção à escrita livre, e de cópia de um desenho complexo, concluindo 9 pontos. Ao todo a pontuação máxima é de 30 pontos. O ponto de corte segundo a escolaridade é de 18 para analfabetos, 21 para escolaridade entre um e três anos, 24 para indivíduos entre quatro e sete anos de educação formal, e 26 para pessoas com mais de sete anos de escolaridade (MELO & BARBOSA, 2015).

Para a análise da capacidade funcional foi aplicado o Índice de Katz, que permite a avaliação da independência funcional nas atividades básicas de vida diária. Por meio desse é possível classificar o desempenho nas atividades de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se. É possível classificar os idosos da seguinte forma: independente quando desenvolve todas as atividades sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto; independente para todas as atividades menos uma; dependência moderada quando necessita de auxílio em mais de três funções e dependente total quando necessita de ajuda em todas as atividades (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; PINTO et al., 2016).

O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) foi utilizado para avaliar a percepção de suporte familiar pelo paciente. É composto por 42 questões, em formato *Likert* de três pontos: sempre ou quase sempre (2), as vezes (1), quase nunca ou nunca (0). Sendo a pontuação mínima de zero e a máxima de 84 pontos. O inventário possui três dimensões, sendo afetivo-consistente, formada por 21 itens, adaptação familiar, composta por 13 itens, no qual os itens desse fator são invertidos, para que possa ser calculado com valência igual aos itens das outras duas dimensões e a última dimensão é a autonomia familiar, composta por 8 itens (BAPTISTA, 2007).

A pontuação pode ser classificada da seguinte forma: afetividade-consistência: baixo (0-21 pontos), médio-baixo (22-28 pontos), médio-alto (29-33 pontos) e alto (34-42 pontos); adaptação-familiar: baixo (0-18 pontos), médio-baixo (19-21 pontos), médio-alto (22-23 pontos), alto (24-22 pontos); autonomia: baixo (0-9



Artigo

pontos), médio-baixo (10-12 pontos), médio-alto (13-14 pontos), alto (15-16 pontos) (REIS et al., 2011).

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizada a versão abreviada do WHOQOL-bref, um instrumento que apresenta boa resposta a qualidade de vida dos idosos. É composto de 26 questões, sendo duas questões gerais, abordando qualidade de vida e satisfação com a saúde, as demais questões referem-se as 24 facetas que compõem o instrumento original que são divididas em quatro domínios: físico, psicológico, ambiental e social (SILVA et al., 2014; OLIVEIRA; BERTOLINI; BENEDETI, 2012).

Após a coleta dos dados, os mesmos foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel. Em seguida os dados foram transferidos para uma planilha do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0 e foram processadas as análises estatísticas considerando um nível de significância de $p < 0,05$.

Para caracterização da amostra selecionada para o estudo foram utilizados tópicos da estatística descritiva com medidas de tendência central e variabilidade (média e desvio padrão). Para análise da normalidade da distribuição de valores da amostra foi utilizado o teste de *Shapiro Wilk*, sendo que todas as variáveis para a realização da pesquisa apresentaram-se com distribuição não-normal. Desta forma, com a finalidade de apontar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os dados relacionados foi utilizado o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado para o teste foi de 5% ($p < 0,05$).

Para aplicação do teste estatístico do Qui-quadrado no Inventário de Percepção de Suporte Familiar utilizou-se os valores encontrados na média da pontuação de cada fator, ficando a distribuição da seguinte forma: Afetividade-consistência: boa (< 32) e ruim (≥ 32); Adaptação-familiar: bom (≥ 21) e ruim (< 21); Autonomia: bom (≤ 14) e ruim (> 14) (REIS et al., 2011).

A elaboração do estudo foi baseada nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e aprovada sob o Parecer nº 1193509.

RESULTADOS



AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

DOI: 10.29327/213319.18.3-23

Páginas 427 a 444

432

Artigo

A amostra foi constituída de 30 idosos, desses 21 (70%) eram do sexo feminino e 9 (30%) do sexo masculino. Os participantes possuíam idade entre 60 a 81 anos, sendo a faixa etária média de 67 anos ($\pm 6,482$). A caracterização sociodemográfica da amostra pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	21	70%
Masculino	9	30%
Estado civil		
Solteiro	5	16,7%
Casado	12	40%
Divorciado	5	16,7%
Viúvo	8	26,6%
Possui Religião		
Sim	29	96,7%
Não	1	3,3%
Escolaridade		
Nenhuma	5	16,7%
Nível fundamental	14	46,7%
Nível médio	8	26,6%
Nível superior	3	10%
Renda familiar		
Um Salário mínimo	18	60%
Acima de um salário mínimo	12	40%
Moradia		



Artigo

Própria	29	96,7%
Alugada	1	3,3%

Em relação ao IPSF, a pontuação total variou de 31 a 61 pontos. O domínio Afetividade-consistência obteve pontuação entre 10 a 42 pontos, onde a maioria dos idosos apresentaram pontuação alta (n=15) (50%). No domínio Adaptação Familiar a pontuação oscilou entre 14 a 26 pontos, com uma maior frequência de pontuação alta (n=10) (33%) e o domínio Autonomia variou entre 6 a 16 pontos em que houve também uma pontuação alta (n=19) (63,3%). A distribuição relativa a pontuação em cada domínio do IPSF encontra-se na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da pontuação dos idosos no IPSF

Variável	N	%
Afetividade-consistência		
Baixo (0-21 pontos)	3	10
Médio-baixo (22-28 pontos)	4	13,3
Médio-alto (29-33 pontos)	8	26,7
Alto (34-42 pontos)	15	50
Adaptação familiar		
Baixo (0-18 pontos)	4	13,3
Médio-baixo (19-21 pontos)	8	26,7
Médio-alto (22-23 pontos)	8	26,7
Alto (24-26 pontos)	10	33,3
Autonomia		
Baixo (0-9 pontos)	3	10
Médio-baixo (10-12 pontos)	3	10
Médio-alto (13-14 pontos)	5	16,7
Alto (15-16 pontos)	19	63,3
Total	30	100

A capacidade funcional revelou que 23 (76,7%) dos idosos estavam independentes na execução das suas atividades de vida diária e 7 indivíduos foram independentes para todas as atividades menos uma, correspondendo a 23,3% da amostra. A avaliação da qualidade de vida demonstrou que 10 (33,3%) idosos consideraram a sua qualidade de vida



Artigo

geral como ruim e 20 (66,7%) como boa, já com relação a satisfação com a saúde geral, 19 (63,3%) idosos estão insatisfeitos e 11 (36,7%) estão satisfeitos. Ao comparar as médias dos domínios do IPSF com a caracterização sociodemográfica não constatou-se nenhuma significância estatística entre os dados, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das médias dos domínios do IPSF e caracterização sociodemográfica

	Afetividade-consistência			Adaptação-familiar			Autonomia		
	Bom (<32)	Ruim (≥32)	p*	Bom (≥21)	Ruim (<21)	p*	Bom (≤14)	Ruim (>14)	p*
	N	N		N	N		N	N	
Idade									
60-69	7	12		13	6		11	8	
70-79	5	4	0,191	4	5	0,460	5	4	0,291
80-89	2	0		1	1		0	2	
Sexo									
Feminino	11	10	0,338	13	8	0,745	13	8	0,151
Masculino	3	6		5	4		3	6	
Estado Civil									
Solteiro(a)	3	2	0,896	4	1	0,716	3	2	0,966
Casado(a)	5	7		6	6		6	6	
Divorciado(a)	2	3		3	2		3	2	
Viúvo(a)	4	4		5	3		4	4	
Religião									
Sim	14	15	0,341	17	12	0,406	15	14	0,341
Não	0	1		1	0		1	0	



Artigo

Escolaridade									
Nenhuma	4	1	0,204	2	3	0,474	2	3	0,561
Nível Fundamental	4	10		10	4		9	5	
Nível médio	4	4		5	3		3	5	
Nível superior	2	1		1	2		2	1	
Renda									
1 salário mínimo	8	10	0,765	9	9	0,171	8	10	0,232
>1 salário mínimo	6	6		9	3		8	4	
Moradia									
Própria	14	15	0,341	17	12	0,406	16	13	0,277
Alugada	0	1		1	0		0	1	

p* <0,05 – Teste Qui Quadrado

Ao avaliar a média dos domínios do IPSF com a funcionalidade, qualidade de vida geral e satisfação com a saúde dos idosos verifica-se diferença estatisticamente significativa apenas ao comparar o domínio autonomia com a qualidade de vida geral do idoso (p<0,020). Ao comparar os outros domínios com as outras variáveis não nota-se nenhuma relevância estatística.

A distribuição das médias dos domínios do IPSF, CF e QV geral e satisfação com a saúde encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das médias dos domínios do IPSF e caracterização da CF, QV geral e satisfação com a saúde

	Afetividade-consistência			Adaptação-Familiar			Autonomia		
	Bom (<32) N	Ruim (≥32) N	p*	Bom (≥21) N	Ruim (<21) N	p*	Bom (≤14) N	Ruim (>14) N	p*
CF									
Independente para todas as atividades	7	16	0,925	15	8	0,290	11	12	0,666
Independente para todas as atividades	2	5		3	4		4	3	



Artigo

menos uma

QV geral

Boa	5	15	0,398	12	8	1,000	13	7	0,020*
-----	---	----	-------	----	---	-------	----	---	--------

Ruim	4	6		6	4		2	8	
------	---	---	--	---	---	--	---	---	--

Satisfação com a

Saúde

Satisfeito	3	8	0,804	7	4	0,757	7	4	0,256
------------	---	---	-------	---	---	-------	---	---	-------

Insatisfeito	6	13		11	8		8	11	
--------------	---	----	--	----	---	--	---	----	--

p* <0,05 – Teste Qui Quadrado

DISCUSSÃO

Na amostra do presente estudo foi possível identificar uma média de idade de 67 anos, caracterizados como idosos jovens, e com predomínio do sexo feminino, reforçando os achados de outros estudos envolvendo essa mesma população (INOUE et al., 2010; NUNES et al., 2010; DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013). Pode ser explicado pelo fato de que em média as mulheres vivem seis anos a mais que os homens tornando-se, portanto, mais vulneráveis a doenças crônicas com perda da capacidade funcional ao longo da vida, por outro lado são também responsáveis por uma maior procura aos serviços de saúde (OLIVEIRA, BERTOLINI & BENEDETI, 2012), condição essa que pode explicar a prevalência de mulheres na pesquisa.

Houve um predomínio de idosos que apresentaram baixa escolaridade e baixa renda, corroborando com outros estudos (SANTOS & GRIEP, 2013; PEREIRA et al., 2006). Esses fatores influenciam de forma desfavorável a qualidade de vida do idoso, pois limita o acesso a informações influenciando na percepção do autocuidado, limitando o acesso aos serviços de saúde e medicamentos. Pode levar também este indivíduo a ser dependente de outras pessoas para realizar atividades instrumentais básicas de vida diária reduzindo o grau de autonomia do mesmo (SANTOS & CUNHA, 2013). Apesar dos participantes apresentarem baixa renda, a maioria possuía moradia



AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

DOI: 10.29327/213319.18.3-23

Páginas 427 a 444

Artigo

própria, o mesmo foi relatado no estudo de Nunes et al. (2010), com amostra de 407 idosos, em que a maioria relatou renda abaixo de 2 salários mínimos com o mesmo tipo de moradia descrita no presente estudo.

Inouye et al, (2010) realizaram um estudo com 150 idosos, verificando um adequado suporte familiar percebido por esses indivíduos, havendo relação positiva com a qualidade de vida. Ele relata ainda que o nível socioeconômico interfere na percepção do suporte familiar, onde os idosos de classe econômica mais alta haviam escores melhores que aqueles de classe mais baixa demonstrando que quanto maior a vulnerabilidade social, pior é a adaptação familiar e portando prejudicando a percepção de qualidade de vida.

Dentre idosos pesquisados verificou-se um predomínio daqueles que relataram possuir religião. Um estudo realizado por Baptista, Neves e Baptista (2008), demonstrou que quanto maior é a percepção do suporte familiar, maior é a quantidade de crenças irracionais que os idosos apresentam, podendo relacionar o fator religião como um importante meio de adaptação e enfrentamento dos idosos perante os estresses do dia-a-dia e entre familiares. Apesar de não ter encontrado significância estatística quando comparou-se as variáveis religião e IPSF, a maior parte dos idosos que relataram ter uma crença apresentaram uma boa percepção do suporte oferecido a eles nos domínios adaptação familiar e autonomia.

Uma pesquisa realizada com 1755 estudantes universitários, verificou que a percepção do suporte familiar está diretamente ligada com a saúde mental dos indivíduos, pois quanto maior o suporte familiar percebido menor foi a pontuação de transtornos mentais comuns e menor a frequência de comportamento de risco entre esses estudantes (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). No âmbito familiar o convívio entre idosos e seus familiares é responsável pelo desenvolvimento de laços afetivos. A tolerância, afeto e respeito são essenciais no relacionamento familiar tornando o convívio agradável. Por outro lado, quando a convivência dos idosos e a família é baseada em divergências de ideias e sentimentos negativos pode levar ao desgaste nesse relacionamento (REIS et al., 2011). Os idosos deste estudo apresentaram comprometimento na percepção do suporte familiar, segundo o IPSF, demonstrando dessa forma que a percepção da convivência entre os seus familiares se encontra inadequada.

O domínio afetividade-consistência, segundo Baptista (2007), representa a capacidade de demonstrar afeto entre os membros, de se comunicar, respeitar e a



Artigo

habilidade de resolução de problemas. Foi possível verificar na amostra do presente estudo um comprometimento neste domínio, em que 70% dos idosos apresentaram uma baixa percepção e apenas 30% consideraram uma boa percepção do suporte familiar. Conclui-se a partir da avaliação deste domínio que os participantes apresentaram uma percepção ruim do acolhimento e afeto entre os membros. Quando relacionado com as variáveis, não houve significância estatística, porém nota-se que mesmo os idosos sendo independentes e percebendo a qualidade de vida como boa, apresentam uma percepção ruim desse domínio, demonstrando um despreparo da família ante a necessidade de apoio que o idoso necessita. Dessa forma os idosos buscam fora do âmbito familiar o suporte que desejam, tanto em grupos religiosos, espaços públicos, quanto no ambiente de terapia, contribuindo para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida (REIS et al., 2014).

Já o domínio adaptação familiar se refere a sentimentos e comportamentos negativos, como raiva, exclusão, agressividade, competitividade e conflitos (Baptista, 2007). Nota-se, nesse fator, que a maioria dos idosos enxergam um bom suporte familiar e um baixo percentual como ruim afirmando uma boa adaptação familiar, que indica uma visão satisfatória desse suporte para esse domínio, demonstrando não haver relações conflituosas.

O último domínio, autonomia, é avaliada a existência de privacidade, relações de confiança e independência entre os membros (Baptista, 2007). Nesse domínio os idosos obtiveram uma percepção ruim, considerando como um suporte inadequado e também como adequado caracterizando um fator negativo na capacidade funcional do idoso, já que esses não se sentem motivados a realizar atividades independentes, interferindo também na qualidade de vida do mesmo (REIS et al., 2011).

Quando comparou-se as variáveis capacidade funcional e o domínio autonomia do IPSF não houve significância estatística, porém nota-se que idosos considerados independentes apresentaram uma inadequada percepção do suporte familiar nesse domínio. Este fato pode ser explicado pela condição de saúde da amostra estudada, em que a decorrência da presença de doenças crônicas, gera um comportamento mais cuidadoso e paternalista da família, impedindo o idoso de exercer sua autonomia, por mais que esses sejam independentes. Levando-os a crer em um suporte familiar inadequado quando se trata de liberdade e independência (BAPTISTA; NEVES; BAPTISTA, 2008).



Artigo

Os achados desta pesquisa corroboram com Reis et al. (2011), uma relação da percepção do suporte familiar inadequada principalmente no domínio afetividade consistência em idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária, indicando que as famílias desses idosos não estão preparadas para atender as necessidades dos mesmos de forma correta e afetiva. Em outro estudo realizado com essa mesma população cadastrada em unidades de saúde, procurou verificar os fatores associados ao suporte familiar, e trouxe como achado mais marcante o fato de que a presença de problemas de saúde estão associadas a menores pontuações no domínio adaptação familiar segundo o IPSF. Evidenciando mais uma vez o despreparo da família ante os gastos gerados e a necessidade de assistência ao idoso, gerando estresse e comportamentos agressivos, dificultando a boa relação familiar (REIS et al., 2014).

Quanto a avaliação da capacidade funcional os idosos apresentaram-se independentes para realização das atividades básicas de vida diária, corroborando com os estudo de Trize et al. (2014), Nunes et al. (2010) e Duarte et al. (2016) e Pinto et al. (2016). Neste último ao avaliar 820 idosos constatou-se que aqueles considerados idosos jovens, entre 60-69 anos, representavam a classe mais independente, enquanto aqueles acima de 70 anos eram sujeitos a maior prevalência de incapacidade funcional.

Foi possível observar também que apesar dos idosos possuírem uma boa percepção da qualidade de vida geral, apresentaram-se insatisfeitos com a saúde. Essa condição pode ser explicada pelo fato de que esses idosos se encontravam em tratamento fisioterapêutico, portando algum problema de saúde. Quanto a qualidade de vida, essa representa uma avaliação subjetiva, de conceito amplo, em que não se avalia apenas o fator saúde, mas engloba diferentes elementos, como estado psicológico, saúde física, nível de independência, condição socioeconômica, relações sociais, crenças pessoais, e condições ambientais (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013; PEREIRA et al., 2006).

Pode ser notado significância estatística apenas entre a variável boa qualidade de vida geral e boa percepção do domínio autonomia ($p=0,020$) indicando que a demonstração de confiança e liberdade para com os idosos dentro do ambiente familiar, encoraja-os a realizar suas atividades de vida diária de forma independente e a participar da sociedade sem impedimentos, favorecendo o envelhecimento mais ativo, saudável e autônomo, consequentemente contribuindo com a qualidade de vida dos mesmos (REIS et al., 2014).



Artigo

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos é possível concluir que a maioria dos idosos entrevistados apresentaram comprometimento nos domínios afetividade-consistência e autonomia do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, demonstrando que parte desses idosos consideram o suporte familiar inadequado. Esse fato demonstra a falta de preparo das famílias na prestação de atenção, cuidado e apoio aos idosos. Apesar de não ter sido encontrado no estudo relação significativa entre os domínios do IPSF e as variáveis sociodemográficas, observou-se que os idosos avaliados foram considerados independentes e com boa qualidade de vida. Quando comparados os domínios com as variáveis capacidade funcional, qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, obteve-se significância apenas entre o domínio autonomia e qualidade de vida geral.

Os achados deste estudo indicam que os idosos, mesmo os que estão sob assistência fisioterapêutica, apesar de apresentarem autonomia e funcionalidade necessitam de um suporte familiar mais adequado.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA M. N. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. **Psicologia Ciência & Profissão**, v. 27 n. 3, p. 496-509, 2007.

BAPTISTA A.S.D.; NEVES V.; BAPTISTA M.N. Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 2, p. 155-164, 2008.

DAGIOS P.; VASCONCELLOS C.; EVANGELISTA D.H.R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em JI-Paraná/RO. **Revista Estudos Interdisciplinar Envelhecimento**, v. 20, n. 2, p. 469-484, 2015.



AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

DOI: [10.29327/213319.18.3-23](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-23)

Páginas 427 a 444

Artigo

DIAS D.S.G.; CARVALHO C.S.; ARAÚJO V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

DUARTE M.C.S.; FERNANDES M.G.M.; RODRIGUES R.A.P.; NÓBREGA M.M.L. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, p. 1-6, 2016.

DUARTE Y.A.O.; ANDRADE C.L.; LEBRÃO M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FUHRMANN A.C.; BIERHALS C.C.B.K.; SANTOS N.O.; PASKULIN L.M. G. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.

INOUE K.; BARHAM E.J.; PEDRAZZANI E.S.; PAVARINI S.C.I. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

MELO D.M.; BARBOSA A.J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865- 3876, 2015.

NUNES D.P.; NAKATANI A.Y.K.; SILVEIRA E.A.; BACHION M.M.; SOUZA M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887- 2898, 2010.

OLIVEIRA D.V.; BERTOLINI S.M.M.G.; BENEDETI M.R. Avaliação da qualidade de vida de idosos fisicamente ativos por meio do questionário WHOQOL-bref. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 547-554, 2012.



Artigo

PEREIRA R.J.; COTTA R.M.M.; FRANCESCHINI S.C.C.; RIBEIRO R.C.L.
Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista Psiquiatria RS**, v, 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PINTO H.A.; LANGE C.; PASTORE C.A.; LLANO P.M.O.; PRZYLYNSKI. D.; SANTOS F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, 2016.

REIS L.A.; SANTOS K.T.; REIS L.A.; GOMES N.P. Suporte familiar, social, condições de saúde e sociodemográficas em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 176- 185, 2014.

REIS L.A.; TORRES G.V.; REIS A.L.; FERNANDES H.M.; NOBRE X.T.T.
Avaliação do Suporte Familiar em Idosos residentes em domicílio. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 2, p. 107- 115, 2011.

REIS L.A.; TORRES G.V.; XAVIER T.T.; SILVA R.A.R.; COSTA I.K.F.; MENDES F.R.P. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem Florianópolis**, v. 20, p. 55-58, 2011.

SANTOS M.I.P.O.; GRIEP R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 3, p. 753-761, 2013.

SANTOS S.G.; CUNHA O.K.C. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p. 820-828, 2013.

SILVA, P.A.B.; SOARES S.M.; SANTOS J.F.G.; SILVA L.B. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos; **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SOUZA M.S.; BAPTISTA A.S.D.; BAPTISTA M.M. Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 13, n. 1, p. 143-154, 2010.

TRIZE D.M.; CONTI M.H.S.; GATTI M.A.N.; QUINTINO N.M.; SIMEÃO S.F.A.P.; VITTA. Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 378-383, 2014.

TORRES G.V.; REIS L.A.; REIS L.A.; FERNANDES M.H.; ALVES G.S. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio. **Revista Baiana**, v. 33, n. 3, p. 466-475, 2009.



AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

DOI: [10.29327/213319.18.3-23](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-23)

Páginas 427 a 444

Artigo

AValiação Nutricional em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Montes Claros/MG

NUTRITIONAL EVALUATION OF INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLY FROM MONTES CLAROS/MG

Marcello Costa Barros¹
Bianca Nunes Dias²
Juliana Dias³
Thais da Cunha Barros⁴
Jaqueline Teixeira Teles Gonçalves⁵
Marcos Vinícius Macedo de Oliveira⁶

RESUMO - As alterações nutricionais constituem um fenômeno comum em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados em Montes Claros - Minas Gerais, Brasil. **Metodologia:** Estudo transversal, documental, analítico e quantitativo com idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os dados foram coletados de prontuários de idosos atendidos pelo serviço de nutrição no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso no período entre outubro de 2008 e dezembro de 2011. As informações dos idosos institucionalizados foram obtidas da população de indivíduos cadastrados no asilo São Vicente

¹ Médico. Graduado pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil.

² Médica. Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil.

³ Médica. Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil.

⁴ Médica. Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil.

⁵ Nutricionista. Mestre em Cuidado Primário em Saúde. Professora do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros e Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: jaquelinettg@gmail.com

⁶ Biólogo. Doutor em Ciências da Saúde. Professor do Departamento de Fisiopatologia da Universidade Estadual de Montes Claros e do Curso de Graduação em Medicina, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil.



Artigo

de Paulo e no Lar das Velhinhas em outubro de 2014. **Resultados:** A população estudada foi composta por homens e mulheres, acima de 60 anos, ativos, lúcidos e cooperativos. Comparando sexo e idade em relação ao índice de massa corporal e a mini avaliação nutricional, estatisticamente, o sobrepeso prevaleceu no sexo feminino e o baixo peso no masculino. Em relação à idade, o sobrepeso prevaleceu no extrato etário de idosos jovens (60-75 anos) e o baixo peso nos idosos muito idosos (>86 anos). O risco de desnutrição e os desnutridos prevaleceram nas faixas etárias maiores (acima de 76 anos). **Conclusão:** Na população estudada, algumas variáveis foram identificadas e associadas ao excesso de peso: sexo feminino, idoso mais jovem e não institucionalizado. O risco de desnutrição e os desnutridos prevaleceram nos idosos de estratos etários mais elevados e nos homens.

Palavras-chave: Idosos; Obesidade; Nutrição; Antropometria.

ABSTRACT- Dietary changes are a common phenomenon in elderly institutionalized and non-institutionalized. **Objective:** To evaluate the nutritional profile of institutionalized and non-institutionalized elderly people in Montes Claros - Minas Gerais, Brazil. **Methodology:** This was a cross-sectional, documentary, analytical and quantitative study of institutionalized and non-institutionalized elderly. The data were collected from records of elderly people attended by the nutrition service at the Center for Reference and Health Care of the Elderly between October 2008 and December 2011. The information of institutionalized elderly population was obtained from the individuals registered at the asylum of São Vicente de Paulo and the Lar das Velhinhas in October 2014. **Results:** The study population consisted of men and women over 60, active, lucid and cooperative. Comparing gender and age in relation to BMI and MAN. Statistically overweight prevailed in females and low weight in males. About the age, the overweight prevailed in young elderly (60-75 years) and the underweight in very elderly (> 86 years). Considering the MAN, similarly, the risk of malnutrition and malnutrition were prevalent in older age groups (above 76 years). **Conclusion:** It was found in this study population that some variables were identified and associated with overweight: female, younger and non-institutionalized. The risk of malnutrition and malnutrition prevailed in the men and very elderly population.

Keywords: Elderly; Obesity; Nutrition; Anthropometry.



Artigo

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerada idosa a pessoa com idade superior a 65 anos nos países desenvolvidos, e acima de 60 anos nos países em desenvolvimento. Segundo o censo populacional de 2010 a cargo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil registrou 20.590.599 idosos, correspondendo a 10,8% da população brasileira (ALVES, 2014). Segundo o Plano Internacional de Ação Sobre o Envelhecimento, realizado em 2002, em Madri, a estimativa de idosos em 2050 será de 2 bilhões, onde a população idosa será mais numerosa que de crianças de 0 a 14 anos, um marco histórico na humanidade (GARRIDO; MENEZES, 2002).

O envelhecimento constitui uma tendência da população mundial, e este fenômeno não é novo. Como exemplo países da Europa, América do Norte, China e Japão, que já possuem uma população idosa elevada, convivem a tempos com os problemas associados ao envelhecimento, como fatores previdenciários e doenças próprias da terceira idade. Consequentemente geram-se altos gastos para governo e grande impacto para a saúde pública (SANTOS; BARROS, 2008).

Um dos problemas mais relevantes da população idosa é a deficiência nutricional (SILVA; LIMA, 2013), estando associado ao aumento da mortalidade, da susceptibilidade a infecções e a reduções da qualidade de vida (BOSCATTO *et al.*, 2013). Muitos fatores parecem contribuir para desnutrição, como os problemas físicos e/ou fisiológicos relacionados como a mastigação, digestão e absorção dos alimentos; a falta de apetite ou motivação para preparo das refeições e a dificuldade de acesso. Além disso, o tabagismo, consumo de álcool e excesso do uso de medicação também desempenha um papel nesse quadro (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010). A desnutrição é mais prevalente entre os idosos hospitalizados, institucionalizados e entre os octogenários (ESKINAZI *et al.*, 2011). Entretanto, a obesidade é um potente agravante dos desequilíbrios nutricionais concomitantes ao envelhecimento, como por exemplo aumentando os riscos cardiovasculares (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Este estudo objetivou avaliar o perfil nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados em Montes Claros/MG.



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de transversal, documental, retrospectivo, analítico e quantitativo com idosos institucionalizados e não institucionalizados na cidade de Montes Claros – Minas Gerais (MG), Brasil.

Dados de indivíduos não institucionalizados foram obtidos a partir de informações existentes em prontuários clínicos da população de idosos atendidos em serviço de nutrição de um Centro de Referência e Assistência à Saúde do idoso de Montes Claros/MG no período entre outubro de 2008 e dezembro de 2011. As informações de idosos institucionalizados foram obtidas da população de indivíduos cadastrados em duas instituições asilares no mês de outubro de 2014. Essas instituições foram caracterizadas como A (não institucionalizados-CRASI) e B (institucionalizados-ASILOS) com o intuito de manter o sigilo.

As entrevistas foram realizadas com ajuda do nutricionista da instituição em ambiente reservado para esse fim, preservando a privacidade e conforto dos idosos. Aqueles que não concordaram em participar do estudo ou com restrição ao leito ou portadores de comorbidades que impossibilitam a posição ortostática (cadeirantes, acamados, etc.) não foram avaliadas. Dessa forma, 62 idosos dos asilos (instituição B) participaram da pesquisa, e 1096 prontuários da instituição A (CRASI) foram analisados. Apenas dados referentes ao momento da admissão dos idosos no CRASI foram utilizados.

A instituição A foi implantada em outubro de 2008 em Montes Claros/MG e apresenta um serviço de assistência ao idoso considerado de referência na região Norte de Minas Gerais, além de possuir um sistema informatizado de prontuários, que viabilizam a coletas de informações prestadas pelas assistências multiprofissionais.

As instituições B fornecem assistência multiprofissional e infraestrutura adequada e no momento da coleta uma delas assistia em media 105 idosos de ambos os sexos e a outra atendia em media 51 indivíduos sexo feminino fornecendo também um serviço multiprofissional. As duas instituições asilares (denominada B) no período da coleta dispunha de equipe multiprofissional, além de servidores técnico-administrativos para atendimento aos idosos.

A população foi constituída por uma amostra escolhida de forma aleatória e por conveniência, considerando os critérios de exclusão, atingindo um percentual de 40% da



Artigo

totalidade de idosos institucionalizados representando assim, 62 participantes e a totalidade de prontuários de idosos não institucionalizados foram avaliados, sendo 1096.

A coleta de dados foi realizada após anuência das instituições e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (parecer: 743.950/2014) conforme o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

O protocolo do estudo incluiu a obtenção de dados sociodemográficos e de saúde, avaliação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) e pela Mini Avaliação Nutricional (MAN). Coletou-se também a história clínica e dietética. Dados de sexo e idade foram analisados juntamente com o perfil nutricional. A classificação etária dos idosos envolvem as categorias idoso jovem (60-75 anos), idoso-idoso (76-85 anos) e, idoso muito idoso (acima de 86 anos) segundo classificação da Organização Mundial de Saúde (MENEZES; SOUZA; MARUCCI, 2008).

Para realização do diagnóstico do estado nutricional pelo IMC, utilizou uma balança mecânica previamente calibrada para mensurar o peso e um estadiômetro para aferição da altura.

Durante a pesagem, os idosos estavam descalços e vestindo roupas leves. Os idosos ficaram em pé com as palmas das mãos voltadas para o corpo e as costas encostadas na parede juntamente com o calcanhar, panturrilhas, nádegas e cabeça (BRASIL, 2013).

A classificação do estado nutricional com base no IMC foi realizada segundo o critério proposto por Lipschitz (1994), que considerou as modificações na composição corporal decorrente do envelhecimento, sendo estes os pontos de corte adotados para idosos no Brasil segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o estado nutricional foi classificado em baixo peso ($IMC < 22\text{kg/m}^2$), eutrofia (IMC entre 22 e 27kg/m^2) e sobrepeso ($IMC > 27\text{kg/m}^2$). Esse ponto de corte não classifica o grau de obesidade, então utilizou-se o critério da Organização Mundial de Saúde para adultos: obesidade grau I (IMC entre 30 e 34.9), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39.9), e obesidade grau III ($IMC > 40$) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Para a avaliação do estado nutricional, utilizou-se além do IMC, a MAN, método subjetivo para detecção de risco nutricional sendo o mais comumente utilizado em idosos (GUEDES; GAMA; TIUSSI, 2008), sendo respondido diretamente pelo idoso. É um instrumento validado em vários cenários e altamente sensível e específico, com uma boa confiabilidade. A avaliação nutricional dos idosos institucionalizados foi realizada utilizando-se os métodos de coleta de dados estabelecidos na versão em português da MAN: parâmetros antropométricos (peso e altura, circunferência do braço e panturrilha), o estado geral do



Artigo

paciente, um questionário sobre a dieta, e uma avaliação subjetiva. Esse instrumento é composto por 18 questões e dividido em duas partes: triagem e avaliação global (GUEDES; GAMA; TIUSSI, 2008).

A primeira parte (triagem) tem seis questões, totalizando no máximo 14 pontos. A segunda parte é composta por 12 questões (avaliação global) com pontuação máxima de 16 pontos. Escore maior ou igual a 12 apresentam estado nutricional satisfatório, menor ou igual a 11 apresentam risco de desnutrição ou desnutrição. Idosos com escore menor ou igual a 11 apresentam risco de desnutrição ou desnutrição. A confirmação foi feita completando a segunda parte que é a avaliação global. O escore total chega a um valor máximo de 30 pontos, onde escore com valores entre 17 e 23,5 pontos indica risco de desnutrição e escore com valor menor que de 17 pontos indica desnutrição (GUEDES; GAMA; TIUSSI, 2008).

Nos idosos não institucionalizados os dados da MAN foram obtidos diretamente dos prontuários clínicos.

Inicialmente fez-se uma análise descritiva dos dados por meio de distribuição de frequência das variáveis sexo, idade, IMC e MAN. Posteriormente realizou-se análise bivariada com o intuito de verificar associação entre as variáveis de exposição ao desfecho.

Todos os dados foram tabulados e analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* 22.0 (SPSS). O teste qui-quadrado (χ^2) foi realizado para analisar a relação das variáveis sexo, grupo etário e grupo de idosos em relação às avaliações do perfil nutricional. O nível de significância considerado nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Um total de 1158 idosos compôs a amostra, sendo 62 institucionalizados e 1096 não institucionalizados. Em idosos institucionalizados, houve uma equilibrada proporção entre sexo feminino 52,6% (n= 32) e masculino 48,4% (n=30), a maioria foi de idosos jovens 51,6% (n=32). Quanto ao estado nutricional avaliado pelo IMC, apresentaram eutróficos 46,8% (n=29) e sem risco de desnutrição 53,2% (n=33). Houve uma maior proporção de baixo peso 30,6% (n=19) quando comparado ao excesso de peso 22,6% (n=14).

Em relação aos não institucionalizados, houve um predomínio do sexo feminino 74,5% (n=817), de idosos jovens 55,2% (n=605). Pela avaliação do IMC, o excesso de peso prevaleceu em relação ao baixo peso, respectivamente 41,6% (n= 456) e 24,8% (n=272). Os demais resultados encontram-se na tabela 1.



Artigo

Tabela 1. Distribuição de frequência em relação ao sexo, idade índice de massa corporal e mini avaliação nutricional dos idosos no estudo. Montes Claros, MG, 2014

Variáveis	Institucionalizados		Não institucionalizados	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	32	51.6	817	74.5
Masculino	30	48.4	279	25.5
Idade				
Idoso jovem	32	51.6	605	55.2
Idoso idoso	26	41.9	359	32.8
Idoso muito idoso	4	2.9	132	12.0
IMC				
Baixo Peso	19	30.6	272	24.8
Eutrófico	29	46.8	368	33.6
Sobrepeso	9	14.5	272	24.8
Obesidade I	4	6.5	132	12.0
Obesidade II	0	0.0	37	3.4
Obesidade III	1	1.6	15	1.4
Mini Avaliação Nutricional				
Sem risco de desnutrição	33	53.2	485	44.3
Com risco de desnutrição	26	41.9	431	39.3
Desnutrido	3	4.8	180	16.4



Artigo

Tabela 2. Análise da relação do índice de massa corporal e a mini avaliação nutricional com sexo, idade, e os grupos de idosos do estudo. Valores calculados pelo qui-quadrado (χ^2). Montes Claros, MG, 2014

Variáveis	Índice de Massa Corporal			p	Mini avaliação Nutricional			p
	Baixo Peso	Eutrófico	Sobrepeso/ Obesidade		Sem risco de desnutrição	Com risco de desnutrição	Desnutrido	
Sexo								
Feminino	181 (23.3%)	273 (32.2%)	395 (46.5%)	<0.001*	395 (46.5%)	327 (38.5%)	127 (15.0%)	0.108
Masculino	110 (35.6%)	124 (40.1%)	75 (24.3%)		123 (39.8%)	130 (42.1%)	56 (18.1%)	
Idade								
Idoso jovem	119 (18.7%)	197 (30.9%)	321 (50.4%)	<0.001*	352 (55.3%)	220 (34.5%)	65 (10.2%)	<0.001*
Idoso idoso	102 (26.5%)	157 (40.8%)	126 (32.7%)		142 (36.9%)	172 (44.7%)	71 (18.4%)	
Idoso muito idoso	70 (51.5%)	43 (31.6%)	23 (16.9%)		24 (17.6%)	65 (47.8%)	47 (34.6%)	
Grupo de idosos								
Institucionalizados	19 (30.6%)	29 (46.8%)	14 (22.6%)	0.011*	33 (53.2%)	26 (41.9%)	3 (4.8%)	0.046*



Temas em Saúde

Volume 18, Número 3

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Não Institucionalizados	272 (24.8%)	368 (33.6%)	456 (41.6%)	485 (44.3%)	431 (39.3%)	180 (16.4%)
-------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

*Valores estatisticamente significantes ($p < 0.05$).



AValiação Nutricional em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Montes Claros/MG

DOI: [10.29327/213319.18.3-24](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-24)

Páginas 445 a 461

453

Artigo

A tabela 2 mostra a associação dos sociodemográficos com o IMC e a MAN. Observou-se significativamente maior proporção de indivíduos com sobrepeso no sexo feminino pela classificação do IMC 46,55 (n=395) $p < 0.001$. No sexo masculino houve predomínio de eutrofia 40,1% (n=124).

Em relação à MAN, nas mulheres houve maior número de idosas sem risco de desnutrição 46,5% (n=395), já nos homens a maior proporção foi de risco de desnutrição 42,1% (n=130).

Quanto a associação da idade com o IMC, houve predomínio de baixo peso no idoso muito idoso 51,5% (n= 70).

Pela classificação da MAN, o risco de desnutrição foi maior nos idosos muito idosos 47,8% (n=65).

DISCUSSÃO

A população pesquisada constituiu-se, em sua maioria, por idosas do gênero feminino (73,31%). Tais resultados confirmam essa tendência, dados do IBGE mostraram que a população idosa no Brasil, em 2015 atingiu 11,47 % da população, sendo a maioria de mulheres com 6,54% contra 5,2% de homens (BRASIL, 2015). Dados semelhantes aos desse estudo e do IBGE foram encontrados também por outros autores (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013; NAVARRO *et al.*, 2015; SASS; MARCON, 2015; SANTOS; COUTO; WICHMANN, 2016; ROSSINA; DEGIOVANNIA; MORIGUTI, 2016; CONFORTIN *et al.*, 2017; CARDOZO *et al.*, 2017).

Esse fenômeno caracteriza o processo de feminilização da velhice. As mulheres vivem em média 5 a 7 anos mais que os homens e estão menos expostas a fatores de risco como álcool, cigarro e violência no trânsito (ALMEIDA *et al.*, 2015).

No modelo da análise bivariada, sobrepeso e obesidade avaliado pelo IMC mostrou associação com o sexo feminino, idosos jovens e não institucionalizados.

Quanto ao sexo, esta pesquisa revelou maior prevalência de sobrepeso e obesidade no sexo feminino, semelhante a outros estudos nacionais desenvolvidos com idosos (SILVEIRA; KAC; BARBOSA, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2015; SANTOS; COUTO; WICHMANN, 2016; PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016). Por outro lado, o baixo peso foi mais prevalente nos homens (SANTOS; COUTO; WICHMANN, 2016).



Artigo

Esse fato pode ser explicado em parte pelo fato das mulheres viverem mais que os homens e também pelas modificações hormonais decorrentes do envelhecimento na população feminina. O hipostrogenismo que acompanha essa fase da vida, favorece um maior acúmulo de gordura subcutânea (ROCHA *et al.*, 2012). Já outros autores não evidenciaram diferenças entre os sexos em relação ao estado nutricional (SANTOS; COUTO; WICHMANN, 2016).

A variável idade mostrou associada a valores mais baixos de IMC indicando que idosos longevos apresentaram mais déficit nutricional, assim como já relatado em outros estudos (NASCIMENTO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2011; VOLPINI; FRANGELLA, 2013; PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016). O baixo peso pode indicar o declínio do estado de saúde, fragilidade e menor qualidade de vida em idosos (JEREZ-ROIG *et al.*, 2016). É importante ressaltar a importância do baixo peso no envelhecimento, ainda que sua frequência seja menor quando comparada ao excesso de peso, torna-se uma preocupação, uma vez que agrava o estado de saúde dessa população, comprometendo a qualidade de vida. Neste estudo, os idosos mais jovens apresentaram uma maior frequência de sobrepeso, semelhante ao resultado de Nascimento *et al.* (2011).

Em relação ao estado nutricional de idosos não institucionalizados e institucionalizados, esse estudo identificou prevalência de excesso de peso no primeiro grupo e baixa prevalência no segundo grupo.

Cabe pensar que pessoas que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sofrem exclusão social e apresentam níveis de desnutrição mais elevados do que aquelas que vivem em comunidade, diminuindo sua independência e ainda, sendo estes alguns dos fatores determinantes para uma alimentação e nutrição inadequada que refletem diretamente no comportamento alimentar, desencadeando maior ocorrência de desnutrição e alteração no peso corporal (DAGIOS; VASCONCELLOS; EVANGELISTA, 2015; SILVA *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2017). Outros autores afirmam que para a população de institucionalizados, o excesso de peso apresenta baixa prevalência (SOUSA *et al.*, 2014).

Considerando a associação da MAN com o sexo, o risco de desnutrição e desnutrição foi maior entre os homens, diferente de um estudo de revisão que utilizou a MAN como ferramenta de avaliação e/ou triagem, que concluiu que as mulheres apresentaram índices de desnutrição e risco de desnutrição maiores do que os homens (PEREIRA *et al.*, 2017).



Artigo

Quanto à avaliação da MAN nos grupos de idosos (institucionalizados e não institucionalizados), esta pesquisa revelou semelhança de apresentar risco de desnutrição nos dois grupos, diferente de outros autores que encontraram maiores riscos de desnutrição entre os residentes em instituições (PEREIRA *et al.*, 2017; CHAVARRO-CARVAJAL *et al.*, 2015).

Ao associar a MAN com a classificação da idade (idoso jovem, idoso idoso, e muito idoso), os melhores índices de nutrição foram entre os idosos jovens e maiores índices de risco de desnutrição e desnutrição entre os idosos mais longevos. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas nacionais que revelaram menor risco de desnutrição entre os idosos mais jovens (SOUSA *et al.*, 2014; PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Observa-se que quanto mais avançada a idade, mais o estado nutricional e de saúde tende a se deteriorar. Esse cenário pode ser explicado pelas alterações fisiológicas do próprio envelhecimento que interfere no estado nutricional do idoso. Dentre essas alterações, destaca-se o envelhecimento do sistema digestório desencadeando dificuldade de mastigação e absorção de nutrientes (CHAVARRO-CARVAJAL *et al.*, 2015).

Os idosos brasileiros têm maiores chances de desenvolver deficiências nutricionais, por se tratar de um país em desenvolvimento que precisa melhorar a assistência à saúde, principalmente para os longevos. Dessa forma, nota-se que o avançar da idade é um fator que contribui para desajustes do estado nutricional.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos pela avaliação do IMC revelaram que algumas variáveis foram associadas ao sobrepeso e obesidade. Os idosos não institucionalizados tendem mais ao desequilíbrio nutricional, tanto para o sobrepeso, quanto para o baixo peso. Quanto à idade, os idosos jovens tendem mais para o excesso de peso, assim como aos idosos do sexo feminino. Pela avaliação da MAN, identificou o risco de desnutrição e desnutrição nos idosos de estratos etários mais elevados e nos homens. Para os idosos institucionalizados e não institucionalizados o desequilíbrio nutricional apresentou semelhança.

Tal como ocorre com outras pesquisas semelhantes realizadas em outras circunscrições geográficas do Brasil, a coleta dos dados dos perfis nutricionais dos idosos



Artigo

em Montes Claros é de suma importância para a formulação de políticas públicas de saúde do idoso no município e para a orientação das instituições que acolhem idosos e dos profissionais da saúde que atendem pacientes da chamada terceira idade. Vale destacar que, no presente estudo, uma limitação foi que a coleta de dados de indivíduos não institucionalizados foram obtidos a partir de informações existentes em prontuários clínicos no período entre outubro de 2008 e dezembro de 2011. Já as informações de idosos institucionalizados foram obtidas em outubro de 2014, a partir de entrevistas individuais. Os dados coletados e os perfis traçados podem servir de subsídios para futuras pesquisas comparativas ou que visem traçar o perfil nutricional dos idosos no em todo o país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V. *et al.* A feminilização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

ALVES, J. E. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 4, n. 40, p. 8-15, 2014.

BOSCATTO, E. C. *et al.* Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 40-47, 2013.

BRASIL. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 22 jan. 2017.



Artigo

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**. Manual de antropometria. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. 26 p.

CARDOZO, N. R. *et al.* Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. **Braspen Journal**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 94-98, 2017.

CHAVARRO-CARVAJAL, D. *et al.* Nutritional assessment and factors associated to malnutrition in older adults: a cross-sectional study in Bogotá, Colombia. **Journal of Aging and Health**, v. 27, n. 2, p. 304-319, 2015.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Life and health conditions among elderly: results of the EpiFloripa Idoso cohort study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília (DF), v. 26, n. 2, p. 305-317, 2017.

DAGIOS, P.; VASCONCELLOS, C.; EVANGELISTA, D. H. R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em JI-Paraná/RO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 469-484, 2015.

ESKINAZI, F. M. V. *et al.* Envelhecimento e a epidemia da obesidade. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 13, n. esp, p. 295-813, 2011.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 3-6, 2002.

GUEDES, A. C. B.; GAMA, C. R.; TIUSSI, A. C. R. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: avaliação subjetiva global (ASG) *versus* mini avaliação nutricional (MAN). **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília (DF), v. 19, n. 4, p. 377-384, 2008.



Artigo

JEREZ-ROIG, J. *et al.* Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3367-3375, 2016.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 377-384, 2013.

MENEZES, T. N.; SOUZA, J. M. P.; MARUCCI, M. F. N. Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em Fortaleza/CE: o uso de diferentes indicadores antropométricos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 315-322, 2008.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

NASCIMENTO, C. M. *et al.* Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2409-2418, 2011.

NAVARRO, J. H. N. *et al.* Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 461-470, 2015.

PEREIRA, D. S. *et al.* Mini avaliação nutricional: utilização e panorama nos diferentes cenários de atenção ao idoso. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 13, n. 1, p. 824-832, 2017.
PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-12, 2016.



Artigo

ROCHA, J. S. B. *et al.* Impacto de um programa de exercício físico na adiposidade e na condição muscular de mulheres pós-menopáusicas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 414-419, 2012.

ROSSINA, P. C.; DEGIOVANNIA, P. V. C.; MORIGUTI, J. C. Subnutrição em idosos com demência: atenção aos estágios avançados da doença. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 10-15, 2016.

SANTOS, A. C. O.; MACHADO, M. M. O.; LEITE, E. M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010.

SANTOS, B. B.; COUTO, A. N.; WICHMANN, F. M. A. Estado nutricional de idosos atendidos na atenção primária à saúde do município de Candelária/RS. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, supl. 1, p. 364-367, 2016.

SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. A. Idosos do município do Recife, estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbi-mortalidade hospitalar. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília (DF), v. 17, n. 3, p. 177-186, 2008.

SASS, A.; MARCON, S. S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 361-372, 2015.

SECAFIM, M. V. *et al.* Avaliação do consumo de frutas por idosos de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 57-63, 2016.

SILVA, J. L. *et al.* Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 443-451, 2015.

SILVA, S. V.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados ao risco de desnutrição em idosos institucionalizados. In: 3º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano -



Artigo

Avanços da Ciência e das Políticas Públicas para o Envelhecimento, 3º, 13-15 jun 2013, Campina Grande-Paraíba. Anais do 3º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano.

SILVA, V. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 289-294, 2011.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, 2009.

SOUSA, K. T. *et al.* Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3513-3520, 2014.

VOLPINI, M. M.; FRANGELLA, V. S. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 32-40, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998.



Artigo

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
CADASTRADOS NO SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES**

Surellyson Oliveira Pereira da Silva¹

Julie Helene de Xerez Miranda Felix²

Edineide Nunes da Silva³

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁴

Ocilma Barros de Quental⁵

RESUMO - A Hipertensão Arterial Sistêmica caracteriza-se pelo aumento intermitente ou constante da pressão arterial sistólica ou diastólica, apresenta-se de forma assintomática recebendo a denominação de assassino silencioso, sendo comum em homens. Assim, esta pesquisa tem por objetivo caracterizar o perfil epidemiológico de homens com hipertensão cadastrados na base de dados do SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, documental com uma abordagem quantitativa, realizado a partir de fichas de cadastro de 193 usuários de três Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de São João do Rio do Peixe – PB. Os dados foram coletados aplicando-se um roteiro e analisados com auxílio da estatística descritiva simples, à luz da literatura revisada neste estudo. Observou-se que todas as variáveis estudadas possuem maior prevalência na faixa etária maior de 60 anos. Fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade estão presentes em todas as faixas etárias exceto tabagismo em menores de 45 anos. A comorbidade de maior prevalência é o Diabetes Mellitus tipo 2, sendo que 100% da amostra só realiza o tratamento medicamentoso, o que implica a tomada de decisão, com ações, estratégias e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas aos homens, principalmente idosos, pela sua vulnerabilidade.

¹ Enfermeiro. Especialista em Nefrologia.

² Enfermeira. Especialista em UTI.

³ Enfermeira. Docente na Faculdade Santa Maria – Cajazeiras, PB.

⁴ Enfermeira. Docente na Faculdade Santa Maria – Cajazeiras, PB.

⁵ Enfermeira. Docente na Faculdade Santa Maria – Cajazeiras, PB.



Artigo

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial. Diabetes.

ABSTRACT - Systemic arterial hypertension is characterized by the intermittent or constant increase in systolic or diastolic blood pressure, it presents asymptotically receiving the name of silent killer, being common in men. Thus, this research aims to characterize the epidemiological profile of men with hypertension enrolled in the HYPERTENSION SYSTEM AND DIABETES database. It is a descriptive, cross-sectional, documentary study with a quantitative approach, based on records of 193 users of three Family Health Units in the urban area of São João do Rio do Peixe - PB. Data were collected by applying a script and analyzed using simple descriptive statistics, in the light of the literature reviewed in this study. It was observed that all variables studied had a higher prevalence in the age group over 60 years. Risk factors such as smoking, sedentary lifestyle, overweight and obesity are present in all age groups except smoking in children under 45 years. The most prevalent comorbidity is Diabetes Mellitus type 2, and 100% of the sample only performs the drug treatment, which implies decision making, with actions, strategies and practices of health promotion and prevention of diseases directed at men, mainly elderly, due to their vulnerability.

Keywords: Primary health care. Arterial Hypertension. Diabetes.

INTRODUÇÃO

A partir das experiências vivenciadas nos serviços de atenção básica, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008, um desafio à melhoria na assistência à saúde deste grupo populacional. Esta política foi instituída com o objetivo de promover ações de saúde que contribuam de forma significativa para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos, buscando sua qualificação a partir de linhas de cuidados que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2008).

O desafio à melhoria na assistência à saúde do homem justifica-se pela realidade como se dá o acesso do homem aos serviços de saúde e efetividade das ações de saúde desenvolvidas com o usuário masculino. Diversos são os agravos que acometem o homem



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: [10.29327/213319.18.3-25](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-25)

Páginas 461 a 490

Artigo

e o colocam em situação de risco, acarretando aumento nos índices de morbimortalidade, entre esses agravos, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com maior frequência para as Doenças Cardiovasculares (DCV), que têm como o seu principal agravante a Hipertensão Arterial, responsável pelo acometimento de 36% da população masculina adulta brasileira (SBC; SBH; SBN, 2010).

A doença denominada de Hipertensão Arterial (HA) caracteriza-se pelo aumento intermitente ou constante da pressão arterial sistólica ou diastólica, com níveis acima de 140/90 mmHg. Por apresentar-se de forma assintomática recebe a denominação de assassino silencioso (SMELTZER; BARE, 2009). Em função dessas condições ela constitui-se em problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006a).

A incidência deste agravo em homens é significativamente mais elevada que no grupo feminino, decorrente dos hábitos de vida adotados, tais como a carência na prática de exercícios físicos, alimentação desregrada, consumo exagerado de sódio, que introduzidos de forma inadequada contribuem para o desenvolvimento da hipertensão (POTTER; PERRY, 2009).

Para um melhor acompanhamento e gerenciamento deste agravo, bem como o monitoramento do impacto das ações da Atenção Primária a Saúde (APS) no seu controle, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação para acompanhamento de pessoas com Hipertensão e Diabetes (SIS HIPERDIA), caracterizado como um sistema de cadastramento e acompanhamento de indivíduos com hipertensão e diabetes captados em todas as unidades ambulatoriais de SUS (BRASIL, 2008). Esse instrumento permite o acompanhamento de homens e mulheres com hipertensão arterial. Como forma de avaliar o efeito da PNAISH no controle da hipertensão torna-se necessário o acompanhamento dos homens pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando o programa HIPERDIA como instrumento norteador.

Diante desse fato levantou-se uma questão para a qual se espera encontrar respostas: Qual o perfil epidemiológico dos homens cadastrados no HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe? Procurando respostas a esta questão norteadora, este estudo foi desenvolvido com o objetivo geral de Caracterizar o perfil epidemiológico de homens com hipertensão arterial, cadastrados na base de dados do SIS-HIPERDIA no município de São João do Rio do Peixe – PB. Teve como objetivos específicos: Apresentar as características gerais da hipertensão arterial; Evidenciar os principais



Artigo

fatores de risco para Hipertensão Arterial; apresentar a morbidade prevalente; descrever os tipos de tratamento da Hipertensão Arterial adotados pelos homens.

O interesse pelo tema deve-se ao fato de que durante as atividades práticas do Estágio Curricular Supervisionado percebeu-se que os homens pouco têm se cuidado, e que a procura dos mesmos às Unidades de Saúde se dá de forma esporádica quando já estão doentes ou com alguma sintomatologia, e dentre as condições que os levam a frequentar o serviço de saúde está o acompanhamento e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, levando os profissionais a estabelecer um contato mais direto com os pacientes, ocasião muito oportuna para promoção da educação em saúde. A relevância do estudo apoia-se no fato de que a partir da caracterização dos homens hipertensos, seja possível sensibilizar os profissionais para que estes desenvolvam mais ações voltadas à prevenção da Hipertensão Arterial e conseqüente melhoria na qualidade de vida dos indivíduos acometidos desta doença.

MEODOLOGIA

O estudo se caracterizou como descritivo, transversal, documental com uma abordagem quantitativa. Vieira (2010) defende a pesquisa descritiva como aquela que expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo correlações entre variáveis, definindo sua natureza. A autora coloca também que a pesquisa não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Na visão de Rouquayrol; Almeida Filho (2003) a pesquisa transversal é definida como um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico. Pádua (2000) refere-se à pesquisa documental como aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados). Enquanto que a pesquisa quantitativa ou metodologia quantitativa na visão de Severo (2007) possui a finalidade de descrever os dados de forma estatística através de gráficos e tabelas. Os dados deste estudo foram extraídos das fichas do SISHIPERDIA preenchidas para o cadastro dos hipertensos.

A pesquisa foi realizada no município de São João do Rio do Peixe – PB, localizado entre os municípios de Uiraúna e Cajazeiras, distante 469 Km² da capital João Pessoa.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: 10.29327/213319.18.3-25

Páginas 461 a 490

Artigo

Possui uma população de 18.201 habitantes distribuída em uma área territorial de 474Km², sendo 6.885 da população urbana e 11.316 da população rural (IBGE, 2010).

No âmbito da saúde, o município está habilitado na gestão plena de Atenção Básica, prestando serviço de baixa e média complexidade, atuando na Atenção Primária à Saúde com oito Unidades de Saúde da Família, sendo três unidades localizadas na área urbana e cinco na área rural da cidade. Todas elas trabalham ativamente o HIPERDIA como sistema de acompanhamento de hipertensos. Os dados foram coletados nas unidades da zona urbana, que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde têm as seguintes características:

. USF Unidade, composta por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de consultório dentário (ACD), um auxiliar de serviços gerais (ASG), um enfermeiro, um médico, um odontólogo, um Técnico em Enfermagem, tendo sua programação para o atendimento dos hipertensos as segundas-feiras à sextas-feiras, cujo cadastro corresponde a 141 hipertensos no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) e no Hiperdia.

. USF Gruta, composta por cinco ACS, um auxiliar de serviços gerais ASG, um médico, um enfermeiro, 2 Técnicos em Enfermagem, tendo sua programação para o atendimento dos hipertensos as segundas-feiras e quartas-feiras; cujo cadastro corresponde a 128 hipertensos no SIAB.

. USF Central, cinco ACS, um ACD, um ASG, um enfermeiro, um médico, um odontólogo, um Técnico em Enfermagem, tendo sua programação para o atendimento dos hipertensos as segundas-feiras e quartas-feiras, cujo cadastro corresponde a 118 hipertensos no SIAB.

Para o acolhimento dos usuários com hipertensão, o atendimento é iniciado com a aferição da PA pelo Técnico em Enfermagem, sendo em seguida encaminhado ao médico e, posteriormente, à consulta com o profissional enfermeiro, que caracterizando-se como a primeira consulta, realiza o preenchimento do cadastro no programa HIPERDIA, fornecendo as devidas orientações e procedendo a entrega de medicamentos prescritos pelo médico.

No referido município no ano de 2012 havia 966 homens com hipertensão cadastrados no SIAB, sendo 377 na zona urbana, o que constituiu a população do estudo. A amostra foi calculada através da aplicação da fórmula para uma população finita (Figura 1), tendo como referência o parâmetro de proporção de HAS para homens das VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBH; SBC; SBN, 2010), que é de 36%. Sendo assim



Artigo

a amostra foi constituída de 193 hipertensos cadastrados que atenderam ao seguinte critério de inclusão: possuir ficha de cadastro no HIPERDIA das Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município.

Figura 1 – Fórmula para população Finita

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, bem como um ofício de solicitação de autorização a Secretaria Municipal de Saúde de São João do Rio do Peixe, para que a pesquisa pudesse ser realizada no município após a aprovação pelo CEP. De posse do parecer do comitê, a pesquisa foi realizada em abril do corrente ano.

Nas unidades, foi solicitado o acesso das fichas de cadastro dos pacientes hipertensos, sendo xerografadas, com o intuito de poder manuseá-las com mais tranquilidade e garantir que não haja perdas dos originais. De posse das mesmas foram captados dados necessários para a caracterização dos sujeitos, bem como os fatores de risco e as complicações associadas a HAS. Além disso, foi analisado o preenchimento dos cadastros para avaliar a sua completitude e a consistência das informações geradas. Com os dados gerados, os mesmos foram agrupados e consolidados, utilizando uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2007, fazendo o tratamento estatístico simples.

Para a coleta de dados foi utilizada um roteiro elaborado a partir da própria ficha do HIPERDIA, objetivando o registro dos dados coletados, constando as variáveis que serão trabalhadas das categorias: dados sociodemográficos, perfil dos usuários, dados do agravo e comorbidades. Após o agrupamento dos dados, foi realizada a tabulação dos mesmos. Essa técnica consiste em trabalhar os dados, a fim de obter um retrato detalhado em termos de valores e estatísticas que possam demonstrar a realidade observável.

Depois de dispostos em gráficos e/ou tabelas, os dados foram analisados através de estatística descritiva simples, usando como parâmetro a proporção e como medida de



Artigo

tendência central a média e analisados à luz da literatura pertinente, referenciando o estudo pré-estabelecido (SILVA; MENEZES, 2001).

Para a realização da pesquisa, foi levado em consideração a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que preconiza estudos envolvendo seres humanos, na qual estão defendidos os interesses dos sujeitos pesquisados em sua integralidade e dignidade (BRASIL, 2012). Assim, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, aprovado pelo Parecer nº 235.103, (Anexo B) e pela Instituição Co-Participante. A população-alvo também confirmou a participação no estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica, e este por sua vez é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Quando há alteração no débito cardíaco, na resistência periférica ou em ambas, pode ocorrer a hipertensão, também conhecida como “assassino silencioso”, por na maioria das vezes ocorrer sem sintomas. Os medicamentos empregados para tratar a hipertensão diminuem a resistência periférica, o volume sanguíneo ou a força e a frequência da contração miocárdica (SMELTZER; BARE, 2009).

Para Santos et al. (2009), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial, em que há presença de níveis tensionais elevados, alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. Por essas características a HAS pode explicar 25% mortalidade por doença arterial coronariana e 40% por Acidente Vascular Encefálico (AVE), ainda com participação importante na etiologia dos quadros mórbidos de doença vascular periférica, Insuficiência Renal Crônica (IRC) e Insuficiência Cardíaca (IC), sendo esta última a principal responsável pelos internamentos por Doenças Cardiovasculares (DCV) no Brasil.

Os dados estatísticos mais atuais mostram que 23,3% da população brasileira sofrem com hipertensão arterial. Esta estimativa foi levantada em 2010 através de entrevistas com 54.339 adultos nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, conduzidas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). A maior prevalência em homens



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: [10.29327/213319.18.3-25](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-25)

Páginas 461 a 490

Artigo

se deu nas capitais de Belo Horizonte 25%, Recife 23,6% e no Distrito Federal com 28,8 % (BRASIL, 2010c).

A revisão feita neste estudo mostra pesquisas que relatam haver uma maior probabilidade de o indivíduo desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil devido á transição epidemiológica, onde as doenças degenerativas estão mais presentes, decorrentes também de mudanças na nutrição, com o maior consumo de produtos enlatados e processados, que traz na sua constituição gorduras, temperos e sal. Dentre estas são registrados altos índices de óbitos pela HA que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), acarreta um sério problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em fase de desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Diversos estudos na literatura vêm demonstrando que um programa eficaz de tratamento para hipertensão arterial deve conter em seus pilares o combate á inatividade física, tendo em vista que a prática de atividade pode auxiliar positivamente no controle dos níveis pressóricos, bem como na redução do uso de medicamentos e complicações crônicas das doenças (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações, pois a decisão de mudar ou não de atitude é só dele. Porém, para que ele possa ser ativo, é importante que haja vínculo suficiente entre profissionais de saúde e paciente, porque na maioria das vezes os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não ao profissional de saúde específico. Esse cenário tem mudado com o aumento da cobertura da ESF, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (ATLAS et al., 2009).

Dentre os principais fatores de risco que colaboram com a instalação de doenças cardiovasculares estão: idade, gênero, grupo étnico, nível de escolaridade, status socioeconômico, obesidade, etilismo, tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, tais fatores quando presentes no indivíduo contribuem ainda mais para a possibilidade de uso de medicamentos para controlar as alterações pressóricas (ZAINUTE et al., 2006).

Independente da faixa etária, juntamente com outros fatores de riscos, tais como dislipidemia, tabagismo, diabete, obesidade e hipertrofia ventricular esquerda, a hipertensão se destaca como principal fator de risco para doenças cardiovasculares incluindo a Doença Arterial Coronariana (DAC). A associação destes fatores eleva o potencial de risco (CARVALHO FILHO, PAPALEO NETTO, 2006).



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: [10.29327/213319.18.3-25](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-25)

Páginas 461 a 490

Artigo

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), os fatores de risco para a hipertensão arterial são idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sódio, de álcool, sedentarismo, fator socioeconômico, genética e outros fatores cardiovasculares. Corroborando com esta temática, Monteiro e Sobral Filho (2004) afirmam que o sedentarismo aparece como fator de risco preponderante para HAS, pois indivíduos que não praticam exercício físico são mais propensos a desenvolvê-la e sendo assim, aumentarem a taxa de eventos patológicos cardiovasculares, bem como o número de mortes e sequelas decorrente da doença.

Tratando-se de idade, quanto mais elevada ela for maior será a chance de o indivíduo ser acometido pela hipertensão. Tratando-se do gênero masculino, quando este atinge idade > 50 anos e sendo da raça branca a hipertensão se torna mais prevalente. Ao associar excesso de peso e obesidade, independente da idade é possível observar um grande número de indivíduos com hipertensão, e nas pessoas obesas frequentemente ela se faz presente. O sedentarismo em muito contribui para a manutenção desse quadro, destacando-se ainda que a hipertensão é mais frequente na classe de baixa escolaridade. Por fim o hábito nocivo da população brasileira de consumir sal acima do recomendado e ingerir álcool por tempo prolongado além de contribuir para o aumento da pressão arterial (PA) eleva a mortalidade por agravos cardiovasculares (SBC; SBH; SBN, 2010).

No atual contexto social, a HA não tem cura, contudo, o tratamento com os anti-hipertensivos e mudança no estilo de vida ajudam a controlá-la, favorecendo uma redução nos indicadores de morbimortalidade. O devido tratamento divide-se em dois grupos: o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo dispensa-los. Seu principal objetivo é favorecer a redução da pressão arterial e diminuir a morbimortalidade de DCV por meio de modificações no estilo de vida (OLIVEIRA, 2011). Várias medidas podem ser adotadas para promover mudança do estilo de vida; elas devem ser incentivadas pelos profissionais de saúde, mas a decisão de adotá-las é totalmente do usuário.

Oportuno se faz ressaltar que indivíduos com hipertensão, com excesso de peso devem emagrecer para alcançar medidas que lhe tirem da condição de risco. A circunferência abdominal adequada sofre variações de acordo com o sexo, sendo 102 cm nos homens e < 88 cm nas mulheres, além de um índice de massa corporal inferior a 25



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: [10.29327/213319.18.3-25](https://doi.org/10.29327/213319.18.3-25)

Páginas 461 a 490

Artigo

kg/m². A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg. Com esse impacto é considerada a medida não medicamentosa de melhor resultado.

Uma dieta com baixa caloria, associada ao aumento no gasto de energia com atividades físicas, são aliados fundamentais para a perda de peso. Assim, a alimentação do indivíduo com hipertensão deverá ser rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças, além de laticínios que apresentem baixo teor de gordura. Além disso, a redução no consumo de sal ajuda a diminuir os valores pressóricos. Uma dieta com essa composição demonstrou ser capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 8 a 14 mmHg (SOUZA, 2010). Quando o tratamento não medicamentoso não surte efeito, deve-se associar o tratamento farmacológico, que é composto por drogas anti-hipertensivas, prescritas por um médico a partir da identificação da situação clínica instalada.

Contudo, não se pode generalizar o tratamento, pois cada situação clínica tem o correspondente medicamento específico. Dependendo do estágio da doença pode ser instalado um esquema multidroga, com a associação de vários fármacos (BRASIL, 2006a).

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução dos níveis tensionais e de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os anti-hipertensivos podem ser divididos nos seguintes grupos: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Vasodilatadores diretos; Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA); Bloqueadores dos canais de cálcio e Inibidores dos receptores da angiotensina II (KATZUNG, 2006; SBC; SBH; SBN, 2010).

Os diuréticos são eficazes na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Seu mecanismo baseia-se, em uma primeira fase, na depleção do volume e, a seguir, na redução da resistência vascular periférica. Os diuréticos disponíveis no Brasil são: Tiazídicos (clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida); Alça (bumetamida, furosemida, piretanida); Poupadores de potássio (Amilorida, espironolactona, triantereno) (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os betabloqueadores adrenérgicos constituem uma classe terapêutica que apresenta como mecanismo de ação comum o bloqueio dos receptores beta- adrenérgicos, porém com perfis farmacológicos diferentes. As diferenças relacionam-se à seletividade dos receptores beta-adrenérgicos, à lipossolubilidade e às ações vasodilatadoras de alguns medicamentos da classe. Há indicação formal para seu uso em pacientes hipertensos com cardiopatias associadas. Os betabloqueadores mais utilizados na prática clínica são: propranolol e atenolol (BORTOLOTTI; COLOMBO, 2009).



Artigo

Os vasodilatadores relaxam a musculatura lisa das arteríolas, diminuindo, assim, a resistência vascular sistêmica. A diminuição da resistência arterial e da PA média desencadeia respostas compensatórias, que são mediadas por barorreceptores e pelo sistema nervoso simpático, bem como renina, angiotensina e aldosterona. Essas respostas compensatórias opõem-se ao efeito anti-hipertensivo do vasodilatador. Dessa forma, os vasodilatadores atuam melhor em associação com outras drogas anti-hipertensivas que se opõem às respostas cardiovasculares compensatórias. A essa classe de drogas pertencem os vasodilatadores orais, hidralazina e minoxidil, utilizados na terapia ambulatorial em longo prazo da hipertensão (KATZUNG, 2006).

Quanto aos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), estes agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. O captopril foi o primeiro inibidor da conversão da angiotensina utilizado. Na atualidade, são amplamente utilizados diversos IECA, incluindo enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril e trandolapril, cada um dos quais difere na sua duração de ação e distribuição tecidual (RANG et al., 2004).

Os bloqueadores dos canais de cálcio além de seus efeitos antianginosos e antiarrítmicos, também dilatam as arteríolas periféricas e reduzem a PA. O mecanismo de ação na HA consiste na inibição do influxo de cálcio nas células musculares arteriais. O verapamil, o diltiazem e o grupo da diidropiridina (anlodipina, felodipina, isradipina, nifedipina, nifedipina e nisoldipina) são todos igualmente eficazes para reduzir a PA (KATZUNG, 2006).

Antagonistas de receptores de angiotensina II (AAIIs) foram principalmente concebidos para o tratamento da hipertensão. No entanto, os benefícios cardiovasculares do AAIIs foram cuidadosamente avaliados, não apenas em termos de sua capacidade de reduzir a pressão arterial em suas diversas formas clínicas, mas também a sua capacidade de prevenção de eventos cardíacos, derrames e lesões de órgãos-alvo. Atualmente, sete AAIIs estão disponíveis para o tratamento da hipertensão (losartan, candesartan, eprosartan, irbesartan, olmesartan, telmisartan e valsartan) (RIBEIRO; GAVRAS, 2006).

ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: 10.29327/213319.18.3-25

Páginas 461 a 490

Artigo

A Atenção Primária à Saúde (APS), como alternativa para atender aos problemas da comunidade no âmbito da saúde coletiva, recebe maior destaque a partir da regulamentação da lei 8080/90, que surge do resultado da mobilização popular e que norteiam em todo o território nacional as ações dos serviços de saúde, como forma de incluir a saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado garantido na constituição federal (OHARA; SAITO, 2008). A ESF foi desenvolvida para reverter à forma de condição de assistência centrada no hospitalocentrismo, e a busca pela reorganização do (SUS) (BRASIL, 2008).

Desta forma a APS através da ESF atende a todos os grupos que estejam ou não em condição de vulnerabilidade, para lhes garantir melhores condições de saúde e desta forma melhores condições de vida. Nesse grupo encontra-se o masculino, que também é o mais prevalente na HA e que tem uma menor frequência nos serviços de saúde. O seu acolhimento, portanto, deve ser estimulado afim de que o controle da sua pressão seja estabelecido, com a incorporação das ações ofertadas no cotidiano da assistência. Além disso, deve-se envolver toda a família para que esse objetivo seja alcançado.

A atenção primária ao indivíduo com hipertensão, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções multiprofissionais, que vão além das práticas curativas, devendo ser realizada a partir de uma atuação integrada, com níveis de competências e habilidades bem estabelecidos, para se alcançar a diminuição do risco cardiovascular, através da implementação de medidas preventivas (BRASIL, 2002).

As estratégias para a realização de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, da adoção de políticas públicas, da elaboração e aplicação de atividades comunitárias, bem como da reorganização e planejamento dos serviços de saúde. Esses pontos são essenciais para construir o vínculo com o usuário, haja vista que o acesso do paciente a esses serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido também interferem na adesão ao tratamento (MANFROI, OLIVEIRA, 2006).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da HA, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o hipertenso no seguimento de seu tratamento, pois evitar que o paciente abandone o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam no seu cotidiano. Destaca-se ainda como um ponto desafiador, o fato de que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, gerando implicações importantes em termos de



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: 10.29327/213319.18.3-25

Páginas 461 a 490

Artigo

gerenciamento das ações terapêuticas, exigindo de profissional e paciente perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006a).

Os profissionais da área de saúde têm um papel importante e fundamental na aplicação de educação e saúde para os portadores de doenças crônicas, a exemplo hipertensão, que não sendo controlada, torna-se responsável por um valor significativo de óbitos, com ênfase no grupo masculino, explicada pelo fato destes não se cuidarem de forma adequada.

O trabalho de equipe multiprofissional poderá dar aos portadores e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes, com a introdução de novos hábitos de vida. Nesse sentido, a equipe multiprofissional, deverá constituir-se por profissionais que lidem com portadores de doença hipertensiva: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e ACS (BRASIL, 2002). Um bom relacionamento entre usuário e equipe de saúde é de extrema importância para dar-se continuidade ao tratamento. Para Gusmão; Júnior (2006), o relacionamento inadequado entre o usuário e a equipe de saúde e a falta de esclarecimento básico sobre a doença fazem com que o usuário venha a desistir do tratamento.

O enfermeiro além das muitas atividades, como aferir a pressão arterial, realizar avaliações físicas, interpretação de diagnóstico e outros, cabe-lhe também a responsabilidade de administrar e acompanhar o tratamento dos pacientes com pressão arterial, fazer o encaminhamento ao médico nos casos em que a pressão não está devidamente controlada. Deste modo, a introdução de metodologias educacionais devem focar a adesão em relação a colaboração e sobre tudo a coresponsabilidade o que implica em troca de experiência, questionamentos e humanização dos pacientes. É importante torná-los participativos na conservação de sua saúde (STRELEC; PIERINI, 2003).

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HIPERDIA

A produção de informação em saúde é um componente imprescindível para que o município, estado ou nação possa organizar suas ações com a otimização de recursos e insumos. No campo da hipertensão não é diferente, e para que haja dados suficiente e



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: 10.29327/213319.18.3-25

Páginas 461 a 490

Artigo

estatisticamente significantes existe o SIS- HIPERDIA, que a partir da sua operacionalização subsidiará a tomada de decisões.

O HIPERDIA é um programa informatizado responsável pelo cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, permitindo a identificação dos fatores de risco para as doenças cardiologistas. Por esse motivo constitui-se uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS. Criado no ano 2002 constrói indicadores epidemiológicos, e como controla a entrada e saída de pacientes, permite uma programação do uso adequado de medicamentos em tipo e quantidade evitando desperdícios de recursos e insumos. Uma exigência para que ele funcione adequadamente é a completude de informações e sua atualização permanente, para assim poder constituir-se um instrumento de reformulação de conceitos e de planejamento de atividades (BRASIL 2012).

A criação deste sistema foi uma parceria entre o MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outras instituições que mantêm relação direta com a HAS e o Diabetes Mellitus, e através do seu acompanhamento permite o recebimento dos medicamentos prescritos para os portadores destes agravos, levando a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e ao aumento da prevenção, diagnóstico, tratamento e controle desses agravos. Confere ao serviço de saúde resolutividade e qualidade no atendimento e tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular (CASTRO, 2010).

Este sistema propicia a construção de estratégias de saúde pública que levem à modificação do quadro atual de morbidade, já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e DM, associado ao estabelecimento de vínculo com as Unidades de Saúde da Família, tornam-se elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, pois reduz o custo social e o que incorre ao SUS (BRASIL, 2002).

Para a realização do cadastro no programa HIPERDIA se faz necessário o preenchimento de um formulário, que é a ficha de cadastro contendo diversos dados. O paciente cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional que preencherá outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que ele retornar para consulta. É, por meio desses instrumentos, que serão alimentadas as informações do programa. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO
SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: 10.29327/213319.18.3-25

Páginas 461 a 490

Artigo

importância do preenchimento dessas fichas, pois eles se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo (BRASIL, 2001).

Portanto, esse programa contempla em sua proposta teórica uma maneira de trabalhar, na qual se estimula a formação de vínculos entre os profissionais da área e as famílias envolvidas, além do desenvolvimento de uma postura crítica e criativa ao encarar os problemas de saúde da comunidade. Visa principalmente à estruturação da atenção básica em saúde sobre novas bases, no sentido de consolidar o SUS. Propõe ainda a valorização do trabalho em equipe, creditando a esse aspecto a capacidade de dar novos contornos às relações sociais dentro do espaço de trabalho (FIGUEIREDO, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a consolidação dos dados realizou-se a análise estatística descritiva, e para melhor visualização destes, construiu-se tabelas. A primeira análise foi realizada sobre os dados sócio demográficos dos homens que apresentavam hipertensão, conforme dados da tabela 1.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos dos homens hipertensos cadastrados no SIS- HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe, segundo a faixa etária, 2012.

Faixa etária Variáveis		Até 45 Anos	%	46 a 59 Anos	%	60 Anos e +	%	Total	%
Raça	Amarela	6	13.7	17	38.6	21	47.7	44	22.8
	Branca	0	0.0	7	38.9	11	61.1	18	9.3
	Parda	10	8.1	33	26.9	80	65.0	123	63.7
	Preta	0	0.0	1	12.5	7	87.5	8	4.2
Escolaridade	Não sabe ler	1	1.6	12	19.7	48	78.7	61	31.7
	Alfabetizado	4	5.6	24	33.3	44	61.1	72	37.3
	1º grau	3	9.3	14	43.8	15	46.9	32	16.6
	comp/incomp								
	2º grau	1	16.7	0	0	5	83.3	6	03.1



Artigo

	comp/incomp								
	Médio	6	46.1	4	30.9	3	23.0	13	06.7
	comp/incomp								
	Superior	1	11.1	4	44.4	4	44.5	9	04.7
Situação conjugal	Vive só	5	9.8	20	39.2	26	51	51	26.4
	Vive com companheiro	11	7.7	38	26.8	93	65.5	142	73.6
Renda	Até 2 salários	14	10.1	46	33.3	78	56.6	138	71.6
	3 a 4 salários	2	4.3	6	13.0	38	82.7	46	23.9
	< 4 salários	0	0	6	66.7	3	33.3	9	04.7
	Total	16	-	58	-	119	-	193	100

Fonte: Ficha de Cadastro Hipertensão - São João Rio do Peixe, 2012.

Os dados revelam que a raça parda representa 63.7% (n=123) da amostra, com maior frequência na faixa etária > 60 anos com 65% (n=80). Ainda destaca-se que 68.4% (n=132) possuem algum tipo de escolaridade e apenas 31.6% (n=61) não sabem ler, sendo mais concentrada essa condição na faixa etária > 60 anos com 78.7% (n=48). No tocante a condição de situação conjugal 73.6% (n=142) convive com alguém, sendo esta variável bem distribuída nas três faixas etárias, mesmo tendo maior destaque no grupo >60 anos com 65.5% (n=93).

Todas as variáveis estudadas encontram no grupo de idosos sua maior concentração. Destaca-se que a raça parda, mesmo diante da miscigenação brasileira, também foi mais frequente, indo ao encontro de outros estudos que apontam a hipertensão como mais prevalente na raça não branca. Com isso, o presente estudo não corrobora com os achados da SBH, SBC, SBN (2010) que apontam uma maior prevalência de hipertensão na raça negra.

O fato da maioria dos homens possuir algum grau de escolaridade repercute como um ponto positivo, visto que estes certamente possuem maior entendimento sobre o tratamento, complicações e a forma de se cuidar. Por outro lado o grupo de analfabetos pode apresentar uma maior dificuldade em entender as orientações recebidas. De acordo com o estudo de Strelec et al. (2003), quanto ao nível de conhecimento, geralmente a



Artigo

hipertensão tem se mostrado em maior incidência em indivíduos com menor grau de escolaridade.

Percebe-se que a maioria dos homens participantes deste estudo possui uma companheira, condição que favorece um maior autocuidado no tocante ao tratamento, alimentação, bem como acompanhamento na unidade de saúde, o que pode favorecer um maior controle nos níveis pressóricos. Em contrapartida, aqueles que vivem sozinhos, podem ter dificuldade em seguir o tratamento, a este respeito, Dantas (2013) destaca que os homens não são muitos adeptos a tratamentos prolongados, o que leva ao abandono do tratamento e ao não controle dos níveis pressóricos.

No tocante a renda, os dados revelam que a maioria dos homens recebem até 2 salários mínimos representando 71.6 % (n= 138), seguidos de indivíduos que recebem de 3 a 4 também na faixa etária > de 60 anos com 82.7% (n= 38). Isso representa que, mesmo com baixa renda, a maioria sustenta a família com base no salário da aposentaria. Isso gera uma dificuldade na manutenção do tratamento seja medicamentoso ou não, porque lhe tira o acesso devido a medicamentos e alimentação adequada.

Na sequência buscou-se apresentar o perfil de morbidade dos homens, segundo a faixa etária, de acordo com os dados da tabela 2 disposta a seguir, onde se observa que a faixa etária > 60 anos foi a mais atingida pelas comorbidades, destas, a mais incidente é o Diabetes tipo 2 representando 15.0 (n= 29), na faixa etária > 60 anos com 63 % (n= 29), a segunda comorbidade é o Diabetes tipo 1 que representa 3.1 % (n= 6) da amostra, com maior frequência na faixa etária > 60 anos com 50 % (n= 3). Entretanto, outras comorbidades foram encontradas tais como Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, Acidente Vascular Cerebral - AVC com 66.7% na faixa etária > 60 anos e apenas um caso de Doença Renal Crônica (DRC) representando 0,05% na referida faixa etária.

Tabela 2 – Perfil de morbidade dos homens hipertensos cadastrados no SIS-HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe, segundo a faixa etária, 2012.

Faixa etária variável		<45 Anos	%	46 a 59 Anos	%	>60 anos	%	Total	%
Diabetes tipo 1	Sim	1	16.7	2	33.3	3	50	6	3.1
	Não	15	0	56	0	116	0	187	96.9



Artigo

Diabetes tipo 2	Sim	1	3.4	10	34.5	18	63	29	15.0
	Não	15	0	48	0	101	0	164	84.9
IAM	Sim	0	0	0	0	6	03.1	6	3.1
	Não	16	0	55	0	0	0	0	-
AVC	Sim	0	-	2	33.3	4	66.7	6	3.1
	Não	16	0	0	0	0	0	0	-
Doença Renal	Sim	0	0	0	0	1	100	1	005
	Não	16	0	0	0	0	0	0	-
Total		16		58		119		193	100

Fonte: Ficha de Cadastro Hipertensão - São João Rio do Peixe, 2012.

De acordo com a Associação Americana de Diabetes, existem quatro classificações de Diabetes Mellitus: Tipo 1 ou insulino dependente (DM1); Tipo 2 ou não insulino dependente (DM2); gestacional; e secundário a outras patologias. Independente da classificação, a principal característica do Diabetes Mellitus (DM) é a manutenção da glicemia em níveis acima dos valores considerados normais (FRAGA et al., 2012).

Com relação à comorbidade mais prevalente, o Diabetes tipo 2, os achados deste estudo corroboram com a ideia dos autores supracitados, quando estes afirmam que a HAS apresenta inter-relações significativas com o Diabetes tipo 2, sendo portanto, de suma importância estabelecer a correlação entre estas comorbidades, uma vez que ambas possuem diversos efeitos sistêmicos e necessitam de um correto tratamento.

A Hipertensão é uma das causas de acidente vascular cerebral (AVC), doença cardíaca e insuficiência renal, suas complicações ocorrem nas fases avançadas da doença e podem acometer qualquer sistema do organismo (SAITO; OHARA, 2010). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se em uma das principais causas de doença renal crônica (DRC) no Brasil, representando o principal fator de risco para doença cardiovascular morbidade e mortalidade. Em pessoas com necessidade de terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal) entre 80% e 90% dos indivíduos apresentam hipertensão arterial. A principal ação para retardar a progressão desse processo é o controle rigoroso da pressão arterial. Podem ser utilizadas todas as classes de anti-hipertensivos, entretanto os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) são mais eficazes em retardar a progressão da doença renal (BRASIL, 2006a).

Malta (2011) ressalta que a hipertensão arterial é mais incidente em homens maiores de 60 anos, bem como a procura ao serviço de saúde e pela prevenção primária



Artigo

nesta faixa etária e bem mais frequente. Estudos de Cippulo et al. (2009) descrevem que a hipertensão arterial é uma doença crônica fatal, que progressivamente e significativamente, atinge indivíduos com idade > de 60 anos de idade.

No tocante ao tratamento, 100% (n= 193) dos homens com hipertensão aderiram somente aos medicamentos, tal achado corrobora com o estudo de Rosário (2009), quando afirma que o tratamento medicamentoso é o mais utilizado pela sociedade, e seu objetivo é reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares.

De acordo com Oliveira (2011), a hipertensão arterial não tem cura, mas com o tratamento pode-se evitar sérias complicações, tais como problemas cardíacos, renais, IAM, AVC e outros. Entretanto, somente o tratamento medicamentoso por si só não basta, é necessário associar drogas à mudança no estilo de vida, considerando que estas possuem valor comprovado na redução da PA e diminuição do risco para eventos cardiovasculares.

Por fim, conclui-se a partir dos achados deste estudo que o fato dos homens aderirem somente ao tratamento medicamentoso constitui-se em um fator negativo para a sua saúde, uma vez que para a eficácia do tratamento, é importante que o homem além do tratamento medicamentoso, seja adepto de uma alimentação saudável associada à prática de atividades físicas.

Tabela 3 – Presença dos fatores de risco para hipertensão nos homens hipertensos cadastrados no SIS-HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe, 2012.

Faixa etária variável		<45 anos		46 a 59 Anos		>60 anos		Total	
			%		%		%		%
Tabagismo	Sim	0	0	9	45	11	55	20	10.3
	Não	16	9.2	49	28.3	108	62.5	173	89.6
Sedentarismo	Sim	9	7.0	36	28.1	83	64.9	128	66.3
	Não	7	10.8	22	33.9	36	55.3	65	33.6
Sobrepeso	Sim	7	6.1	35	30.4	73	63.5	115	59.5
	Não	9	11.6	23	29.4	46	59	78	40.4



Artigo

Obesidade	Sim	4	4.5	27	30.7	57	64.8	88	45.5
	Não	12	11.4	31	29.6	62	59	105	54.4
Total		16	-	58	-	119	-	193	100

Fonte: Ficha de Cadastro Hipertensão São João Rio do Peixe, 2012.

Buscou-se identificar a presença de fatores de risco para hipertensão nos homens cadastrados no HIPERDA, e conforme exposto na tabela 03, para a variável tabagismo o maior destaque para o consumo e o não consumo deu-se na faixa etária > 60 anos, com valores respectivos de 55% (n=11) e 62.5% (n=108), mais uma vez confirmando a prevalência de fatores na referida faixa etária. Observou-se ainda que os homens inseridos na faixa etária < 45 anos 9.2% (n=16) não fazem o uso do tabaco, o que nos leva a crer que as suas condições de saúde são melhores do que os homens idosos, visto que não fazem uso do tabaco, principal causador do câncer de pulmão e outras comorbidades.

Conforme alerta a OMS, o tabagismo é uma das maiores causas de morte evitáveis no mundo, sendo a prevenção a melhor maneira de controlar essa epidemia. Naturalmente os homens precisam se conscientizar que o tabaco trás vários malefícios a sua saúde corporal (BRASIL, 2006b).

A exposição ao tabaco é fator de risco cardiovascular bem demonstrado, e deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares (SAITO; OHARA, 2010). O uso do cigarro é um fator de risco para seis das oito doenças principais que causam fatalidade no mundo, tais como: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traquéia e brônquio (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

Com relação ao fator de risco sedentarismo, verifica-se que o mesmo está presente em todas as faixas etárias estudadas, sendo mais incidente na população com idade superior a 60 anos com 64.9% (n=83), seguido de 28.1% (n=36) relativos aos homens inseridos na faixa etária de 46 a 59 anos. Deste modo, cabe considerar a necessidade de refletir e inserir no cotidiano dos homens a prática de atividades físicas, estimulando-os a uma vida mais saudável, evitando deste modo o sedentarismo, grande fator de risco para a obesidade e doenças cardiovasculares, conforme afirma o Ministério da Saúde, o excesso de massa corporal é fator predisponente para a HAS, doenças cardiovasculares e Infarto Agudo do Miocárdio. (BRASIL, 2006b).



Artigo

O sedentarismo apresenta um conceito mais abrangente na saúde pública, envolvendo a ausência ou irregularidade da atividade, de maneira insuficiente para promover benefícios à saúde (ARAÚJO, 2007). Enquanto que Santos et al, (2006) definem o sedentarismo como ausência ou grande diminuição de atividade física, Palma (2009) assegura que o termo sedentarismo, tem sido utilizado de várias maneiras, parecendo problemático, por se tratar de um conceito banal comum e não científico, talvez por isto não receba grande importância por parte dos homens.

Com relação ao sobrepeso, verifica-se que assim como o sedentarismo, o mesmo encontra-se presente em todas as faixas etárias com prevalência nos homens com idade superior a 60 anos com 63.5% (n=73), entretanto, um achado importante é que do total geral de homens estudados 40.4% não estão de sobrepeso, sendo este um achado muito positivo para pesquisa, posto que o Ministério da Saúde afirma que o excesso de massa corporal é reconhecido como um grande fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011).

No tocante a obesidade, esta também está presente em todas as faixas etárias, com predomínio na população acima de 60 anos com 64.8% (n=88), esta realidade nos permite pensar que os indivíduos hipertensos necessitam se reeducar com relação a sua alimentação, e que a nutrição é um fator importante para o controle da HAS, uma vez que pode interferir positivamente ou negativamente em sua qualidade de vida.

A incidência de obesidade, por sua vez, aumentou de forma alarmante nas últimas décadas atingindo proporções epidêmicas em todo o mundo e aumentando nos homens hipertensos. Estudos apontam que há relação entre obesidade e hipertensão, um destes estudos mostrou que 78% dos casos de homens hipertensos estão relacionados ao excesso de massa corporal (PINHEIRO, 2002).

Potter; Perry et al. (2010) demonstram que obesidade está associada a níveis mais elevados de pressão arterial (PA) e investigações prospectivas confirmam que o ganho de peso que ocorre ao longo da vida é um importante preditor para o desenvolvimento de hipertensão arterial em homens > de 60 anos.

Deste modo, para se ter melhor qualidade de vida, os indivíduos com hipertensão devem evitar ou diminuir a incidência dos fatores de risco para a HAS, evitando o tabaco, aderindo à prática de atividades físicas, além de procurar manter uma vida saudável com dieta hipossódica e hipolipídica para a regularização de sua pressão arterial.

Para Kilpp (2009), a obesidade é uma doença de origem multicausal, o enfoque para corrigi-la deve ser multidisciplinar. O seu tratamento consiste em dieta, exercício



Artigo

físico, modificação no comportamento alimentar, acompanhamento psicológico e, eventualmente, drogas anorexígenas. Porém, mesmo com variadas opções terapêuticas, o sucesso na perda de peso, frequentemente é difícil de ser alcançado ou mantido. De acordo com Brasil (2006a) a HAS e a obesidade acomete mais homens do que mulheres, com destaque para a faixa etária >60 anos. Estimativas apontam que para o ano de 2025 se prevê na população mundial um aumento de homens hipertensos.

Os hábitos dos brasileiros estão levando a população à obesidade. E, conseqüentemente, a ter problemas de saúde ligados ao excesso de peso. Nos homens, especialmente, o que cresce é o número de pacientes hipertensos e com problemas cardiovasculares, grande parte da culpa está ligada ao comportamento do homem, o qual costuma preocupar-se menos do que a mulher quando o assunto é saúde ou vaidade. Com isso, não mantém uma alimentação saudável e não se aborrecem tanto quanto elas se estão fora de forma e só procuram um tratamento quando ficam doentes e, muitas vezes, é tarde demais (SALLES, 2013).

CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui-se um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo, portanto, um grande problema de saúde pública que requer intervenções por parte do Estado para a sua resolução. A realização deste estudo nos permitiu identificar o perfil epidemiológico de homens hipertensos cadastrados no HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe – PB, tal estudo foi realizado em três Unidades de saúde da zona urbana do referido município com um total de 193 hipertensos.

Esta pesquisa alcançou os seus objetivos, a sua realização nos permitiu compreender que dos 193 homens hipertensos estudados a maioria é da raça parda, com renda concentrada em torno de dois salários mínimos, o que nos leva a crer que suas condições financeiras lhes impõem limitações e certamente está relacionada à aposentadoria, que muitas vezes é utilizada para o sustento da família não favorecendo a adesão de uma alimentação balanceada e até mesmo a aquisição de medicamentos, itens importantes ao seu tratamento.

Observou-se também que a grande maioria vive acompanhada, sendo este um achado muito importante, pois nos leva a crer que há incentivos ao seu tratamento de



Artigo

saúde, diferente daqueles homens que vivem sozinhos e não recebem nenhum estímulo para cuidar de sua saúde. Outra questão importante refere-se ao fato de que todas as variáveis estudadas possuem maior incidência na população de homens com idade acima de 60 anos, evidenciando-nos a sua vulnerabilidade e a necessidade de maior atenção com os nossos idosos.

Com relação aos fatores de risco, constatou-se que o tabagismo, sedentarismo, sobrepeso, obesidade estão presentes em todas as faixas etárias estudadas, com exceção do tabagismo que felizmente não foi notificado nos homens com idade inferior a 45 anos, sendo este um achado muito importante e que nos leva a creditar que os homens mais jovens possuem entendimento acerca dos malefícios do tabaco e os prejuízos que este acarreta a sua saúde. O sedentarismo, sobrepeso e obesidade estão presentes na vida dos homens estudados, como fatores de risco que devem ser combatidos, visto que se constituem como preditores de alterações na pressão arterial e consequente aparecimento de comorbidades para a HAS.

No tocante às comorbidades verificou-se que os hipertensos são acometidos por Diabetes mellitus tipo 1 e 2, IAM, AVC e DRC, sendo o DM tipo 2 o mais incidente corroborando com os estudos que apontam a correlação entre DM e HAS, sendo muito importante o favorecimento das orientações e tratamento de ambas patologias. Verificou-se ainda que existem outras comorbidades, entretanto, ocorrem em menor escala.

Quanto ao tratamento os resultados evidenciam que 100% da amostra são adeptos do tratamento medicamentoso e em nenhum deles encontrou-se adesão ao tratamento não medicamentoso, sendo este um fato muito negativo que requer intervenção por parte dos profissionais de saúde, posto que a atenção básica baseia-se na prevenção de agravos e promoção da saúde, deste modo, os hipertensos acompanhados devem ser estimulados e aderirem aos dois tratamentos, o medicamentoso e não medicamentosos e não somente o primeiro conforme fora constatado. Isto denota que há fragilidade no tratamento e que certamente este não terá boa eficácia.

Destarte, esta pesquisa tornou-se relevante, uma vez que nos permitiu conhecer o perfil epidemiológico dos homens hipertensos e com base nisto apresenta subsídios para a tomada de decisão por parte os profissionais de saúde acerca da realidade estudada, de modo especial este estudo aponta para a necessidade de aumentar a adesão do homem no cuidado a sua saúde.

O estudo nos remete a pensar na necessidade de intensificar as práticas de prevenção e promoção da saúde, evidenciando a adesão dos homens hipertensos a uma



Artigo

vida alimentar saudável, bem como a prática de atividade física, o que pode ser mediado a partir de uma maior motivação vinda dos profissionais de saúde através de ações e campanha educativas, foco da integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde, cujo objetivo é estreitar e fortalecer a participação na comunidade na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. **Prevalência de sedentarismo na população adulta de Firminópolis, Goiás, 2007.** 107f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciência da Saúde, Convênio Rede Centro – Oeste (UnB, UFG, UFMS), Goiânia, 2007.

ATLAS, S. J., et al, **Patient-physician connectedness and quality of primary care.** *Ann Intern Med.* 2009; 150:325-35.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 12 - Obesidade** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Brasília, 2008.



Artigo

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, 2010c.**

_____. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Série B. Textos Básicos de Saúde. 82p. Brasília, 2012.**

_____. **Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012.**

BORTOLOTTI, L. A.; COLOMBO, F. M. C., Betabloqueadores adrenérgicos. Rev Bras Hipertens. vol.16 (4):215-220, 2009. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S5153-96547130000800009. Acesso em: 20 de julho de 2013.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M. Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 2006.

CASTRO, N. G. de. HIPERDIA: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. Caderno de pesquisa. São Luís, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em:<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/articlw/vi-ew/249>. Acesso em: 27 de Fevereiro de 2013.



Artigo

CIOLAC, E. G., GUIMARÃES, G. V., Exercício Físico e Síndrome Metabólica. Revista brasileira de Medicina do Esporte. 10(4): 319-324, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922004000400009&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de março de 2013.

CIPPULO, J. P., et. al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma população urbana Brasileira. Arq. Bras. Cardiol. 2009; 92 (1): 42-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf>. Acesso em 10 de Outubro de 2013.

DANTAS, R. C. O. Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária à saúde / Rosimery Cruz de Oliveira – João Pessoa, 2013. 151f. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN.

FRAGA, P. L., et al, A interface entre o Diabetes Mellitus tipo II e a hipertensão arterial sistêmica: aspectos bioquímicos. Cadernos UniFOA. Edição nº 20 - Dezembro/2012. Disponível em: <http://www.foa.org.br/cadernos/edicao/20/95-103.pdf>, acesso em: 06/12/13

FERREIRA, C. Hipertensão Arterial. Emedix – Portal de saúde com informações sobre doenças. 2010. Disponível em: <http://emedix.uol.com.br/doe/index.php> Acesso em: 22/11/2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão, 2006.

GUSMÃO, J. L. de; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, v.13, n.1, p.22-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 20 de maio de 2013.



Artigo

KATZUNG, B. G., Farmacologia: Básica e Clínica. 9ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KILPP, R. Influência da Obesidade na Hipertensão Arterial, 2009 Disponível em: <http://www.gramadosite.com.br/estilo/saudeebeleza/vincere/id:19953>. Acesso em: 05/11/2013.

MALTA, D. C., et al, Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):2011-2022, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/35.pdf>. Acesso em: 05/11/2013

MANFROI, A; OLIVEIRA, F. A., Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Com. 2006; 2(7): 165-76. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/52>. Acesso em: 18 de abril de 2013.

MINAYO, M. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil.** Brasília, DF, 2007.

MONTEIRO, M. S. M., FILHO D. C. S., Exercício físico e o controle da pressão arterial. Revista de Saúde Pública. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008>. Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade. 2ª ed. São Paulo, Martinari, 2010.



Artigo

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública, vol. 42, n. 2, p. 335-345, abr. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200020. Acesso em: 15 de setembro de 2013.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo, SP, 2011. Disponível em: <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em: 10/01/2013.

PÁDUA, E. M. M. de. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. 6. ed. Campinas: Papirus, 2000.

PALMA, A., Exercício físico e saúde, sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e mortalidade. Motriz, Rio Claro, V.15, n.1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd151/o-mito-do-sedentarismo.htm>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

PINHEIRO, R. S., et al, Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rev. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.4 p 687- 707, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&ex prSearch=337445&in>. Acesso em 04 de fevereiro de 2013.

POTTER, P. A., PERRY, A. G., Fundamentos de Enfermagem. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et.al]. – 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RANG, H. P. et al. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

RIBEIRO, A. B.; GAVRAS, H., Antagonistas da angiotensina II a experiência clínica no tratamento da hipertensão, prevenção de desfechos cardiovasculares e proteção renal na nefropatia diabética e proteinúria. Arq Bras Endocrinol Metab. vol.50 no.2 São Paulo abr 2006. Disponível em:



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

DOI: 10.29327/213319.18.3-25

Páginas 461 a 490

Artigo

<http://www.scificircle.com/pt/124220/antagonistas-angiotensina-ii-experiencia-clinica-tratamento/>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

ROSARIO, T. M., et.al., Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres, *Arq. Bras. Card.*, n. 6, P. 672-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>. Acesso em: 22 de Setembro 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALLES, R. N. J. **Obesidade aumenta doenças nos homens**. 2013. Disponível em: <http://www.itodas.com.br/beleza/obesidade-aumenta-doencas-nos-homens/>. Acesso em: 05/11/2013.

SANTOS, J. F. S., et. al., **Atividade Física na sociedade tecnológica**. *Revista Digital, Buenos Aires*, nº 94, abr. 2006. Disponível em: <http://www.efcleportes.com/efd94/tecnog.htm>. Acesso em: 01 de setembro de 2013.

SANTOS, T. S., et al, Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. *Odontologia. Clín.-Científ.*, Recife, 8 (2): 105-109, abr/jun., 2009. Disponível em: http://www.unifoa.edu.br/portal/plano_aula/arquivos/04054/Artigo%20%20-%20para%20AVD%20-%20doen%C3%A7a%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20e%20odontologia.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2013.

SCHRAIBER, L. B., GOMES, R., COUTO, M. T., Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Rev. Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a02v10n1.pdf>>. Acesso em 13/09/13.

SEVERO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23Ed, São Paulo: Cortez; 2007.



Artigo

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertações**. Florianópolis, Laboratório de Ensino a Distância da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/
Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBC/SBH/SBN. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. 2010, 95 (supl.1): 1-51. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.
Acesso em: 19 de maio de 2013.

SOUZA, M. S., **Tratamento da hipertensão arterial**. Revista Banco de Saúde. 2010.
Disponível em:
<<http://www.bancodesaude.com.br/hipertensaoarterial/hipertensao-arterial-referencias>>. Acesso em: 22/11/2012.

STRELEC, M. A. A. M., PIERINI, A. M. G. MION JUNIOR, D. **A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 81, n, 4, março 2003. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>. Acesso em: 28 de julho de 2013.

VIEIRA, J. G. S., **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: editora Fael. 2010.





Temas em
Saúde