



## II CONGRESSO REGIONAL DE SAÚDE COLETIVA

### APRESENTAÇÃO

*Prezados,*

O II Congresso Regional de Saúde Coletiva direcionou-se a estudantes, alunos de pós graduação e profissionais da área da saúde e afins, oriundos de instituições públicas e privadas dos diversos estados do nordeste. Seu alcance territorial e sua importância para qualificação profissional justificaram os esforços, o investimento material e o apoio das agências de fomento. O evento vem se constituindo como um espaço privilegiado para intercâmbio de saberes, experiências e práticas no campo da produção acadêmica, científica e no ofício dos profissionais de saúde e da educação que trabalham na realidade do sul do Piauí.

O evento possui potencial de inovação de processos e serviços, uma vez que pretende-se elaborar uma carta de recomendações que possa auxiliar todos os atores envolvidos no processo de promoção da saúde (gestores, usuários, trabalhadores de saúde, universidades e faculdades) a possibilitar a criação e/ou implantação das Redes de Atenção à Saúde no estado do Piauí.

O Congresso aconteceu na Cidade de Picos–PI, no Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) UFPI, que conta com uma ampla infraestrutura com 2 auditórios equipados e 4 salas com sistema de som e imagem de alto nível, os quais serviram de base para a realização das palestras, minicursos e apresentação de trabalhos científicos.

Profª. Dra. *Ana Roberta Vilarouca*  
Presidente do Congresso



## II CONGRESSO REGIONAL DE SAÚDE COLETIVA

### COMISSÃO ORGANIZADORA e CIENTÍFICA

Ana Karla Sousa de Oliveira  
Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Artemízia Francisca de Sousa  
Danilla Michelle Costa e Silva  
Dayze Djanira Furtado de Galiza  
Edina Araújo Rodrigues Oliveira  
Gerdane Celene Nunes Carvalho  
Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo  
Julianne Viana Freire Portela  
Laura Maria Feitosa Formiga  
Luisa Helena de Oliveira Lima  
Mailson Fontes de Carvalho  
Paula Valentina de Sousa Vera  
Rumão Batista Nunes de Carvalho  
Suyanne Freire de Macêdo  
Valéria Lima de Barros  
Walquírya Maria Pimentel Santos Lopes



## **II CONGRESSO REGIONAL DE SAÚDE COLETIVA**

# **TRABALHOS COMPLETOS**



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA COMUNIDADE QUILOMBOLA CUSTANEIRA-TRONCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Larissa Campos Rodrigues Pinheiro<sup>1</sup>, Andrea Nunes Mendes de Brito<sup>1</sup>, Letícia de Sousa Milanez<sup>1</sup>, Patrícia Ferreira de Sousa Viana<sup>1</sup>, Reyjanne Barros de Carvalho<sup>1</sup>, Vinicius Alexandre de Oliveira<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí

### RESUMO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é uma estratégia de articulação transversal que tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Um dos subsídios da promoção da saúde é a educação em saúde, que pode ser trabalhada em vários campos das ciências em saúde, entre eles o campo da saúde bucal. O presente trabalho relata a experiência de ações de educação em saúde bucal na comunidade quilombola Custaneira-Tronco localizada na zona rural do município de Paquetá, Piauí. Foram realizadas ações promotoras de saúde com intuito de facilitar a autonomia e o autocuidado em relação à saúde bucal, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e aspectos ligados a higiene pessoal. As atividades de promoção de saúde bucal realizadas obtiveram resultados importantes, comprovados pela aceitação e participação dos presentes. Os adolescentes, adultos e idosos participaram de discussões e problematizações em relação a sua saúde por meio de uma roda de conversa. As crianças foram estimuladas através da participação em uma gincana e atividades de pintura, oportunidades onde desenvolveram a percepção da importância de adquirir hábitos de higiene e da importância de uma alimentação mais saudável. A realização de Higiene Bucal Supervisionada (HBS) finalizou a ação como momento pedagógico importante de promoção de saúde e facilitador do autocuidado. Conclui-se que, com a continuidade desta ação e com apoio profissional frequente a autonomia dos indivíduos daquela comunidade deverá ser fortalecida, proporcionando saúde e melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Odontologia comunitária. Saúde Bucal. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País. Essa tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como, modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).



Um dos subsídios da promoção da saúde é a educação que visa ampliar o entendimento sobre saúde. A prática de educação em saúde possibilita um processo no qual a comunidade pode aumentar sua habilidade de resolver seus próprios problemas com competência e intensificar sua própria participação no processo do cuidado, ou seja, é uma prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida (BRASIL, 2007).

Ao processo de trocas de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários, profissionais e gestores de saúde, na qual possibilita a valorização do saber dos sujeitos e visa à prevenção de doenças e a promoção da saúde, entende-se como Educação Popular em Saúde (EPS).

A EPS garante o compartilhamento de informações e conhecimentos entre profissionais de saúde e integrantes da comunidade em geral. E, mais que informações, trata-se de partilhar sentidos: partilhar um contexto comum, uma cultura, uma história, uma experiência, entre outros aspectos relacionado a vida. (SESC/DN, 2007).

A educação em saúde pode ser trabalhada em vários campos das ciências em saúde, entre eles o campo da saúde bucal. Embora o tema da educação em saúde bucal não seja novidade no cenário da saúde nacional, entende-se que este, com o advento do Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente, da Política Nacional de Saúde Bucal esteja sendo trabalhado com mais propriedade, pois antes disso, muitos não tinham acesso a meios e cuidados adequados, nem a informações com qualidade.

No âmbito da atenção à saúde bucal no Brasil, a assistência odontológica é repleta de barreiras que dificultam o seu acesso. Em relação à organização das políticas de saúde bucal no país, durante muitos anos a inserção das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se de maneira paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (ESPOSTI, et al., 2016).

A saúde bucal é um importante aspecto da saúde das pessoas e de seu bem estar. Boa saúde bucal significa melhor convivência social, comunicabilidade, melhores condições de mastigação, que proporcionam prazer na degustação de diversos tipos de alimentos, autoconfiança social, ou seja, qualidade de vida (BRUNO, *et al.*, 2013).

Os agravos relacionados à saúde bucal dos brasileiros representam importante problema de saúde pública devido à sua prevalência e repercussão na população. Estudos sobre a condição de saúde bucal dos brasileiros, com abrangência nacional, ainda são pouco explorados. Destacam-se os levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal da



população brasileira realizados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1986, 1996 (apenas com escolares), 2003 e 2010, estes dois últimos conhecidos como Projeto SB Brasil (NICO, et al., 2016).

De outro lado, a importância da educação e informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas por diversos pesquisadores. O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. (RODRIGUES, et al., 2011).

A saúde bucal, implícita na saúde integral, está relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população. Ela está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a luta pela saúde bucal está, fundamentalmente, ligada à luta pela melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos (PAULETO, PEREIRA, CYRINO, 2004).

A importância da definição de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada.

Diversos autores têm apontado para a necessidade de pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos, minorias e migrantes, dentre outros, a fim de contribuir para o melhor conhecimento sobre a saúde bucal e levantar informações relevantes para o planejamento de serviços de saúde em contextos específicos (RODRIGUES, et al., 2011). **Comentam que as pessoas que vivem na pobreza, não somente são mais vulneráveis em sofrer enfermidades, mas também têm menos acesso aos serviços de saúde, ao não receber tratamentos adequados e oportunos, suas enfermidades se agravam com o tempo. Esta situação se encontra agravada em temas de saúde oral, onde se exige um debate com a bioética como interlocutora para propor sistemas de equidade** (ARANTES *et al.*, 2001).

A política governamental brasileira para a Saúde Bucal compreendeu que se deve “ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico”, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e



trabalhadores a esse tipo de assistência, inclusive com a implantação, pelo setor público, de laboratórios de próteses dentárias de âmbito regional ou municipal. Foi enfatizada a importância de “implementar ações de saúde bucal junto às populações remanescentes de quilombos garantindo atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere suas experiências e valores culturais” (FIGUEIRA *et al.*,2008).

Desta forma, embora a saúde bucal seja uma temática quase exclusiva da odontologia, na EPS é de suma importância desenvolver ações considerando os sujeitos em sua integralidade, garantindo que toda a equipe de saúde esteja preparada para a humanização das relações nos atos de cuidar, receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar (SESC/DN, 2007).

A saúde bucal só poderá se tornar uma realidade para todos quando fizer parte do cotidiano, na escola, em casa e no trabalho. A base para a promoção da saúde está em um melhor aprendizado sobre a relação entre as doenças e suas causas e no real aprendizado de como prevenir e controlar os problemas bucais que mais acometem o ser humano. Para que esse aprendizado possa acontecer, cada indivíduo precisa entender o como e o porquê do que lhe está sendo ensinado, tornando-se, assim, sujeito no processo de ensino-aprendizagem através da vida (CAMPOS; LUZ; CAMPOS FILHO, 2011).

Com base nisso, o presente estudo relata a experiência de ações de educação em saúde bucal realizadas por residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Estadual do Piauí (FACIME/UESPI), na comunidade quilombola de Custaneira-Tronco. A comunidade localiza-se na zona rural do município de Paquetá, Piauí e dispõe de auto definição de sua identidade étnica racial certificada junto à Fundação Cultural Palmares.

## **METODOLOGIA**

A experiência relatada ocorreu durante a visita da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí, ocorrida em março do ano de 2016, à comunidade remanescente do quilombo denominado Custaneira-Tronco. A comunidade é localizada no município de Paquetá do Piauí situado na microrregião de Picos que dista cerca de 309 km da capital Teresina.

No ano de 2014, em dados obtido de pesquisa realizada por Sousa (2015), havia no quilombo 167 pessoas organizadas em 48 unidades familiares. Deste total, 86 homens e 81 mulheres; 18 pessoas idosas, 70 pessoas adultas, 37 pessoas jovens, 08 adolescentes e 34



crianças. Participaram do estudo cerca de 60 idosos, adultos e adolescentes e 15 crianças, de ambos os sexos.

Na presente ação de saúde foram realizadas ações promotoras de saúde, utilizando como principal instrumento a educação popular em saúde, com o intuito de facilitar a autonomia e o autocuidado em relação à saúde bucal, além da adoção de uma alimentação saudável.

Várias atividades educativas foram realizadas pelos residentes, entretanto serão descritas apenas as atividades de interesse deste relato como a “Mesa Odontológica” com a exposição de macro modelos explicativos, a gincana cultural e a Higiene Bucal Supervisionada realizada com as crianças da comunidade.

As pessoas acomodaram-se sentadas em volta de mesa situada no centro do salão comunitário - ambiente socialmente definido como o local onde ocorrem as reuniões e festividades da comunidade. Na “mesa odontológica” estavam expostos materiais odontológicos educativos, como álbum seriado ilustrado, modelos educativos sobre cárie dentária e doença periodontal, além de figuras que demonstravam imagens associadas a bons hábitos de saúde bucal e geral, material gráfico com medidas preventivas e relação de patologias orais e suas manifestações bucais.

O diferencial desta ação consistiu em explorar novas possibilidades, em meio a uma atividade considerada comum, que é a educação em saúde, para comunidades e populações. Ocorre que, duas importantes contribuições foram identificadas durante o processo de planejamento imediatamente anterior à viagem, as quais foram prontamente incorporadas ao roteiro proposto, que foram:

- 1) Durante o repasse de orientações sobre hábitos de higiene bucal, técnica de escovação e uso de fio dental, quando, normalmente, se destaca a importância da adequada e frequente escovação dentária e do uso correto do fio, pôde-se contribuir com a apresentação

de técnicas e de meios alternativos de higiene dental, a exemplo do uso de sacolas plásticas na higiene dental.

- 2) Enquanto eram tratados os principais pontos das patologias bucais mais comuns, houve a preocupação de destinar um tempo especial para tratar de uma patologia comum aquela comunidade, que é a doença falciforme e suas manifestações bucais – tema muito caro aos moradores da região, por se tratar de uma localidade com muitos casamentos consanguíneos.





Destaca-se desta forma, que a atividade foi planejada considerando as características particulares do público alvo, não sendo tratada em nenhum momento como uma replicação de uma atividade de educação em saúde padronizada.

Ao final da atividade foi estimulada a participação popular e instigada a reflexão e discussão dos assuntos abordados, tendo sido entregues escovas dentais para a população e folders sobre hábitos de higiene bucais adequados e medidas preventivas, para todo o público presente: adolescentes, adultos e idosos.

Em um segundo momento, foi realizada uma atividade voltada para as crianças denominada “boca feliz ou boca triste”, onde as crianças foram apresentadas a duas figuras feitas em cartolina: a imagem de uma boca feliz e de uma boca triste. No seguimento da dinâmica as crianças deveriam colar imagens de bombons, doces, alimentos saudáveis e hábitos de higiene adequados e inadequados nos respectivos locais, fazendo reflexões do que seria o correto a ser feito.

Como feito com os adultos, também com as crianças foi a escovação supervisionada. A escovação ocorreu com a presença de todas as crianças da comunidade, presentes no evento, bem como, com seus responsáveis. Segundo o Ministério da Saúde (2004), a higiene bucal supervisionada (HBS) visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo.

Durante a atividade optou-se pelo incentivo a busca da autonomia e pela valorização do autocuidado, em detrimento da valorização excessiva da definição de técnicas “corretas” e “erradas”.

Finalmente, enquanto coloriam cartilhas com mais informações sobre hábitos gerais de higiene, distribuiu-se conjuntos de higiene pessoal, com escovas dentais infantis.

## **RESULTADOS**

As atividades de promoção de saúde bucal realizadas no quilombo de Custaneira-Tronco, obtiveram resultados surpreendentes e usaram como principal instrumento a Educação Popular em Saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde objetiva o apoio e o fortalecimento das ações de promoção de saúde inovadoras e utilizando diferentes linguagens, se adaptando a diferentes contextos culturais. Partindo desse princípio, foram planejadas atividades



estratégicas de promoção de saúde bucal levando em consideração as especificidades do público alvo, como: aspectos culturais, históricos e sociais, faixa etária dos públicos alvo e os serviços de saúde disponíveis, com a seleção de métodos adequados e, principalmente, reforço de informações.

Durante o trabalho desempenhado na “mesa de orientações odontológicas” os populares observaram atentamente o conteúdo explicitado pelo profissional Odontólogo. Os principais assuntos abordados foram a Cárie dentária, a Doença Periodontal, com seus aspectos clínicos, patogenicidade e prevenção, além das principais manifestações bucais

Para essa atividade foram utilizados cartazes com ilustrações, modelos que ilustraram o desenvolvimento da cárie e da doença periodontal, álbuns ilustrados com hábitos saudáveis. Muitas pessoas da comunidade realizaram perguntas acerca dos temas, falaram de seus hábitos de vida, alimentares e de higiene, participaram também ativamente das discussões levantadas, onde criou-se uma roda de conversa sobre Saúde Bucal. Questionamentos como “Posso comer de tudo e não ter cárie?”, e “As bactérias da boca podem me causar outras doenças ?” e relatos de doenças bucais em populares abriram espaço para discussões e problematizações, com vistas ao fortalecimento do autocuidado.

A dinâmica “boca feliz ou boca triste?” realizada na gincana com as crianças, trouxe Educação em Saúde Bucal e tratou de aspectos da alimentação da comunidade além de hábitos de higiene e de promoção da saúde bucal. As crianças presentes no evento participaram dividindo imagens em dois grupos: aquelas que deixam a boca feliz (hábitos saudáveis) e as que deixam a boca triste (hábitos não saudáveis). Destaca-se que, após as respostas o assunto era explicado pelo Dentista e discutido de forma dinâmica e descontraída com as crianças, instigando sua participação.

De modo geral, as ações de educação e promoção de saúde contribuíram para motivar os moradores de diversas faixas etárias, a compreenderem a importância do controle da ingestão de açúcar, da alimentação saudável e incorporação, inclusive, das frutas, verduras e legumes cultivados na comunidade, além da importância e da frequência da escovação.

A higiene bucal supervisionada (HBS) realizada abrangeu a grande maioria das crianças e teve a participação de responsáveis das crianças menores. Com a entrega de escovas dentais, as crianças e responsáveis foram orientados a realizarem uma técnica de



escovação simples e eficaz, além da importância do uso de dentifrício fluoretado e da quantidade de dentifrício a ser utilizado e acordo com a faixa etária. De maneira lúdica e divertida, as crianças foram estimuladas a desenvolver o autocuidado de sua saúde bucal.

Entretanto, consideramos como as grandes inovações desta proposta, a contribuição dada por meio da apresentação de técnicas e de meios alternativos de higiene dental, a exemplo do uso de “fio dental” de sacolas plásticas na higiene dental; e ainda, a exploração do tema “doença falciforme” e suas manifestações bucais – assunto mais que relevante, por se tratar de uma localidade com muitos casamentos consanguíneos.

### **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante o desenvolvimento das atividades em Custaneira-Tronco algumas coisas foram observadas, de um lado, a grande aceitação por parte da comunidade, de ações de saúde dinâmicas e planejadas; de outro, um distanciamento do poder público local.

Pôde-se perceber que o desenvolvimento de ações efetivas de Promoção da saúde pode fortalecer aquela comunidade em relação ao autocuidado, contudo, a comunidade está inserida em uma área sem cobertura pela Estratégia de Saúde da Família.

Assim, torna-se importante salientar que, a educação em saúde, e no presente caso, da saúde bucal deverá ser continuada nesta comunidade, por meio de eventos futuros da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, mas principalmente, por meio de uma aproximação do setor público, por meio da Estratégia de Saúde da Família, que deve assumir a sua responsabilidade pela atenção primária a saúde, deixando à RMSFC, a possibilidade de atuar realizando apoio matricial.

### **REFERÊNCIAS**

ARANTES R, SANTOS R.V, COIMBRA C.E.A. J. Saúde bucal na população indígena xavante de Pimentel Barbosa. **Cad. Saúde Pública**, Mato Grosso, v. 17, n. 2, pg: 375-84; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRUNO, I. F. *et al.* Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, v.1, n. 2, p. 33-39, 2013.

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



CAMPOS, A. A.; LUZ, A. S.; CAMPOS FILHO, H. E. M. **Educação para a saúde bucal.** Fortaleza: Premius, 2011.

ESPOSTI, C.D.D; CAVACA, A.G; COCO, L.S.A; SANTOS- NETO, E.T; OLIVEIRA, A.E. **As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.19-30, 2016.

FIGUEIRA TR, LEITE CG. **Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares.** RGO - Rev Gaúcha Odontol., v. 56, n.1, pg: 27-32, 2008.

NICO, L.S; ANDRADE, S.S.C.A; MALTA, D.C; PUCCA- JUNIOR, G.A; PERES, M.A. **Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, pg:389-398, 2016.

PAULETO, A.R.C; PEREIRA, M.L.T; CYRINO, E.G. **Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, pg:121-130, 2004.

RODRIGUES, S.A; LUCAS, M.G; CERQUEIRA, S.T.S; BRAGA, A.S; VAZ, L.G. **Educação em saúde em comunidades quilombolas.** RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.3, p.445-451, jul./set., 2011.

SESC/DN. **Manual técnico de educação em saúde bucal.** Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.

SOUSA, A. J. **Etnicidade e Territorialidade na comunidade quilombola Custaneira/Tronco, município de Paquetá – PI, Brasil.** Dissertação (Mestrado), 2015.

SOUZA, M.C.A.; *et al.* **Promovendo saúde em crianças de uma escola quilombola na zona rural: relato de experiência.** Rev Bras de Pesq em Saúde, Rio de Janeiro; v. 14, n. 2, pg: 25-30, 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao representante da comunidade Arnaldo de Lima, mais conhecido como Naldinho, pela autorização e receptividade às ações desenvolvidas e à comunidade por ter acolhido a equipe e suas ações. À Secretaria de Saúde do (SESAPI) pelo convite a participar de ação em saúde na comunidade quilombola. E ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí por proporcionar a experiência.



## ALEITAMENTO MATERNO COMO FATOR PREVENTIVO DO DIABETES MELITUS TIPO 1 NA INFÂNCIA

Ana Cláudia da Conceição<sup>1</sup>, Janaynna de Moura Santos<sup>1</sup>, Alexsandra Lopes de França<sup>1</sup>, Ana Paula da Conceição<sup>1</sup>, Ana Paula Soares de Sousa Vieira<sup>1</sup>, Artemizia Francisca de Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

Por um lado verifica-se que o Brasil ocupa o quarto lugar no mundo em número de diabéticos, com 13 milhões de portadores, sendo 1 milhão desses de crianças. Por outro, observa-se indicadores insatisfatórios de aleitamento materno. Encontra-se descrito na literatura a existência de relação entre esse e a prevenção do diabetes *mellitus* tipo 1. Este trabalho objetivou realizar uma revisão integrativa sobre a influência do aleitamento materno como fator preventivo do diabetes *mellitus* tipo 1 em crianças. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2016. Utilizou-se as seguintes bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, e descritores como: diabetes mellitus, diabetes mellitus tipo 1 e aleitamento materno. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos dez anos cuja temática respondesse a pergunta da investigação. A literatura pesquisada demonstra que durante a infância ocorre interação entre funções imunológicas e fatores ambientais, infecciosos e nutricionais, determinando o surgimento do diabetes *mellitus* tipo 1. Segundo investigações, 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças, menores de seis meses de vida, não recebessem leite de vaca. Outros estudos demonstram associação fraca ou inexistente entre doença o curto período de aleitamento materno ou introdução precoce do leite de vaca. Destaca-se que não há consenso no meio científico para esclarecer os eventos/fatores envolvidos na etiologia do diabetes, porém, foi identificado que o aleitamento materno atua com fator preventivo do diabetes mellitus tipo 1, entretanto são necessários mais estudos particularmente, com maior rigor metodológico.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Diabetes mellitus tipo 1. Aleitamento materno.

### INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) está entre as principais causas de morbimortalidade em todas as faixas-etárias. Sua prevalência mundial tem aumentado rapidamente, especialmente entre os países em desenvolvimento (GUARIGUATA et al., 2011). No ano passado, o Brasil era o quarto país do mundo com mais diabéticos, com 13 milhões de portadores. Para cada caso diagnosticado, estima-se que haja um sem diagnóstico. Do total de brasileiros portadores de diabetes, 1 milhão são crianças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Destaca-se, no entanto, que o aumento da prevalência da doença é verificado em todo o mundo. Havia 371 milhões de diabéticos no mundo em 2012. Estima-se



que, em 2030, cerca de 554 milhões de pessoas terão diabetes. Isto equivale a um diabético a cada 10 adultos, significando que, para se chegar a esse número, surgirão três novos casos a cada 10 segundos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2016).

Embora o diabetes *mellitus* tipo 1 seja menos comum que o tipo 2, a sua incidência está aumentando a cada ano, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A prevalência mundial de DM1 é de 0,1% a 0,3%, sendo que 78.000 novos casos aparecem a cada ano, especialmente entre crianças (< 5 anos de idade). Segundo a Federação Internacional do Diabetes, esta doença causou 4,8 milhões de mortes em 2012 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2016). Devido à magnitude do problema e ao seu impacto na saúde pública, a identificação de medidas capazes de prevenir sua ocorrência é de grande interesse. Nesse aspecto, destaca-se o aleitamento materno. A literatura científica aponta o leite humano como um alimento capaz de exercer impacto positivo na saúde por prevenir a manifestação de doenças como o diabetes (AGOSTONI et al., 2009).

No DM1, a destruição autoimune das células beta pancreáticas é transmitida geneticamente. Entretanto, verifica-se que nem todos os indivíduos que possuem o gene desenvolvem a doença. Tal fato sugere a existência de fatores ambientais capazes de controlar sua manifestação. Acredita-se que o uso precoce do leite de vaca, um alimento altamente alergênico (CORREA et al., 2010), e a ausência do aleitamento materno sejam responsáveis pelo desencadeamento do processo autoimune citado anteriormente (PHLIPS et al., 2012). No diabetes tipo 1, praticamente não existe secreção de insulina, uma vez que o pâncreas sofre uma agressão maciça por anticorpos. É, portanto, uma doença autoimune, geneticamente determinada, que pode ser desencadeada por fatores ambientais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Pressupõe-se que a elevação no número de casos de DM1 possam estar relacionados com reduzidos índices de aleitamento materno. Dados mundiais acerca do aleitamento materno ressaltam que o percentual de crianças com menos de 6 meses amamentados de maneira exclusiva varia de um mínimo de 7,7% a um máximo de 60,4%. A duração mediana da amamentação é igualmente variável - de 6,3 a 21,7 meses (OMS, 2016) e de acordo com dados nacionais, verifica-se que, em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida, a maioria dos municípios brasileiros encontra-se em boa situação, com prevalências entre 50% e 89%. Já em relação ao aleitamento materno exclusivo em



menores de seis meses, a maioria tem situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências inferiores a 50% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo os parâmetros da OMS (2016) o indicador aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses do Brasil (41%) é apenas razoável (considera-se bom e muito bom acima de 50% e 90%, respectivamente) e o indicador duração mediana do aleitamento materno (342 dias – 10 meses) é considerado ruim (considera-se bom e muito bom acima de 21 e 23 meses, respectivamente).

Na tentativa de contribuir para a ampliação do conhecimento das ações da saúde e prevenção de agravos crônicos, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa sobre a influência do aleitamento materno como fator preventivo do DM1.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa que se constituiu das seguintes etapas, segundo recomendado por Whittemore (2005): estabelecimento da questão norteadora; seleção dos artigos e critérios de inclusão; extração dos artigos incluídos na revisão; avaliação dos estudos incluídos; interpretações dos resultados, e apresentação da revisão integrativa.

A pergunta norteadora para a elaboração da revisão foi: qual a influência do aleitamento materno na prevenção do DM1?

A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2016 nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, sendo utilizados os seguintes descritores em Ciências e Saúde: diabetes mellitus; diabetes mellitus tipo 1 e aleitamento materno.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção foram: artigos cuja temática respondesse a pergunta da investigação, publicados entre os anos de 2005 a 2016, com texto completo disponível online, nos idiomas português e inglês, cujos resumos descrevessem relação entre o aleitamento materno e o diabetes tipo 1.

Diante dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 9 artigos, incluindo estudos de revisão e originais, além de dados de sites de reconhecido rigor científico, como o da Organização Mundial da Saúde.

## **RESULTADOS**



Borch-Johnsen et al., em 1984, foram os primeiros a apontar que o aleitamento materno parecia ter um efeito protetor contra o DM1, evitando ou retardando o aparecimento dessa doença. A partir de então, as pesquisas se intensificaram e possibilitaram conhecer melhor os mecanismos envolvidos no desenvolvimento do diabetes tipo 1. Propõe-se que a presença, no leite humano, de agentes antimicrobianos, anti-inflamatórios e outras substâncias promovem a maturação do sistema imunológico, exercendo efeito protetor contra o DM1.

O DM1 é uma doença autoimune órgão-específica, que causa a destruição gradual das células  $\beta$  pancreáticas, provocando uma deficiência na produção de insulina levando o paciente a depender de injeções diárias deste hormônio (SILVA; MORY; DAVINI, 2008). Porém, o DM1 também pode ser desencadeado por mecanismos ambientais (ALVES et al., 2007).

Os mecanismos autoimunes são desencadeados por linfócitos T CD4+ e CD8+, linfócitos B e células apresentadoras de antígenos (macrófagos e células dendríticas). Essas, são as primeiras que se infiltram nas ilhotas de Langerhans e provocam a insulite. Ao mesmo tempo, os linfócitos T CD8+ destroem as células  $\beta$  por citólise, ao induzirem a apoptose celular (SESTERHEIM; SAITOVITCH; STAUB, 2007).

Acredita-se que durante a infância, ocorre a interação entre funções imunológicas e os fatores ambientais, infecciosos e nutricionais. O sistema imunológico do recém-nascido é imaturo e não pode defender-se da invasão de micro-organismos, além disso pode desencadear uma resposta exarcebada à proteínas heterólogas. Pode-se inferir que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos seis meses) é considerada uma importante determinante na prevenção do Diabetes Mellitus tipo 1, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças, menores de seis meses de vida, não recebessem leite de vaca (BRASIL, 2009).

Em um estudo realizado no Brasil por Leal et al., (2011) com 33 pacientes, verificou-se que houve associação entre o desmame precoce e a presença de diabetes, sendo que 30,6% da amostra foi amamentada por um período inferior a um mês de vida.

Em meta-análise recente, compreendendo 43 estudos (dois coortes e 41 casos-controle), compreendendo uma amostra total de 9.874 pacientes com DM1, observou-se que o aleitamento materno exclusivo, por um período superior a duas semanas, foi capaz de reduzir em 15% o risco de desenvolvimento da doença. No entanto, verificou-se que a amamentação (exclusiva ou não) realizada por mais de três meses, apresentou pouca





redução de risco de DM1. É possível que essa diferença possa ter ocorrido em função da acurácia das informações fornecidas pelas mães e obtidas por recordatórios, e do início do aleitamento comparado às fases posteriores. Considera-se a dificuldade de memória em relação à prática alimentar no início da vida como um importante fator de viés que pode afetar os resultados das investigações (CARDWELL, 2012).

De forma semelhante outra meta-análise (27 estudos de caso-controle e um coorte) mostram sete estudos indicando que a realização do aleitamento materno por um curto período ou a sua falta pode ser um dos principais fatores de risco para o DM1. Os resultados de outras cinco pesquisas também indicaram que, em comparação com crianças saudáveis, as diabéticas não foram amamentadas, ou o foram por um curto período de tempo. Além disso, em cinco estudos, constatou-se um aumento do risco de DM1 em associação à introdução precoce de leite de vaca e de outros substitutos do leite humano. Entretanto, em outros cinco verificou-se associação fraca ou nenhuma associação da doença e o curto período de aleitamento ou introdução precoce do leite de vaca. Em um estudo foi observada associação inversa entre aleitamento e o risco de DM1. (PATELAROU, 2012).

É importante ressaltar que, em todas as meta-análises citadas, os autores colocam que a fraca associação algumas vezes encontrada entre aleitamento e DM1 pode refletir a existência de problemas metodológicos relacionados à fidedignidade dos dados analisados nos estudos. A falta de informações ou detalhamento sobre a duração do aleitamento materno, se o mesmo foi exclusivo ou não, o uso de fórmulas infantis e de leite de vaca, bem como a idade de introdução de alimentos complementares.

Levando em consideração a importância da amamentação na promoção da saúde humana e prevenção de agravos crônicos, à exemplo do DM1, destaca-se que os profissionais de saúde devem assumir o papel de responsáveis pela incentivo e promoção do aleitamento materno, deixando de considerá-lo apenas em seu enfoque nutricional. Devem-se visualizar as gestantes/nutrizes com suas dificuldades reais, sejam elas culturais ou imaginárias, e seus desejos e expectativas (BOSI, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, apesar de ser considerado um ato natural, a amamentação também é um comportamento aprendido. Todas as mães podem amamentar desde que tenham informações precisas e apoio dentro de suas famílias, comunidades e do sistema de saúde. Elas também devem ter acesso a auxílio qualificado de profissionais de saúde treinados, especializados, para aumentar a sua confiança da mãe



e prevenir ou resolver problemas da amamentação. O profissional também precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A amamentação, como um processo alimentar que oferta alimento completo para o bebê, constitui-se num fenômeno complexo, no qual estão envolvidos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estando intimamente associado à cultura. Assim, torna-se imperativo ao nutricionista atuar numa visão holística, ou seja, considerando toda a complexidade que envolve a prática da amamentação. Devendo assim os profissionais de saúde adentrar nas dimensões simbólicas e culturais envolvidas no processo de amamentação, que por sua vez irão refletir em maior adesão ao aleitamento materno exclusivo e proteção contra diversas doenças crônicas não transmissíveis, incluindo do diabetes tipo 1.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de ainda não ser consenso no meio científico, a análise das publicações incluídas na presente revisão bibliográfica permite supor que o aleitamento materno atue como fator preventivo do diabetes melitus tipo 1, apresentando-se como um elemento de grande relevância por se constituir no fator modificável e assim, apresenta potencial de agente redutor da incidência de novos casos da doença .

Destaca-se que os eventos/fatores envolvidos no início da resposta imunológica contra as células beta não estão ainda bem esclarecidos, necessitando de mais estudos para determinar a real interação entre o aleitamento materno (incluído o tipo e a duração) e o diabetes tipo 1. É necessário o desenvolvimento de investigações longitudinais bem delineadas, com critérios mais claros de seleção dos participantes, visando reduzir as variáveis que podem interferir nos resultados. O desdobramento de tais conhecimentos poderão evitar manifestação da doença em indivíduos geneticamente predispostos.

### **REFERÊNCIAS**

AGOSTONI, C.; BRAEGGER, C.; DECSI, T.; KOLACEK, S.; KOLETZKO, B. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.** 2009.



- ALVES, C. et al Controvérsias na associação entre diabetes mellitus tipo 1 e asma. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 51, 2007.
- BORCH- JOHNSEN, K.; JONER, G.; MANDRUPPOULSEN, T. ; CHRISTY, M.; ZACHAUCHRISTIANSEN, B.; KASTRUP, K.; NERUP, T. J. Relation between breast-feeding and incidence of insulin-dependent diabetes mellitus – A Hypothesis. **Lancet**, v. 2, 1984.
- BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Especiais – Escola de Saúde Pública do Ceará.** 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- CARDWELL, C. R.; STENE, L. C.; LUDVIGSSON, J.; ROSENBAUER, J.; CINEK, O.; SVENSSON, J. et al. Breast-feeding and childhood-onset type 1 diabetes: a pooled analysis of individual participant data from 43 observational studies. **Diabetes Care.** 2012.
- CORREA, F. F.; VIEIRA, M. C.; YAMAMOTO, D. R.; SPERIDIÃO, P. G.; MORAIS, M. B. Open challenge for the diagnosis of cow's milk protein allergy. **J Pediatr (Rio J).** 2010.
- GUARIGUATA, L.; WHITING, D.; WEIL, C.; UNWIN, N. The International Diabetes Federation Diabetes Atlas Methodology for Estimating Global and National Prevalence of Diabetes in Adults. **Diabetes Res Clin Pract.** 2011.
- LEAL, D. T.; FIALHO, F. A.; DIAS, I. M.; NASCIMENTO, L.; ARRUDA, W. C. The profile of people with Type 1 Diabetes considering their history of breast feeding. **Esc Anna Nery.** 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília. 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).** Brasília; 2009.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas.** Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>. Acesso: 07 de março de 2016.
- PATELAROU, E.; GIRVALAKI, C.; BROKALAKI, H.; PATELAROU, A.; ANDROULAKI, Z.; VARDAVAS, C. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. **Nutr Rev.** 2012.
- PHILIPS, J. C.; RADERMECKER, R. P. Type 1 diabetes: from genetic predisposition to hypothetical environmental triggers. **Rev Med Liege.** 2012.
- SESTERHEIM, P.; SAITOVITCH, D.; STAUB, H. L. Diabetes Mellitus tipo 1: multifatores que conferem suscetibilidade à patogénia auto-imune. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, 2007.
- SILVA, M. E. R.; MORY, D.; DAVINI, E. Marcadores genéticos e auto-ímmunes do diabetes melito tipo 1: da teoria para a prática. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 52, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DAIBETES. Disponível: <http://www.diabetes.org.br/diabetes-na-imprensa/902-diabetes-ja-atinge-um-milhao-de-criancas-no-brasil>. Acesso em: 16 de março de 2016.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.** 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and young child feeding: **A tool for assessing national practices, policies and programmes** [Internet]. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562544/en/index.html> Acesso em: 18 de março de 2016.



## ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

*Hiugo Santos do Vale<sup>1</sup>, Maurilo de Sousa Franco<sup>1</sup>, Ana Paula de Brito<sup>1</sup>, Mariana Rodrigues da Rocha<sup>1</sup>, Artemizia Francisca de Sousa<sup>1</sup>, Danilla Michelle Costa e Silva<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

O aleitamento materno é a prática mais segura e eficaz para o desenvolvimento adequado das crianças, por fornecer todos os nutrientes e substâncias de defesa necessárias. Reduz drasticamente os índices de mortalidade infantil, por isso a importância de sua propagação. O presente estudo trata-se de uma revisão de natureza qualitativa sobre a assistência multiprofissional na promoção do aleitamento materno. A coleta de dados foi realizada em março de 2016, a partir da seleção dos artigos usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): equipe de assistência ao paciente, promoção da saúde e aleitamento materno e cruzando-os com a expressão “and” junto a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A promoção do aleitamento materno, segundo os estudos analisados, constitui-se como um desafio para os profissionais de saúde, que apesar de deterem o conhecimento teórico sobre o assunto, apresentam dificuldades no manejo das correções da técnica, e não fornecem o suporte necessário às mães antes e durante o processo de amamentação. As pesquisas sugerem e apontam o trabalho multidisciplinar, com a partilha de conhecimentos e experiências entre os profissionais, melhorando dessa forma o atendimento, que deve ser feito considerando todas as particularidades e a singularidade da mulher.

**Palavras-chave:** Equipe de assistência ao paciente. Promoção da saúde e aleitamento materno

### INTRODUÇÃO

O leite materno além de constituir-se como o alimento mais completo para a criança, atua como agente imunizador devido à presença de anticorpos maternos, ausência de fatores alergênicos e de substâncias que conferem melhor digestibilidade, sendo o AME um importante indicador de saúde infantil. (FREITAS, 2014) O aleitamento materno (AM) é a estratégia natural de vínculo, dedicação, proteção e nutrição para o bebê e constitui a mais afetuosa, econômica e dinâmica intervenção para a redução da morbimortalidade infantil, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos primeiros seis meses de forma exclusiva e sua complementação até os dois anos ou mais (MATIAS, 2013).

Em relação à saúde da criança, a amamentação é necessária devido aos seus inúmeros benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos, econômico-sociais e de



contribuição para o desenvolvimento, além das contribuições à saúde materna. Infelizmente, é perceptível o desmame precoce pelas nutrizes brasileiras, mas, com o objetivo de promover a saúde materno-infantil nos últimos anos, aumentou-se o estímulo ao aleitamento materno por parte de profissionais, serviços de saúde e órgãos governamentais (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

No entanto, percebe-se claramente ao longo dos anos uma mudança no processo de amamentação, em virtude da descoberta e propagação de fontes alternativas ao leite humano. E o preço pago por essa quebra de paradigma é muito alto, uma vez que o leite materno, além de reduzir o número de infecções, e conseqüentemente, de mortes infantis, aumenta o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, possibilitando uma melhor qualidade de vida futura, entre outras vantagens. Por tais motivos, que evidenciam a superioridade do leite materno em relação aos leites de outras espécies, é que se criaram medidas de proteção legal do aleitamento materno, com o objetivo de minimizar o marketing abusivo e a pressão das indústrias, e garantir a segurança alimentar com um direito de todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) afirmam que a adoção de rotinas hospitalares inadequadas com procedimentos que impedem a aproximação entre mãe e filho no puerpério imediato constitui-se como um dos fatores mais relevantes para o declínio da amamentação, além de favorecer o uso de chupetas, mamadeiras e formulas lácteas nas praticas hospitalares. Assim, destaca-se que o ato de amamentar, apesar de ser biológico e natural, na espécie humana não é espontâneo e seu sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos, do compromisso e do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno, este, muitas vezes, representa um desafio para as famílias e os profissionais de saúde (FUGIMORI, 2012).

Destarte, considerando que o aleitamento materno ainda constitui-se como um desafio para a saúde e que necessita de um engajamento de todos os profissionais dessa área, objetivou-se neste trabalho analisar as evidências científicas publicadas acerca da efetividade da assistência multiprofissional nos serviços de saúde e as lacunas existentes no processo de promoção do aleitamento materno, através de uma revisão da literatura



A partir da temática em estudo, o mesmo se torna relevante na medida em que busca disseminar conhecimento e apontar as eventuais fragilidades na assistência multiprofissional para promoção do aleitamento materno.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a assistência multiprofissional na promoção do aleitamento materno, na qual se busca a síntese do conhecimento sobre essa temática, visando apontar as lacunas que podem ser preenchidas com novos estudos.

Este trabalho foi desenvolvido a partir da seguinte questão norteadora: quais os conhecimentos científicos desenvolvidos sobre a assistência multiprofissional na promoção do aleitamento materno?

A partir da busca, foram identificados artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDEF, durante o mês de março de 2016, utilizando os seguintes descritores em ciências da saúde, junto ao operador booleano “*and*”: equipe de assistência ao paciente *and* promoção da saúde *and* aleitamento materno.

Os estudos presentes nesta revisão obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: artigos que tivessem elo com o tema, disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos cinco anos. Apesar do corte temporal, alguns estudos, publicados nos anos 2007, 2008 e 2009, foram incluídos na amostra, por retratar a temática, e pelo fato de terem poucas pesquisas relacionadas ao assunto.

Após a filtragem mediante os critérios acima, encontrou-se um número de 28 artigos nas duas bases de dados. Posteriormente analisaram-se os artigos por meio da reunião dos aspectos mais relevantes que tivessem ligação com o tema abordado.

## **RESULTADOS**

Após a utilização dos descritores mencionados anteriormente, foram encontrados 466 artigos, contudo, após a análise criteriosa e da submissão aos critérios de inclusão dos mesmos, restaram um total de 13 trabalhos para o estudo. Observou-se que os estudos analisados mostram os diversos benefícios que o aleitamento materno proporciona tanto para as crianças como para as mães, evidencia o desafio que é, para as famílias e profissionais, propagar essa prática ainda desvalorizada por muitos, e ressalta a



necessidade de uma integração das equipes de saúde entre si, para alcançarem as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde, entre outros órgãos empenhados nessa luta de promoção, apoio e incentivo a amamentação.

As evidências científicas reforçam a importância da amamentação para a saúde da mulher e da criança, entretanto, para que o binômio mãe-filho possa usufruir de todas as vantagens provenientes do ato de amamentar, é necessário que as informações e orientações sejam adequadamente transmitidas ainda durante a gestação pelos profissionais de saúde. As consultas de pré-natal são oportunidades potenciais para o incentivo do aleitamento (FUJIMORI, 2012).

Apesar de os benefícios oriundos da amamentação serem amplamente difundidos, essa prática ainda não ocorre da forma preconizada, ocorrendo sua interrupção precocemente. São vários os fatores que interferem no desenvolvimento efetivo do aleitamento materno, entre eles, o retorno precoce das nutrizes ao trabalho, a presença de crenças, valores culturais e mitos que acabam por influenciar negativamente nesse processo (PARIZZOTO; ZORZI, 2008).

A grande maioria das dificuldades que levam à interrupção da amamentação podem ser preveníveis e superadas facilmente, por meio do manejo adequado, suporte emocional, ações de promoção e apoio à nutriz, sendo que os serviços de saúde devem realizar o acompanhamento das mães ao longo de todo esse processo, desde a gestação durante as consultas de pré-natal até o puerpério. Quando a mãe é atendida e acolhida por profissionais preparados para identificar junto à mulher suas necessidades e resolutividade, dificilmente deixará de amamentar (FUJIMORI, 2012).

Apesar de todos os esforços de instituições nacionais e internacionais para propagar e incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, todos os estudos analisados apontaram fragilidades na promoção desta prática, e inclusive a insatisfação das mães em relação ao apoio e orientação dos profissionais de saúde.

O apoio ao aleitamento materno constitui uma importante prática dos profissionais de saúde para o manejo clínico da amamentação, e favorece o estabelecimento de confiança da nutriz quanto às suas ações e orientação em prol do aleitamento. Nesse sentido, quando o profissional sana as dúvidas e dificuldades, quando requer à nutriz para simular a técnica de amamentar, quando conversa a respeito da importância e vantagens da amamentação, ele adquire a confiança da nutriz e contribui para a sua confiança e autoestima em relação à prática da amamentação (AZEVEDO, 2015).



Caldeira et al., (2007) afirmam que a maioria dos profissionais de saúde detêm o conhecimento teórico satisfatório sobre as vantagens da amamentação, no entanto falham em dar suporte adequado às mães em assuntos mais complexos relacionados a correção da técnica e o manejo adequado da amamentação.

Os atos de estímulo, promoção e apoio ao aleitamento materno devem ocorrer no conjunto das ações dos profissionais, durante todo o processo gravídico e pós-gravídico, assim como nas imunizações, teste do pezinho e retorno para a consulta de puerpério. É fundamental que a equipe de saúde faça o papel de acolhimento de mães e bebês, estejam disponíveis para escuta e para o esclarecimento de dúvidas e aflições, incentive a troca de experiências e entenda que cada caso apresenta-se como singular, e como tal precisa ser atendido de acordo com suas particularidades (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Os estudos ainda evidenciam que a prevalência da amamentação ocorre em padrões inferiores aos preconizados, e aponta a Equipe de Saúde da Família (ESF) como potencial estratégia para melhorar o percentual de aleitamento no Brasil, por meio da atuação de todos os profissionais envolvidos.

A atenção básica apresenta potencialidade diferenciada no incentivo ao aleitamento, bem como na identificação e intervenção precoce sobre riscos e dificuldades ao longo da mesma. Circunscrita nesse âmbito está a Estratégia de Saúde da Família, modelo de atenção em saúde que tem como diferencial a promoção em saúde desenvolvida por uma equipe multiprofissional, com ênfase na autonomia dos sujeitos, no planejamento participativo e na parceria entre setores (WERNET, 2014).

Essa estratégia possui como característica o caráter interdisciplinar e multiprofissional, que está baseada na atuação de uma equipe, responsável pela atenção integral e contínua da população (FUGIMORI, 2012). Apresenta como um de seus principais objetivos, a redução da morbimortalidade em todas as fases da infância e promover a assistência ao recém-nascido (SILVEIRA, 2009).

Estudos sugerem o envolvimento de uma equipe multidisciplinar na implantação de um apoio mais efetivo ao aleitamento materno, pois uma intervenção que envolva vários profissionais pode ser mais eficaz do que uma abordagem especialista. As relações entre os diversos profissionais da saúde podem ser um fator importante no sucesso de intervenções positivas na promoção do aleitamento materno. Profissionais de saúde podem sentir-se





mais capacitados se conhecimentos e experiências forem partilhados dentro e entre as equipes (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

De acordo com Barclay et al., (2012) e Brow et al., (2011) um elemento importante a ser considerado é que, embora o profissional cumpra um papel importante no estímulo inicial ao aleitamento, essa não é uma influência única, pois o papel da família e dos amigos pode ser maior. Caminha et al. relatam que é importante o profissional de saúde considerar a “bagagem cultural” da mãe como uma influência na decisão de amamentar. Não obstante, o profissional deve se dispor a transmitir seus conhecimentos com a família e formar uma rede social que oferece apoio e suporte à nutriz para superar os obstáculos.

O trabalho em equipe, o aprimoramento individual em destrezas múltiplas no contexto interdisciplinar e a colaboração entre profissionais são essenciais para a fluidez do serviço de saúde. Atualmente, as equipes estão conquistando espaços nas organizações de serviço graças à forma eficiente de estruturação organizacional e de aproveitamento das habilidades humanas. Uma visão mais global e coletiva do trabalho torna-se necessária para um melhor aproveitamento das qualidades dos profissionais em relação à saúde materno-infantil (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Assim, a ESF permite, por suas características, a realização de intervenções integradas, por meio da atuação em diversos momentos, envolvendo não somente a mãe, mas também o parceiro, a família, e até a comunidade pode ser mobilizada para a propagação dessa prática.

A literatura científica aponta prevalência de profissionais com bom nível de conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno e conhecimentos gerais acerca do assunto, mas na técnica, manejo e direitos trabalhistas das lactantes, esse ainda permanece insipiente. Os profissionais de nível superior apresentaram melhor desempenho. Alguns estudos colocam a necessidade da realização de capacitações (CALDEIRA, 2007).

Instituições de saúde nacionais, como a OMS, e internacionais, preconizam que todas as crianças necessitam ser amamentadas exclusivamente com leite materno desde seu nascimento até os seis meses de idade, e passado esse período deve continuar sendo amamentada no peito, com a complementação de outros alimentos até os dois anos de idade. A prática do aleitamento, além de outros benefícios, promove o vínculo, afeto,



proteção e nutrição para a criança, sendo fundamental para seu desenvolvimento (WERNET, 2014).

Todavia, apesar dos inegáveis benefícios da prática do aleitamento materno, tanto para o bebê, como para a criança, percebe-se uma dificuldade na propagação da mesma, por parte dos profissionais de saúde, que precisam estar capacitados para atender todas as necessidades da mulher no processo de gravidez e puerpério.

Assim, durante o pré-natal, os serviços de saúde têm a oportunidade de trabalhar adequadamente os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, contribuindo para a promoção de uma gestação mais saudável. Não obstante, a escuta qualificada somente poderá ser incorporada efetivamente quando os profissionais deixarem de ser diminuídos às suas competências técnicas e os usuários, a passivos objetos de intervenção. O processo gestacional é um período de diversas mudanças na mulher, sendo considerada complexa, por isso a importância de uma equipe multiprofissional, com ação interdisciplinar. A articulação dos diferentes saberes em uma equipe de saúde amplia as possibilidades de respostas e favorece o cuidado integral das gestantes (MATIAS, 2013).

Fujimori (2012) mostra que para o apoio ao aleitamento ocorrer de forma mais efetiva, não basta apenas os aspectos teóricos e práticos serem reforçados nos cursos de capacitação, os profissionais também precisam ser treinados em relação à abordagem que utilizam no sentido de transmitir confiança às mães, de ouvi-las e procurar compreendê-las.

Quando os profissionais de saúde apresentam-se confiantes em suas próprias habilidades para incentivar e orientar as mulheres que amamentam, tornam-se mais tendentes a promover positivamente o aleitamento materno e oferecer apoio às mães. A assistência ao aleitamento materno pode ser realizada por uma variedade de atores, constituindo um universo multiprofissional, capacitados para trabalhar conjuntamente para a promoção da amamentação (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

A omissão da prática do aleitamento materno pode ocorrer sucessivamente: pelos empecilhos colocados pela mãe para amamentar seu filho; pela falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para orientar estas mães; pelo envolvimento e publicidade exagerada das indústrias de leites artificiais; pela expressiva entrada das mulheres no mercado de trabalho; pela não implementação de políticas condizentes com a realidade e peculiaridade de cada localidade (BEZERRA et al., 2007).



Fujimori, (2012) observa que rotineiramente dentro dos serviços de saúde ocorre o trabalho desconexo, separado, dos profissionais, cada um desenvolve sua função de forma isolada e sem interagir com a equipe de saúde. A falta de uma abordagem comum, coordenação e cooperação entre os profissionais é um problema constante e persistente que impedem a confiança das mulheres em relação à amamentação. A ausência de orientação materna adequada, como um fator de colaboração para a diminuição da duração do aleitamento materno, é uma questão agravante principalmente para adolescentes e mães de primíparas que pretendem amamentar, menos propensas a iniciar ou sustentar a amamentação.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar dos fatores que limitaram a construção deste estudo de revisão, pelo fato de existirem poucas publicações a respeito da temática em questão, as análises realizadas permitiram perceber a necessidade da construção de alianças entre os profissionais de saúde, com o intuito de alcançar os objetivos propostos pelas organizações e instituições nacionais e internacionais de saúde, em relação a promoção do aleitamento materno.

Os estudos evidenciaram a necessidade de haver uma maior articulação intersetorial e multiprofissional, cada um cumprindo os papéis inerentes à sua categoria profissional, sendo fundamental que haja uma organização da assistência, em que todos estejam engajados no propósito de promover o aleitamento materno, orientando as mães e as famílias desde o pré-natal até o período puerperal, garantindo assim a decisão da mãe pelo início e continuidade da amamentação.

Evidencia-se também a necessidade da realização de capacitações, para os profissionais envolvidos no acompanhamento das gestantes e puérperas, no sentido de prepará-los para o aconselhamento, detecção de problemas que possam interferir no processo de amamentação, e para a resolução destes, reduzindo assim, as taxas de desmame precoce, e as inúmeras dúvidas das mães, relacionadas à amamentação.

As pesquisas mostraram a relevância das capacitações, pois os profissionais não se sentem preparados para atender às necessidades das mães, principalmente na realização e/ou demonstração do manejo de técnicas adequadas para a amamentação, como pega e posicionamentos adequados.



A partir deste estudo percebe-se a necessidade da realização de mais pesquisas relacionadas ao tema, visto que ainda existem poucas investigações acerca da multidisciplinaridade na promoção do aleitamento materno. Essas pesquisas são relevantes, pois proporcionam conhecimento para as famílias e os profissionais envolvidos na atenção à saúde, contribuindo para a promoção e a melhoria da qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.M.; LUZ, S.A.B.; UED, F.V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, Uberaba, v. 33, n.3, 2015.
- AZEVEDO, A.R.R.; ALVES, V.H.; SOUZA, R.M.P. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Niterói, v.19, n.3, 2015.
- BARCLAY, L.; LONGMAN, J.; SCHMIED, V. et al. **The professionalising of breast feeding—where are we a decade on**. *Midwifery*, v.28, n.3, 2012.
- BEZERRA, L.C.A.; FRIAS, P.G.; VIDAL, S.A. et al. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Recife, v.12, n.5, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília, 1ªed., 2014.
- BROW, A.; RAYNOR, P.; LEE, M. **Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study**. *Journal Advanced Nursing*, v.67, n.9, 2011.
- CAMINHA, M.F.; SERVA, V.B.; ANJOS, M.M. et al. Exclusive breastfeeding among professionals in a family healthcare program. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.4, 2011.
- CALDEIRA, A.P.; AGUIAR, G.N.; MAGALHÃES, W.A.C. **Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, v.16, n.4, 2007.
- FREITAS, L.J.Q.; MELO, N.C.C.C.; VALENTE, M.M.Q.P. et al. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2014.
- FUJIMORI, M. Aleitamento materno: saberes e práticas na atenção básica à saúde em dois municípios do sudoeste mato-grossense. **Dissertação de mestrado**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.
- MATIAS, D.M.G.; BEZERRA, I.M.P. Programa bebê saudável: compreendendo o processo de trabalho interdisciplinar na implementação das ações educativas. **Revista da Faculdade de Medicina**, Ribeirão Preto, v.46, n.3, 2013.
- PARIZZOTO J.; ZORZI, N.T. **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo**. *O Mundo da Saúde*, Rio Grande do Sul, v.6, n.2, 2008.
- WERNET, M.; FABBRO, M.R.C.; MOURA, K.R. Percepção da equipe de saúde da família sobre o apoio ao aleitamento materno. **Revista Rene**, Brasília, v.15, n.4, 2014.



## CONDUTAS DE PROMOÇÃO À AMAMENTAÇÃO POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

*Antonia Charliene da Silva Pereira<sup>1</sup>, Maria Taiany Gomes Cavalcante<sup>1</sup>, Hiugo Santos do Vale<sup>1</sup>, Maurilo de Sousa Franco<sup>1</sup>, Artemízia Francisca de Sousa<sup>1</sup>, Danilla Michelle Costa e Silva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

**Introdução:** O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais, consiste em uma das estratégias mais efetivas na redução dos índices de mortalidade infantil. Apesar do consenso sobre a importância da amamentação, o desmame precoce é uma realidade frequente e, para revertê-la, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume um papel de destaque, conciliando os conhecimentos científicos vigentes à sua realidade de trabalho. **Objetivo:** avaliar as condutas de Agentes Comunitários de Saúde relacionadas com a promoção do aleitamento materno no município de Picos-PI. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa direcionada aos ACS do Município de Picos-PI, realizada nas Unidades Básicas de Saúde, por meio da aplicação de um questionário aos que concordaram em participar. **Resultados:** Dos 123 ACS que responderam ao questionário, todos realizam visitas domiciliares às puérperas que já receberam alta e as orientam sobre amamentação, 77,7% as realizam com até 7 dias após o nascimento do bebê, 89,4% verificam a mamada, 94,3% ensinam como prevenir ou tratar fissuras, 82,1% falam dos seus direitos trabalhistas e 85,4% ensinam como realizar a ordenha do leite. Dentre as questões abertas, a que se referia aos aspectos para uma boa amamentação 74,8% e as sugestões para mães com seios ingurgitados ou com fissuras no bico 91,9% obtiveram respostas insatisfatórias. **Conclusão:** Embora esses profissionais relatem realizarem visitas domiciliares e orientações as mães, estes apresentam conhecimento insatisfatório sobre aleitamento materno e tratamento de intercorrências, necessitando de um treinamento adequado e voltado para sua realidade.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Condutas. Agentes Comunitários de Saúde

ÁREA DE CLASSIFICAÇÃO: Saúde da Criança e do Adolescente

### INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até os dois anos ou mais assegura diversos benefícios para a saúde do binômio mãe-filho, sendo uma das estratégias mais eficazes na redução dos índices de mortalidade infantil no mundo (HORTA et al., 2007). Segundo Campos et al. (2015) o leite materno é a única fonte de nutrientes que uma criança com idade igual ou inferior a seis meses necessita para assegurar o seu crescimento e desenvolvimento sadio, suprimindo completamente as suas necessidades nutricionais e imunológicas.



No entanto, apesar do consenso sobre a importância da amamentação, o desmame precoce é uma realidade bastante frequente e os índices de aleitamento materno observados no Brasil não correspondem às recomendações, bem como se observa na prática clínica a transmissão de orientações repassadas de maneira superficial, utilizadas de forma insatisfatória e, conseqüentemente, desprezadas facilmente, por meio de justificativas errôneas e frágeis ou, até mesmo, pelo fato da recusa ao ato de amamentar (CALDEIRA et al., 2007; GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

Além disso, Sousa e Costa (2013), ao realizarem revisão sistemática das publicações científicas referentes às ações de incentivo e apoio à amamentação no período pós-natal, no Brasil, observaram um número limitado de relatos de estratégias implantadas antes do estado puerperal para apoiar a amamentação após esse período, mesmo cientes da repercussão positiva de intervenções desta natureza. Assim, os mesmos ressaltam a relevância do envolvimento do trabalho das Equipes de Saúde da Família, com o intuito de superar o desafio da lacuna existente entre a alta hospitalar e o domicílio, ao viabilizarem ações para o pleno estabelecimento e duração mais elevada do aleitamento, assegurando melhor a qualidade à saúde materno-infantil.

Para a consolidação das políticas de promoção da amamentação é necessário a participação de profissionais que atuem de maneira mais próxima à comunidade, conciliando o conhecimento científico vigente à cultura e costumes desta. Nesse contexto, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde, que deve, dentre suas atribuições, realizar, pelo menos, uma visita domiciliar por mês a cada uma das famílias cadastradas no território que compreende a sua área de atuação, priorizando os grupos mais vulneráveis, tais como gestantes e nutrizes, orientando-as sobre a relevância do aleitamento materno exclusivo (BINDA; BIANCO; SOUSA, 2013; BRASIL, 2010; MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Durante a visita domiciliar, o Agente Comunitário de Saúde constrói um vínculo de confiança e amizade, o que contribui para que as orientações que serão transmitidas repercutam de forma positiva nas condutas de saúde da população (LARA; BRITO; RESENDE, 2012). No entanto, é necessário destacar que, para que se obtenha o êxito almejado durante a visita domiciliar no pós-natal, é necessário que este profissional esteja habilitado a fornecer informação técnica adequada, bem como suporte físico e emocional à nutriz (SOUSA; COSTA, 2013).



Dessa forma, objetivou-se, com o desenvolvimento deste estudo, avaliar as condutas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relacionadas com a promoção do aleitamento materno no município de Picos-PI.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, cuja população-alvo foi constituída pelos 180 agentes comunitários de saúde de ambos os gêneros, masculino e feminino, integrantes das 30 Equipes de Saúde da Família do município de Picos-PI, tanto da zona urbana quanto da zona rural.

O estudo teve como único critério de inclusão o exercício de atividades profissionais pelo prazo mínimo de 6 meses e como critérios de exclusão: gozo de férias, licença para tratamento de saúde ou outros afastamentos durante o período de coleta dos dados.

No nível primário de atenção, o município conta com 36 Unidades Básicas de Saúde, 30 Equipes de Saúde da Família, 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 180 Agentes Comunitários de Saúde, sendo 130 na zona urbana e 50 na rural, fazendo a cobertura de todas as Unidades Básicas de Saúde no período de coleta de dados, iniciado em 2014 (BRASIL, 2013)

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde às quais os Agentes Comunitários de Saúde eram vinculados, obtendo-se ao fim do estudo a participação de 123 ACS.

O protocolo de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, seguindo-se com as diretrizes éticas estabelecidas na Resolução N° 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), Parecer N° 865.583 de 26/10/2014.

Inicialmente, foram agendadas reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde, em cada Unidade Básica. Nesse momento, foram apresentados os objetivos e procedimentos do presente projeto, solicitando àqueles que aceitassem participar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os Agentes Comunitários de Saúde que aceitaram participar da pesquisa receberam um questionário com perguntas abertas e fechadas referentes ao seu perfil socioeconômico e profissional, e às suas condutas relacionadas com a promoção do aleitamento, as quais deveriam ser realizadas nas visitas domiciliares. O instrumento de coleta de dados utilizado foi elaborado a partir de questionários desenvolvidos por Beker (2001) e Silveira (2009) em



seus estudos. Considerando-se as questões fechadas, para a avaliação das condutas dos ACS relacionadas com a promoção do aleitamento realizadas nas visitas domiciliares, utilizou-se os seguintes critérios de classificação:

**Tabela 01-** Avaliação das condutas relacionadas com a promoção do aleitamento.

Percentual de acertos nas questões	Classificação
> 70%	Bom
50 a 70%	Regular
< 50%	Insuficiente

Fonte: Silveira, 2009.

As questões abertas versavam sobre aspectos importantes a serem verificados na mamada para uma boa amamentação, além de sugestões que os ACS deveriam fazer às mães que apresentassem seios ingurgitados ou com fissuras no mamilo (bico). Para análise destas questões, elaborou-se parâmetros a partir da literatura atual, classificando-se as respostas com os conceitos satisfatório (S), parcialmente satisfatório (PS), e insatisfatório (I), atribuídos conforme aferição da frequência de cada conceito. Ao mesmo tempo, estas questões foram analisadas no aspecto qualitativo, buscando-se a interpretação dos conhecimentos relacionados aos temas estudados.

A fim de minimizar o possível constrangimento por parte dos ACS, estes receberam os questionários em envelope lacrado e tiveram uma semana para devolvê-los à Unidade Básica de Saúde, à qual se encontrava vinculado, devidamente respondidos, sem identificação e sem contato com o pesquisador, o qual agendou data em cada UBS para o recolhimento dos questionários, evitando-se, assim, a identificação do respondente.

Os dados foram analisados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos, versão 18.0). A apresentação dos resultados para as variáveis estudadas foi realizada utilizando medidas de frequência absoluta e percentual.

## RESULTADOS

Dos ACS que participaram do estudo, e responderam a estes itens no questionário, a maioria (82,8%) era do sexo feminino, e 63,2% trabalhavam na zona urbana. A média de idade dos ACS foi de  $44,2 \pm 8,8$  anos, estando, a maioria, na faixa etária de 40 a 59 anos tanto para os profissionais que atuavam na zona urbana quanto na rural. Na tabela 02, estão apresentados os relatos dos ACS quanto às condutas de promoção do aleitamento materno durante as visitas domiciliares.





**Tabela 02-** Condutas relacionadas com a promoção do aleitamento materno dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Picos-PI, 2015.

<b>Atributos</b>	<b>%</b>	
<b>Realiza visitas as puérperas após a sua alta</b>		
Sim	123	100
<b>Idade do bebê quando realiza a primeira visita domiciliar</b>		
Até 7 dias	71	77,7
Até 15 dias	52	22,3
<b>Orienta a mamada</b>		
Sim	123	100
<b>Pergunta sobre a mamada</b>		
Sim	123	100
<b>Verifica a mamada</b>		
Sim	110	89,4
Não	12	9,8
Não responderam	1	0,8
<b>Aborda vantagens da amamentação</b>		
Sim	122	99,2
Não	1	0,8
<b>Ensina como prevenir ou tratar fissuras</b>		
Sim	116	94,3
Não	7	5,7
<b>Fala dos direitos trabalhistas da mulher que amamenta</b>		
Sim	101	82,1
Não	20	16,3
Não responderam	2	1,6
<b>Demonstra ou ensina como realizar a ordenha</b>		
Sim	105	85,4
Não	14	11,4
Não responderam	4	3,2
<b>Citação dos aspectos a serem verificados na mamada</b>		
Satisfatório	31	25,2
Insatisfatório	92	74,8
<b>Sugestões para mães com seios ingurgitados</b>		
<b>Atributos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Satisfatório	10	8,1
Insatisfatório	113	91,9
<b>Contato com grupos de apoio a amamentação</b>		
Sim	13	10,6
Não	106	86,2
Não responderam	4	3,2

Dos 123 Agentes Comunitários de Saúde que responderam ao questionário, quando indagados sobre os aspectos referentes às condutas relacionadas com a promoção do aleitamento materno, todos afirmaram que realizam visitas domiciliares às mães dos recém-nascidos que já retornaram do hospital/maternidade. Em relação ao período de tempo em



que ocorre a primeira visita domiciliar, 77,7% desses profissionais responderam que as realizam com até 7 dias após o nascimento do bebê.

Sobre a pertinência dessa prática, o estudo de um programa de apoio ao aleitamento materno no Rio Grande do Sul, demonstrou que cerca de três visitas domiciliares aos 5, 10 e 20 dias após o nascimento do bebê, acarreta efeito positivo significativo nos padrões de aleitamento materno no decorrer dos primeiros meses de vida do bebê. Sendo esta uma estratégia eficaz e de baixo custo, principalmente se elas forem realizadas às puérperas que apresentam mais dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno. As intervenções mais efetivas foram aquelas que combinaram informação, orientação prática e apoio de face a face de longa duração, inseridos em vários tipos de atividade como sessões em grupo no período pré-natal e visitas domiciliares (PINTO, 2008).

Nessa primeira visita, todos esses profissionais (100%) informaram que orientam as mães sobre a amamentação, e fazem perguntas de como a mesma se encontra. Segundo a Organização Mundial da Saúde, para que o início e o estabelecimento do aleitamento materno obtenham êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidade, mas de todo o sistema de saúde. Idealmente todos os profissionais que as gestantes e puérperas tivessem contato deveriam estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno, e serem capazes de fornecer informações apropriadas, assim como demonstrar habilidade e prática no manejo do aleitamento (CICONE et al., 2004).

Cerca de 89,4% desses profissionais relataram verificar a mamada para constatar se está sendo realizada de forma adequada e corrigir os possíveis erros. Segundo Silveira (2009) no que se refere à prevenção e o tratamento dos fatores que interferem na amamentação, a verificação da mamada ocupa lugar central no manejo da lactação necessitando ser realizada em todos os contatos dos profissionais de saúde com a mãe e o bebê.

Todos os ACS referirem, também, orientar sobre as vantagens e a importância que o aleitamento materno proporciona tanto para a mãe quanto para o bebê. É imprescindível informar a mãe sobre os benefícios do aleitamento materno não só para a criança, mas também para ela, pois assim se sentirá ainda mais estimulada a amamentar (COUTINHO et al.; 2014). As vantagens para o bebê incluem o fato de a amamentação suprir completamente as suas necessidades nutricionais até os seis primeiros meses de vida, conferindo-lhe resistência contra infecções no primeiro ano de vida, protegendo-o de



diabetes melito tipo 1, infecções respiratórias e urinárias, doença celíaca; promovendo redução dos processos alérgicos, diarreia, obesidade, hipertensão, entre outras. Além de refletir em outros setores, tendo em vista que crianças amamentadas adoecem menos, reduzindo na demanda por medicamentos e utilização dos serviços públicos (ANTUNES et al., 2008).

O leite materno proporciona benefícios que não se limitam apenas à saúde do bebê, mas contemplam também às mães. A mulher que amamenta ainda na maternidade está menos vulnerável à anemia ou hemorragia no pós-parto, o aleitamento materno também auxilia no espaçamento entre as gestações, conferindo-lhe mais tempo para recuperar-se do parto e cuidar do bebê. Além de protegê-la contra o câncer de mama e ovário, permite uma recuperação mais adequada do peso anterior ao da gravidez, entre outros benefícios (COUTINHO et al., 2014).

Dos profissionais que participaram do estudo, 94,3% referiram ensinar como prevenir ou tratar fissuras, dores ou ingurgitamento, e 82,1% discorrer sobre os direitos trabalhistas das mulheres que amamentam.

As leis trabalhistas brasileiras e a Constituição Federal de 1988 propiciam à mulher trabalhadora 120 dias de licença maternidade, licença paternidade, pausas para amamentar, creche em locais com mais de 30 mulheres acima de 16 anos, auxílio natalidade, entre outros (VIANA et al., 2007). No entanto, apesar dessas leis de amparo à maternidade, indiscutíveis às mulheres trabalhadoras que engravidam, muitas ainda não tomaram ciência dos seus direitos legais (SOUZA; RODRIGUES, 2010), o que pode interferir negativamente no aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida da criança.

Em relação à ordenha do leite, 85,4% mencionaram demonstrar ou ensinar às mães como realizarem. Quando necessária, essa ordenha pode ser realizada de forma manual ou mecânica, sempre precedida da lavagem cuidadosa das mãos, da escolha de um ambiente tranquilo e da massagem delicada em todos os quadrantes das mamas, sendo fundamental para facilitar o reflexo de ejeção do leite. Essa massagem, com estímulo do tecido mamário e do mamilo, surte efeito adicional no aumento da produção láctea (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Dentre as questões abertas que versavam sobre como os ACS avaliam a pega, posicionamento e outros aspectos importantes da mamada para uma boa amamentação, 74,8% responderam de forma insatisfatórias, demonstrando que eles não reconhecem quais



são as posições adequadas de mãe/filho, e técnicas de pega corretas para uma amamentação eficaz.

Segundo Caldeira et al. (2007) a técnica da amamentação requer suporte adequado e contínuo para algumas mães. Se o mesmo não é disponibilizado por profissionais da saúde, inicia-se um processo de sofrimento materno fundamentado no ingurgitamento, nas fissuras e na percepção de fome através do comportamento do recém-nascido. De forma paralela, o discurso de “leite fraco” ou “leite ralo” amplamente difundido na população, acelera a introdução precoce de outros alimentos e culmina com o desmame.

Segundo Sanches (2004) a posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao complexo aréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração de leite, podendo ocasionar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida.

Quando solicitados a listar duas sugestões para mães com seios ingurgitados ou com fissuras no bico, 91,9% responderam de maneira insatisfatória. Alguns relataram que o tratamento de mamas ingurgitadas deveria ser feito com o uso de compressas mornas, evidenciando a falta de treinamento destes profissionais para abordar questões comuns, sobretudo entre primíparas, e que interferem negativamente no ato de amamentar, levando, por vezes, ao desmame precoce. Uma vez instalado o ingurgitamento, recomendam-se as seguintes medidas: se a aréola estiver tensa, ordenhar manualmente um pouco de leite antes da mamada, para que ela fique macia o suficiente para o bebê abocanhar a mama adequadamente, amamentar com frequência, em livre demanda, fazer massagens delicadas nas mamas importantes na fluidificação do leite viscoso e no estímulo do reflexo de ejeção do leite (GIUGLIANI, 2004). Muitos tratamentos têm sido utilizados ou recomendados para fissuras mamilares. Entretanto, a eficácia dos mesmos não tem sido avaliada adequadamente e, como consequência, os tratamentos de traumas mamilares utilizados rotineiramente não são embasados em evidências científicas (GIUGLIANI, 2003).

Verificou-se, ainda, que cerca de 86,2% não possuem contato com grupos comunitários de apoio à amamentação, e, dos que apresentam, menos da metade (43,5%) dos profissionais encaminham as mães para esse ambiente. Dessa forma, a pesquisa realizada no município de Picos aponta para a necessidade de treinamento e orientação dos ACS quanto às condutas relacionadas com a promoção do aleitamento materno.



## CONCLUSÃO

O estudo revela que, embora os ACS relatem, de maneira satisfatória, realizar visitas domiciliares nas quais adotam condutas de promoção ao aleitamento materno, estes profissionais desconhecem técnicas corretas de prática, cuidado e incentivo à amamentação. Com isso, as mães podem estar sendo orientadas de maneira incorreta sobre como amamentar e tratar intercorrências comuns associadas a este ato.

Portanto, dada a disponibilidade destes atores de promoção da saúde em realizar visitas, às quais consistem na forma mais comum e eficaz desses profissionais prestarem apoio nesta fase, permitindo ao profissional entrar em contato com o ambiente familiar e observar as dificuldades e as potencialidades, possibilitando uma atuação imediata e personalizada, aponta-se a necessidade de políticas de incentivo a programas continuados de treinamento e capacitação dos ACS. Por meio da instrumentalização destes profissionais, aliando-se conhecimento técnico-científico-prático, poder-se-á permitir troca de informações consistentes sobre o assunto com as mães, garantindo-lhes apoio contínuo e efetivo à prática da amamentação.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 103-109, 2008. Supl. 1.
- BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família**. 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- BINDA, J.; BIANCO, M. F.; SOUSA, E. M. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde Soc**, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família: manual para os agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Brasília, DF, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)>. Acesso em: 17 de mar de 2016.
- CALDEIRA, A. P. et al. Conhecimentos e práticas em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 9, p. 1965-1970, 2007.
- CAMPOS, F. K. L. et al. Prevalência e fatores determinantes relacionados ao aleitamento materno exclusivo. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 109-118, 2015.
- CICONE, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de saúde da família sobre o manejo do aleitamento materno em um



- município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde e Maternidade Infantil**, v. 4, p. 193-202, 2004. Supl. 2.
- COUTINHO, A.C. F. P.; SOARES, A. C. O.; FERNANDES, P. S. Conhecimento das mães sobre os benefícios do aleitamento materno á saúde da mulher. **Revista de Enfermagem**, v. 8, p. 1213-1220, 2014. Supl. 5.
- GIUGLIANI, E. R.J. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 3, p. 197-198, 2003.
- GIUGLIANI, E. R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 147- 154, 2004. Supl. 5.
- GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 117-118, 2004.
- HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: World Health Organization; 2007.
- LARA M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 673-80, 2012.
- MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 873-880, 2011. Supl. 1
- NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 163-172, 2004. Supl. 5.
- PINTO, T. V. Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade. **Arquivos De Medicina**. v. 22, n 2/3, 2008.
- SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, v 80, Supl. 5, 2004.
- SILVEIRA, M. M. M. **Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúde da família**. 2009. 149f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2009.
- SOUSA, L. M.; COSTA, T. H. M. Ações de incentivo e apoio a amamentação no período pós-natal no brasil. **Rev Eletr Gestão & Saúde**, v.4, n. 01, p.1878 – 1893, 2013.
- SOUZA, M. M. T.; RODRIGUES, L. M. S. Desafios da mulher trabalhadora diante amamentação. **Revista Pró-univerSUS**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2010.
- VIANNA, R. P.T.; REA, M. F.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, v 23, Supl. 10, p. 2403-240, 2007.

## TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO DA LITERATURA

*Juliany Marques Abreu da Fonseca<sup>1</sup>, Luisa Helena de Oliveira Lima<sup>1</sup>*

1 Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

O teste de caminhada de seis minutos avalia a distância percorrida sobre uma superfície plana em seis minutos e tem como principal objetivo a determinação da capacidade

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



funcional durante um exercício submáximo. É um teste de fácil realização, contudo é necessário que sua aplicação seja realizada de forma padronizada. Com objetivo de revisar a literatura sobre a realização do teste de caminhada de seis minutos em crianças e adolescentes foi realizada busca nas bases de dados eletrônicas Scielo, Lilacs e Medline em março de 2016 a partir dos termos Teste de esforço, Criança e Adolescente e seus correspondentes em inglês. Foram selecionados artigos em português, inglês e espanhol, do período de 2006 a 2016, que documentavam o teste de caminhada de seis minutos em crianças e adolescentes. Foram selecionados 16 artigos. Os trabalhos abordavam a realização do teste em indivíduos hígidos e em indivíduos com quadros patológicos como asma, bronquiolite, doença falciforme, doença renal, fibrose cística, obesidade e respiração bucal. O teste de caminhada de seis minutos foi realizado sem eventos adversos mesmo em condições patológicas, reafirmando ser um método seguro e bem tolerado. Além disso, foi reprodutível, válido e confiável também em crianças saudáveis. Fatores antropométricos, clínicos e emocionais podem influenciar a distância percorrida no teste de caminhada, em indivíduos saudáveis ou com quadro patológico o que confirma a necessidade de criteriosa realização. Os estudos vêm seguindo a padronização proposta pela *American Thoracic Society* o que proporciona dados fidedignos e análise comparativa pertinente dos resultados.

**Palavras-chave:** Teste de esforço. Criança. Adolescente.

## INTRODUÇÃO

O teste de caminhada de seis minutos (TC6m) surgiu a partir da adaptação do teste de corrida de 12 minutos de Cooper, modificado na década de 70, para um teste de caminhada de 12 minutos que, por ser extenuante, foi adaptado para distâncias mais curtas como o de 2 e 6 minutos. Como o teste de dois minutos apresentou responsividade limitada, sobretudo para pacientes menos debilitados, o TC6m se mostrou mais adequado e tornou-se mais popular entre os testes com duração controlada (DOURADO, 2011; SCHAAN; SCHAAN; PELLANDA, 2012).

Este teste avalia a distância percorrida em uma superfície plana durante seis minutos e tem como principal objetivo a determinação da capacidade funcional durante um exercício submáximo. No momento da caminhada são registrados dados clínicos de pressão arterial (PA), saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e de esforço percebido através da escala de Borg para dispneia e fadiga em membros inferiores. Dessa forma, o teste avalia as respostas ao exercício de forma integrada e global por parte dos sistemas envolvidos na atividade física (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2002; OKURO; SCHIVISNKI, 2013; MARTINS et al., 2014).

De modo geral é um teste de fácil realização, contudo é necessário que sua aplicação seja realizada de forma padronizada, para assegurar sua fidedignidade e



confiabilidade dos dados. Geralmente os estudos apresentam métodos divergentes de aplicação do teste referentes a diferenças no tamanho do corredor, no comando verbal de encorajamento, no tempo de intervalo entre dois testes e no efeito do treinamento ou aprendizagem (OKURO; SCHIVISNKI, 2013).

Nesse sentido, este trabalho objetiva revisar a literatura sobre a realização do teste de caminhada de seis minutos em crianças e adolescentes.

## **METODOLOGIA**

A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) em março de 2016 a partir dos termos Teste de esforço, Criança e Adolescente e seus correspondentes em inglês. Foram selecionados artigos em português, inglês e espanhol, do período de 2006 a 2016, que documentavam o teste de caminhada de seis minutos em crianças e adolescentes. Também foi realizada busca manual nas referências dos artigos selecionados.

## **RESULTADOS**

Resultaram da busca 182 artigos. A partir da leitura de títulos, 22 artigos passaram por avaliação de resumos. Destes, foram excluídos dois trabalhos por duplicidade, dois estudos de revisão, dois por analisar parâmetros do teste em adultos além de crianças e adolescentes e um por não estar disponível em texto completo. Assim, 15 artigos foram selecionados da busca nas bases de dados e 1 por busca manual.

Segundo Martins et al., (2014) testes funcionais submáximos como o teste de caminhada de seis minutos têm sido propostos para avaliar a capacidade física de indivíduos saudáveis e também de indivíduos com alguma patologia, o que confirma os achados da presente revisão. Da análise, 25% dos trabalhos apresentam a realização do teste em indivíduos hígidos, com objetivo de estabelecer padrões de execução e análise de parâmetros funcionais bem como elaboração de equações de referência que possam estimar a distância percorrida. Os demais trabalhos foram desenvolvidos a partir da avaliação de indivíduos com quadros patológicos como asma, bronquiolite, doença





falciforme, doença renal, fibrose cística, obesidade e respiração bucal, nos quais buscava-se analisar o desempenho físico diante das limitações de cada condição de saúde (TABELA 1).

TABELA 1: Condições de saúde avaliadas nos estudos selecionados.

Condição de saúde	%	Referência
Asma	12,5	1, 4
Bronquiolite	18,75	19, 22, 25
Doença Falciforme	6,25	13
Doença Renal	18,75	7, 10, 24
Fibrose cística	6,25	11
Higidez	25	3, 9, 12, 15
Obesidade	6,25	6
Respiração bucal	6,25	5

Dentre os 16 trabalhos selecionados 10 foram desenvolvidos no Brasil. Quatro estudos adotaram grupos controle com indivíduos saudáveis para comparação dos resultados. Um estudo desenvolvido na Bélgica adotou o TC6m como parâmetro para avaliação de tratamento multidisciplinar relacionado à obesidade. A faixa etária avaliada pelos estudos é abrangente, compreendendo de 6 a 18 anos (TABELA 2).

TABELA 2: Caracterização dos estudos selecionados.

Autor e ano	País de realização	População avaliada	Faixa etária (anos)
Andrade et al., 2014	Brasil	N=40 GA	6 - 16
Basso et al., 2010	Brasil	N=19 GA e N=19 GS	11 - 15
Martiello et al., 2008	Brasil	N=20 BOPI	8 - 16
Zenteno et al., 2008	Chile	N=27 BOPI	8 - 14
Rodriguez et al., 2014	Chile	N=22 BOPI	6 - 15
Hostyn et al., 2013	Brasil	N=46 DF	6 - 18
Coelho et al., 2008	Brasil	N=15 DRC e N= 15 GS	6 - 16
Ferrari et al., 2013	Brasil	N=25 TR	6 - 18
Watanabe et al., 2016	Brasil	N=38 DRC	6 - 16
Florencio et al., 2013	Brasil	N=13 FC e N=12 GS	8 - 15
Li et al., 2007	China	N=1 445 GS	7 - 16
Aquino et al., 2010	Brasil	N=67 GS	7 - 14
Gatica et al., 2012	Chile	N=192 GS	6 - 14
D'Silva et al., 2012	Índia	N=400 GS	7 - 12
Calders et al., 2008	Bélgica	N=64 O	10 - 18
Boas et al., 2013	Brasil	N=104 RN e N= 52 RB	7 - 11

Legenda: N- número de indivíduos avaliados; GA- grupo asmático; GS- grupo saudável; BOPI- bronquiolite obliterante pós-infecciosa; DF- doença falciforme; DRC- doença renal



crônica; TR- transplantados renais; FC- fibrose cística; O- obesos; RN- respiradores nasais; RB- respiradores bucais.

Watanabe et al., (2016) avaliaram crianças e adolescentes de 6 a 16 anos com doença renal crônica e esclarecem que mesmo os pacientes mais jovens não tiveram dificuldade em compreender ou realizar o TC6m. Creditam esta clareza à orientação clara e encorajamento ativo padronizado prestados aos participantes tendo por base as recomendações da *American Thoracic Society* (ATS) instituição que em 2002 estabeleceu, com base em evidências, diretrizes para realização padronizada do teste. Vale ressaltar que as recomendações da ATS não se destinam a limitar o uso de protocolos alternativos para estudos de investigação, visam apenas padronização de procedimentos para possibilitar dados fidedignos e análise comparativa pertinente dos resultados (BASSO et al., 2010).

Em nossa revisão apenas um estudo (CALDERS et al., 2008) não declarou em sua metodologia se houve seguimento das recomendações da ATS. De acordo com esta diretriz o teste deve ser realizado em corredor plano, de preferência com 30 metros de comprimento, em ambiente interno ou ao ar livre, desde que apresente condições confortáveis à realização da caminhada. Justifica esse percurso afirmando que um corredor mais curto obrigaria os avaliados a reverter as direções com maior frequência, o que levaria mais tempo e conseqüentemente reduziria a distância caminhada, principal variável analisada no teste (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2002). Confirmando a recomendação, a maioria dos estudos analisados utilizou um corredor de 30 metros, metragem recomendada pela ATS para adultos e frequentemente adotada também para a população pediátrica.

No entanto, alguns estudos utilizaram metragens diferentes (AQUINO et al., 2010; CALDERS et al., 2008). Apesar de gerar uma distância percorrida menor, o que poderia subestimar a capacidade funcional da população avaliada, o teste em 20 metros foi reprodutível o que possibilita seu uso caso as condições físicas não permitam uma pista maior. Tal concessão é corroborada pela ATS a fim de possibilitar a realização do teste em ambientes clínicos que não disponham de maior espaço, por exemplo.

Apesar das recomendações, outras distâncias também são utilizadas. Hostyn et al. (2013) realizaram o teste em um corredor de 10 metros, fator que os autores consideraram limitante mas justificaram devido a resultados promissores encontrados no *shuttle walk test*, teste de caminhada com velocidade controlada que adota esta distância a ser percorrida.



Estudos com esta abordagem demonstram novas possibilidades, entretanto limitam o confronto teórico com demais trabalhos que seguem as recomendações da ATS.

Outra recomendação diz respeito ao encorajamento verbal a cada minuto a partir de frases padronizadas. Segundo a ATS o incentivo aumenta significativamente a distância percorrida daí a necessidade de padronizá-lo, aspecto observado nos artigos analisados onde o encorajamento verbal padronizado foi realizado pela maioria dos estudos (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2002).

Em relação ao TC6m a literatura relata o efeito de aprendizado ou treinamento, onde um segundo teste apresentaria melhor desempenho (maior distância percorrida) que o primeiro, diferença provavelmente ocasionada pelo aprimoramento da coordenação motora, controle da ansiedade, reconhecimento dos limites da prova e adaptação neuromuscular em relação à atividade a ser realizada. No entanto, para que seja reprodutível deve-se considerar diferença máxima de 10% entre as distâncias percorridas entre os dois testes, caso contrário, um terceiro teste deverá ser realizado (AQUINO et al., 2010). Mesmo considerando a possibilidade de um segundo teste, a ATS relata que um teste de prática não é necessário na maioria das situações clínicas pois a distância percorrida é apenas ligeiramente superior para um segundo TC6m. Li et al., (2007) realizaram único teste pois em estudo anterior (Li et al., 2005) não observaram diferenças significativas na avaliação da confiabilidade teste-reteste entre dois testes separados por 18 dias. De modo semelhante Priesnitz et al., (2009) não observaram diferenças significativas entre dois testes separados por 30 minutos, relatando uma diferença média de 8,78 metros. Com base nisso, Gatica et al., (2012) julgaram razoável descartar a possibilidade de um efeito de aprendizagem em um teste prático e também realizaram único teste.

Alguns estudos (BASSO et al., 2010; GATICA et al., 2012; D'SILVA et al., 2012; HOSTYN et al., 2013) avaliaram também o comportamento das variáveis cardiovasculares no momento de recuperação pós exercício, com ênfase à frequência cardíaca. Tal foco de estudo é de grande importância pois o comportamento da FC pós-exercício é uma ferramenta simples e de baixo-custo para a avaliação da recuperação autonômica cardíaca, com comprovada aplicação clínica e desportiva (LIMA; OLIVEIRA; FERREIRA JÚNIOR, 2012).

Segundo a ATS, vários fatores podem afetar a distância percorrida no TC6m sejam eles antropométricos, clínicos, emocionais ou relativos às condições de realização do teste, tanto em indivíduos saudáveis quanto em indivíduos com alguma patologia (AMERICAN



THORACIC SOCIETY, 2002; ANDRADE et al., 2014). Nos estudos analisados, o sexo masculino e variáveis antropométricas como a idade e estatura mostram-se diretamente relacionadas à maiores distâncias percorridas enquanto o peso e o índice de massa corporal (IMC) aparecem inversamente relacionados à distância percorrida.

Também recomendada pela ATS a escala de Borg objetiva quantificar a sensação subjetiva de esforço e fadiga. A escala original, descrita em 1974, associa a sensação de esforço durante o exercício a valores referentes à variação da frequência cardíaca (60 a 200 batimentos por minuto) em 15 níveis, desde 6 que corresponde a “muito fácil” até 20, equivalente a “exaustivo”. Esse instrumento é o mais popular da categoria, sendo traduzido para várias línguas e utilizado mundialmente. A fim de facilitar a avaliação, esta escala foi modificada em 1982 para avaliar o grau de percepção do esforço e dispneia a partir de escala com numeração de 0 a 10 na qual cada número corresponde a uma descrição textual do grau de dispneia, cujo valor aumenta à medida que essa sensação também aumenta. Foi criada originalmente na língua inglesa, mas sofreu diversas traduções, inclusive para o português do Brasil (MARTINS; ASSUMPÇÃO; SCHIVINSKI, 2014).

Esta escala já é bem fundamentada para a população adulta. Entretanto, crianças mais novas podem ter dificuldade em compreender a quantificação do cansaço, o que pode comprometer os resultados (AQUINO et al., 2010).

Martins, Assumpção e Schivinski (2014) apresentam em uma revisão diferentes escalas utilizadas para avaliação da percepção de esforço e dispneia em crianças e adolescentes, dentre elas a escala de Borg modificada, e concluem que não há uma escala considerada padrão ouro até o momento, necessitando adequada aplicação do instrumento para obtenção de informações confiáveis desse grupo etário.

Quanto à condição de saúde, crianças e adolescentes hígidos foram avaliados por quatro estudos. Observa-se que o TC6m foi aplicado em populações saudáveis de diferentes países a fim de estabelecer valores e equações referenciais de modo específico a cada região. Aquino et al., (2010) explicam que diversos estudos têm investigado a aplicabilidade e eficiência da avaliação realizada pelo TC6m em diferentes populações, objetivando sua validade, confiabilidade e interpretabilidade, a fim de chegar a equações condizentes com as características populacionais que possibilitem maior fidedignidade dos resultados.

Crianças e adolescentes com quadros patológicos também são grupos avaliados. De maneira geral, apresentam tendência a percorrer menores distâncias no teste. Coelho et al.,



(2008) explicam que o grupo com insuficiência renal apresentou uma distância caminhada significativamente menor e isto foi associado a um aumento dos parâmetros clínicos coletados (pressão, frequências, SpO2 e escala de Borg), confirmando o declínio de desempenho de atividades funcionais de vida diária desses pacientes.

Em crianças com alterações do sistema respiratório o TC6m foi sensível e reprodutível (BOAS et al. 2013). Rodriguez et al., (2014) observaram rendimento significativamente menor em pacientes com maior comprometimento da função pulmonar devido a bronquiolite obliterante pós-infecciosa. Resultado semelhante encontrado por Martiello et al., (2008) que observaram redução da capacidade funcional tanto no TC6m quanto no teste cardiopulmonar realizado em esteira.

Porém esta redução da distância percorrida no teste pode ser influenciada por outros aspectos secundários à patologia. Andrade et al., (2014) avaliaram crianças e adolescentes asmáticos e os resultados demonstraram que as crianças mais sedentárias percorriam uma distância menor no teste de caminhada de seis minutos quando em comparação com aqueles que praticavam mais do que duas ou três horas de atividades físicas semanais. Nenhuma associação foi observada entre a distância percorrida no teste e sexo, gravidade da asma ou uso de medicamentos.

Sumarizando, as recomendações da ATS para o TC6m foram definidas para uso na população adulta. Portanto, deve-se considerar as variações físicas entre adultos e crianças, sendo mais complexas que as medidas antropométricas dado que a população infanto-juvenil está em fase de crescimento, desenvolvimento e maturação, sob a influência genética e fatores extrínsecos o que afeta o desempenho físico e podem causar alterações fisiológicas no exercício físico (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2002; BASSO et al., 2010), daí a necessidade de padronização e criteriosa realização do TC6m a fim de obter dados fidedignos quando avaliados crianças e adolescentes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O teste de caminhada de seis minutos foi realizado sem eventos adversos mesmo em condições patológicas, reafirmando ser um método seguro e bem tolerado bem como sensível às limitações funcionais de quem realiza figurando assim como bom instrumento de avaliação da capacidade de exercício nessas populações. Além disso, foi reprodutível, válido e confiável também em crianças saudáveis, a partir das quais busca elaborar



parâmetros de referência. Fatores antropométricos, clínicos e emocionais podem influenciar a distância percorrida no teste de caminhada, tanto em indivíduos saudáveis ou com quadro patológico o que confirma a necessidade de criteriosa realização. Os estudos vêm seguindo a padronização proposta pela *American Thoracic Society* o que proporciona dados fidedignos e análise comparativa pertinente dos resultados.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. B. et al. Comparison of six-minute walk test in children with moderate/severe asthma with reference values for healthy children. **Jornal de Pediatria**, v. 90, p. 250-7, maio/jun. 2014.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY – ATS. ATS Statement: Guidelines for six minute walk test. **American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine**, v. 166, p. 111-117, 2002.
- AQUINO, E. S. et al. Análise comparativa do teste de caminhada de seis minutos em crianças e adolescentes saudáveis. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 1, p. 75-80, jan./fev. 2010.
- BASSO, R. P. et al. Avaliação da capacidade de exercício em adolescentes asmáticos e saudáveis. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, p. 252-8, maio/jun. 2010.
- BOAS, A. P. D. V. et al. Teste de caminhada e rendimento escolar em crianças respiradoras bucais. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 212-8, mar./abr. 2013.
- CALDERS, P. et al. Predictors of 6-minute walk test and 12-minute walk/run test in obese children and adolescents. **European Journal of Pediatrics**, v. 167, n. 5, p. 563-8, May 2008.
- COELHO, C. C. et al. Repercussões da insuficiência renal crônica na capacidade de exercício, estado nutricional, função pulmonar e musculatura respiratória de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.12, n.1, p. 1-6, jan./fev. 2008.
- DOURADO, V. Z. Equações de Referência para o Teste de Caminhada de Seis Minutos em Indivíduos Saudáveis. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 96, n. 6, p. e128-e138, jun. 2011.
- D'SILVA, C.; VAISHALI, K.; VENKATESAN, P. Six-minute walk test-normal values of school children aged 7-12 y in India: a cross-sectional study. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 79, n. 5, p. 597-601, May 2012.
- FERRARI, R. S. et al. Avaliação da capacidade funcional e pulmonar em pacientes pediátricos transplantados renais. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 35, n. 1, p. 35-41, jan./mar. 2013.
- FLORENCIO, R. et al. Heart Rate Variability at rest and after the 6-minute walk test (6MWT) in children with cystic fibrosis. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 5, p. 419-426, Sept./Oct. 2013.
- GATICA, D. et al. Valores de referencia del test de marcha de seis minutos en niños sanos. **Revista médica de Chile**, v. 140, n. 8, p. 1014-1021, ago. 2012.
- HOSTYN, S. V. et al. Avaliação da capacidade funcional para o exercício de crianças e adolescentes com doença falciforme pelo teste da caminhada de seis minutos. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 6, p. 588-594, nov./dez. 2013.
- LI, A. M. et al. The six-minute walk test in healthy children: reliability and validity. **European Respiratory Journal** v. 25, p. 1057-60, 2005.



- LI, A. M. et al. Standard reference for the six-minute-walk test in healthy children aged 7 to 16 years. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 176, n. 2, p. 174-80, Apr. 2007.
- LIMA, J. R. P.; OLIVEIRA, T. P.; FERREIRA JÚNIOR, A. J. Recuperação autonômica cardíaca pós-exercício: Revisão dos mecanismos autonômicos envolvidos e relevância clínica e desportiva. **Motricidade**, vol. 8, supl. 2, p. 419-430, 2012.
- MARTINS, R.; ASSUMPÇÃO, M. S.; SCHIVINSKI, C. I. S. Percepção de esforço e dispneia em pediatria: revisão das escalas de avaliação. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 47, n. 1, p. 25-35, 2014.
- MARTINS, R. et al. Confiabilidade e reprodutibilidade do teste de caminhada de seis minutos em crianças saudáveis. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 279-284, ago. 2014.
- MATTIELLO, R. et al. Avaliação funcional durante o exercício em crianças e adolescentes com bronquiolite obliterante pós-infecciosa. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 4, p. 337-343, jul./ago. 2008.
- OKURO, R. T.; SCHIVINSKI, C. I. S. Teste de caminhada de seis minutos em pediatria: relação entre desempenho e parâmetros antropométricos. **Fisioterapia Movimento**, v. 26, n. 1, p. 219-228, jan./mar. 2013.
- PRIESNITZ C. et al. Reference Values for the 6-min Walk Test in Healthy Children Aged 6-12 Years. **Pediatric Pulmonology**, v. 44, p. 1174-9, 2009.
- RODRIGUEZ N, IVÁN et al. Test de caminata de seis minutos y función pulmonar en pacientes con bronquiolitis obliterante post infecciosa. **Revista chilena de enfermedades respiratorias**, v. 30, n. 2, p. 68-74, jun. 2014.
- SCHAAN, C. W.; SCHAAN, B. D.; PELLANDA, L. C. **Capacidade funcional em crianças e adolescentes com cardiopatia**. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Fundação Universitária de Cardiologia / Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, julho de 2012.
- WATANABE, F. T. et al. Six-minute walk test in children and adolescents with renal diseases: tolerance, reproducibility and comparison with healthy subjects. **Clinics (São Paulo)**, v. 71, n. 1, p. 22-27, Jan. 2016.
- ZENTENO A, DANIEL et al. Test de marcha de seis minutos en niños con bronquiolitis obliterante postviral: Correlación con espirometría. **Revista chilena de enfermedades respiratorias**, v. 24, n. 1, p. 15-19, mar. 2008.

## SÍNDROME METABÓLICA EM ESCOLARES: COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

*Eugênio Barbosa de Melo Júnior<sup>1</sup>, Leylla Lays Alves e Silva<sup>1</sup>, Ingrid Pereira Cirino<sup>1</sup>, Karollayny de Macêdo Oliveira<sup>1</sup>, Edina Araújo Rodrigues Oliveira<sup>1</sup>, Luisa Helena de Oliveira Lima<sup>1</sup>*

1 Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

As mudanças socioeconômicas e culturais que vêm acontecendo no Brasil, provocaram modificações nos hábitos alimentares das pessoas, elevado as taxas de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes na faixa etária dos 6 aos 18 anos. A Síndrome



Metabólica é resultado da reunião de diversos fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial, distúrbios do metabolismo glicídico e lipídico, além de obesidade visceral. Entretanto, ainda não há consenso para sua determinação em crianças e adolescentes, pois os critérios diagnósticos e seus pontos de corte não estão, de fato, estabelecidos. Estudo transversal realizado no período de abril a novembro de 2014, cujo objetivo foi comparar diferentes critérios diagnósticos da síndrome metabólica em crianças e adolescentes, de 10 a 19 anos, regularmente matriculados nas escolas particulares da zona urbana de Picos-PI. Entre os avaliados, 25,8% e 12,0% apresentaram excesso de peso e obesidade, respectivamente. Foram observados valores aumentados de IMC, CC, RCE, IC, PAS, PAD, TG, GJ e diminuídos de HDL-c em adolescentes com síndrome metabólica, nos três critérios diagnósticos ( $p < 0,005$ ). A respeito da glicemia, não foram detectadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos (com ou sem SM). Em apenas 07 adolescentes, o diagnóstico coincidiu para as três definições de síndrome metabólica. É indispensável elaborar uma proposta para avaliar e monitorar crianças e adolescentes, pois outras pesquisas tiveram desfechos semelhantes aos do estudo ora apresentado e que esta falta de consenso acerca dos critérios diagnósticos, prejudica o planejamento das ações e políticas públicas de saúde para a população analisada.

**Palavras-chave:** Síndrome X Metabólica. Diagnóstico. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, percebe-se uma redução da ocorrência de casos de desnutrição e, colateralmente, um aumento da prevalência de excesso de peso. Essa transição nutricional é consequência de uma sociedade caracterizada por maus hábitos de vida, como alimentação desequilibrada e sedentária, levando a um crescente aumento na incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

As constantes mudanças socioeconômicas e culturais que vêm acontecendo no Brasil, nas últimas décadas, provocaram modificações comportamentais e, consequentemente, nos hábitos alimentares das pessoas, especialmente dos adolescentes. A elevação do consumo de alimentos processados e lanches com elevada concentração de gorduras e açúcar, tem elevado as taxas de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes na faixa etária entre os 6 aos 18 anos no Brasil e no restante da América Latina (SOUSA et al., 2013; MURUCI; FRANCISCO; ALVES, 2015). Em estudo realizado pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 21,5% e 5,8% respectivamente (PRADO et al., 2013).

Nesse contexto, a Síndrome Metabólica (SM) tem ganhado destaque, uma vez que ela é resultado da reunião de diversos fatores de risco cardiovascular (FRC), como





hipertensão arterial sistêmica (HAS), distúrbios do metabolismo glicídico e lipídico, além de obesidade visceral (MEIRELLES, 2014; CRUZ et al., 2014). Porém, seu estudo tem sido dificultado pela falta de conformidade na sua definição.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que, inicialmente seja avaliada a resistência à insulina ou o distúrbio do metabolismo da glicose, o que dificulta a sua utilização. Já para o *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), a SM representa a combinação de pelo menos três FRC em um indivíduo adulto: obesidade abdominal, triglicerídeos (TG) aumentados, intolerância à glicose, diminuição dos níveis de HDL-colesterol (HDL-c) e aumento da pressão arterial (PA) (SBC, 2005; DE MARCO et al., 2012).

No entanto, ainda não há consenso para a determinação da SM em crianças e adolescentes, uma vez que os critérios diagnósticos e seus pontos de corte considerados de risco ainda não estão, de fato, estabelecidos e, dependendo do critério utilizado, a prevalência da SM encontrada na literatura pode variar (FONOFF et al., 2015). Cook et al. (2003) baseados no NCEP-ATP III, definiram a SM em populações pediátricas, como a existência de três ou mais dos seguintes critérios: obesidade abdominal  $\geq p90$ , glicemia de jejum (GJ)  $\geq 110\text{mg/dL}$ , TG  $\geq 100\text{mg/dL}$ , HDL-c  $< 40\text{mg/dL}$  e PA  $\geq p90$ , ajustados para idade, sexo e percentil de altura.

Apesar da relevância do tema, no Brasil, em especial no Nordeste, poucos estudos epidemiológicos têm explorado esta temática em crianças e adolescentes. Nesse sentido, este estudo objetivou comparar diferentes critérios diagnósticos de SM em crianças e adolescentes matriculados na rede privada de ensino, na cidade de Picos-Piauí.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal realizado no período de abril a novembro de 2014, como parte integrante da pesquisa: “Prevalência de Síndrome Metabólica e Fatores de Risco (FR) para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes de Picos-PI”, desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), cujo projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (CNPq/FAPEPI)–edital PPSUS.



A população foi composta por todos os adolescentes de 10 a 19 anos, regularmente matriculados nas escolas particulares da zona urbana. Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos transversais com população finita  $n = (Z\alpha^2 * P * Q * N) / (Z\alpha^2 * P * Q) + (N - 1) * E^2$ , onde:  $n$  = tamanho da amostra;  $Z\alpha$  = coeficiente de confiança;  $N$  = tamanho da população;  $E$  = erro amostral absoluto;  $Q$  = porcentagem complementar (100-P);  $P$  = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo (MURUCI; FRANCISCO; ALVES, 2015).

Foram utilizados como parâmetros, o coeficiente de confiança de 95% (1,96), o erro amostral de 3% e população de 4500 adolescentes ( $N = 4500$ ). Foi considerada a menor prevalência esperada, dentre as variáveis escolhidas para estudo (7% para hipertensão arterial) ( $P = 0,07$ ) (PRADO et al., 2013; ASHWELL; GUNN; GIBSON, 2012). Após aplicação da fórmula, a amostra foi constituída por 325 adolescentes, de ambos os sexos.

Os participantes foram proporcionalmente selecionados, de acordo com o número de alunos matriculados em cada escola. Como critérios de inclusão, foram elencados: possuir idade entre 10 e 19 anos, aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de assentimento livre e esclarecido, bem como, ter o consentimento dos pais ou responsáveis, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos aqueles que, por algum motivo, estiveram ausentes no dia da coleta ou comparecem a ela, sem estarem em jejum.

Para este estudo foram consideradas como variáveis clínicas: o IMC, a CC, o índice de conicidade (IC), a relação cintura/estatura (RCE), a pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD); e como variáveis metabólicas: TG, HDL-c e GJ.

Para mensuração do peso e estatura foram utilizados: uma balança da marca G-Tec com visor digital e um estadiômetro da marca Seca. Para a classificação do estado nutricional foram adotados os critérios propostos pela OMS em 2007, sendo utilizados os indicadores de IMC/idade, segundo percentil (WHO, 2007). Na realização das medidas de circunferência da cintura utilizou-se fita métrica inelástica e flexível, de 150 cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal. A aferição foi feita, estando o indivíduo de pé, em superfície plana e lisa, em posição ereta, abdômen relaxado, braços dispostos ao longo do corpo e os pés juntos. Circundou-se com a fita a parte mais estreita do tronco entre



a última costela e a crista íliaca (FERREIRA et al., 2006). Foram realizadas três medições, considerando-se a média aritmética dos valores.

A RCE foi obtida por meio da fórmula:  $RCE=CC(cm)/Estatura(cm)$ . O cálculo do IC foi obtido como segue na seguinte equação:

$$\text{Índice C} = \frac{\text{Circunferência cintura (m)}}{\sqrt[0,109]{\frac{\text{Peso corporal (kg)}}{\text{Estatura (m)}}}}$$

A PA foi verificada pelo método auscultatório clássico, seguindo os procedimentos recomendados pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, utilizando manguitos de tamanhos apropriados, de acordo com as circunferências dos braços das crianças e adolescentes, considerando as médias de duas medidas de PAS e PAD, aferidas na criança ou adolescente, após 5 minutos de descanso (SBC, 2010). Quando a diferença entre a primeira e segunda medida da PAS ou PAD foi maior que 5mmHg, uma terceira aferição foi realizada, sendo o valor final obtido pela média entre as duas últimas medidas (MOLINA et al., 2010). Para a classificação da PA foram consideradas as curvas para determinação do percentil da estatura da criança/adolescente, de acordo com a idade e o sexo, segundo o *National High Blood Pressure Education Program*, dos Estados Unidos e a tabela de percentil da PA (NHBPEP, 2004; SBC, 2010).

Após permanecerem em jejum noturno de 12 horas, os participantes se submeteram a coleta de sangue venoso, realizada pela equipe do laboratório contratado, nas dependências das escolas. As amostras foram acondicionadas em tubos fechados a vácuo, contendo gel separador, sem anticoagulante, e encaminhadas à análise bioquímica. O sangue coletado foi centrifugado por 10 minutos a 3.000 rpm, para isolar o soro dos demais componentes, sendo ele utilizado para as análises. Os triglicerídeos e a glicose sanguínea foram dosados utilizando um kit enzimático colorimétrico, processado no aparelho Autohumalyzer A5 (Human-2004). Para dosagem de insulina, foi utilizado o Automated Chemiluminescence System ACS-180 (Ciba-Corning Diagnostic Corp., 1995, EUA).

A síndrome metabólica foi identificada por meio de três critérios diagnósticos, baseados nas definições de Cook et al. (2003), De Ferranti et al. (2004) e o terceiro, a partir do consenso proposto pela International Diabetes Federation (IDF) (ZIMMET et al., 2007).



Quadro 1 – Variáveis e pontos de corte segundo as diferentes classificações para a síndrome metabólica.

Variáveis	Cook et al.	De Ferranti et al.	IDF
HDL-C	≤ 40 mg/dL	< 50 mg/dL	≤ 40 mg/dL
Pressão arterial	≥ P90 (idade/sexo/estatura)	≥ P90 (idade/sexo/estatura)	PAS ≥ 130 mmHg ou PAD ≥ 85 mmHg
Glicemia	≥ 110 mg/dL	≥ 110 mg/dL	≥ 100 mg/dL
Circunferência da cintura	≥ P90 (idade/sexo)	≥ P75 (idade/sexo)	≥ P90 (idade/sexo)
Triglicérides	≥ 110 mg/dL	≥ 100 mg/dL	≥ 150 mg/dL

Fonte: Cook et al., 2003; De Ferranti et al., 2004; ZIMMET et al., 2007.

A análise estatística foi realizada por meio do pacote *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Para a verificação da normalidade dos dados, foi utilizado o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov. Como os dados não seguiram uma distribuição normal, para as variáveis contínuas, foi utilizada a análise descritiva, por meio de mediana e valores mínimos e máximos ( $V_{\min}$ - $V_{\max}$ ). As comparações das medidas foram realizadas pelo U de Mann-Whitney, conforme distribuição dos dados. Comparações de proporções das variáveis categóricas foram realizadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. A verificação da concordância entre os resultados obtidos pelos diferentes critérios diagnósticos se deu pelo cálculo do índice de Kappa. Para todos os testes, foi adotada significância estatística de  $p < 0,05$ .

O kappa é uma medida de concordância interobservadores que avalia o grau de concordância além do que seria esperado tão somente ao acaso. Essa medida pode variar entre -1 e +1, sendo que este último representa a concordância perfeita. o valor zero, indica que a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. Quando o valor for menor que zero (negativo), indica que a concordância foi menor do que aquela esperada pelo acaso e, por isso, sugere discordância, mas sem ser apontando como intensidade de discordância (BRITO JUNIOR et al., 2007).

No caso de rejeição da hipótese ( $Kappa=0$ ), existe a indicação de que a medida de concordância é significativamente maior do que zero, o que indicaria a existência de alguma concordância, não significando necessariamente que ela seja alta.

Para este estudo, foi adotada a interpretação:

Valores do Kappa	Interpretação
<0	Nenhuma concordância



0-0.19	Concordância ruim
0.20-0.39	Concordância razoável
0.40-0.59	Concordância moderada
0.60-0.79	Concordância considerável
0.80-1.00	Concordância quase perfeita

Fonte: Landis e Koch, 1977.

A proporção de concordância foi o número de casos em que os dois métodos estavam em concordância (soma das frequências da diagonal) sobre o número total de casos.

Os princípios éticos foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), que rege pesquisas envolvendo seres humanos, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer: 352.372).

## RESULTADOS

Houve prevalência de adolescentes do sexo feminino; da faixa etária de 10 a 14 anos. Apesar da maioria da amostra se apresentar eutrófica, 25,8% e 12,0% dos adolescentes se encontrava com excesso de peso e obesidade, respectivamente.

Tabela 1. Características clínicas dos adolescentes pesquisados.

Variáveis	n	%
<b>1. Sexo</b>		
Masculino	135	41,5
Feminino	190	58,5
<b>2. Faixa etária</b>		
10-14	181	55,7
15-19	144	44,3
<b>3. Estado nutricional</b>		
Magreza extrema	3	0,9
Magreza	11	3,4
Eutrofia	188	57,8
Excesso de peso	84	25,8
Obesidade	39	12,0

Fonte: dados da pesquisa.

Foram observados valores aumentados de IMC, CC, RCE, IC, PAS, PAD, TG, GJ e diminuídos de HDL-c em adolescentes com SM, nos três critérios diagnósticos



( $p < 0,005$ ). Porém, a respeito da glicemia, não foram detectadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos (com ou sem SM) (tabela 2).

Tabela 2. Valores de tendência central e dispersão das variáveis clínicas e metabólicas de adolescentes, segundo a presença ou a ausência de síndrome metabólica.

<b>SM – Cook et al.</b>			p valor <sup>†</sup>
	Presente	Ausente	
<b>Variáveis<sup>‡</sup></b>			
IMC	23,87 (15,02-31,93)	20,22 (8,67-33,27)	0,001
CC	78,20 (61,00-100,50)	68,95 (23,70-102,50)	0,000
RCE	0,51 (0,38-0,61)	0,42 (0,15-0,67)	0,000
IC	11,83 (10,61-14,34)	11,17 (4,09-17,36)	0,000
PAS	120 (90-140)	108,50 (80-160)	0,000
PAD	80 (60-100)	70 (50-120)	0,000
TG	140,20 (43,10-342,90)	71,65 (31,40-258,60)	0,000
GJ	74,60 (38,10-118,70)	75,10 (43,10-113,80)	0,633
HDL	41,20 (31,80-69,70)	48,15 (24,10-82,00)	0,000
<b>SM – De Ferranti et al.</b>			p valor <sup>†</sup>
	Presente	Ausente	
<b>Variáveis<sup>‡</sup></b>			
IMC	22,05 (14,75-31,93)	19,99 (8,67-33,27)	0,000
CC	75,00 (56,00-102,50)	67,60 (23,70-93,50)	0,000
RCE	0,47 (0,35-0,67)	0,42 (0,15-0,58)	0,000
IC	11,68 (10,31-17,36)	11,09 (4,09-13,48)	0,000
PAS	110 (90-160)	106 (80-140)	0,000
PAD	80 (60-120)	70 (50-94)	0,000
TG	111,80 (37,30-342,90)	69,40 (31,40-219,80)	0,000
GJ	76,00 (38,10-118,70)	74,70 (43,10-110,80)	0,243
HDL	42,90 (31,80-69,70)	49,35 (24,10-82,00)	0,000
<b>SM – IDF</b>			p valor <sup>†</sup>
	Presente	Ausente	
<b>Variáveis<sup>‡</sup></b>			
IMC	24,75 (15,35-31,93)	20,27 (8,67-33,27)	0,004
CC	84,00 (64,00-102,50)	69,00 (23,70-100,50)	0,001
RCE	0,52 (0,41-0,67)	0,42 (0,15-0,61)	0,000
IC	12,05 (10,61-17,36)	11,21 (4,09-14,34)	0,007
PAS	135 (108-160)	110 (80-140)	0,000
PAD	87,50 (64-120)	70 (50-94)	0,000
TG	118,90 (43,10-253,50)	73,50 (31,40-342,90)	0,021
GJ	79,85 (55,40-118,70)	75,00 (38,10-110,80)	0,316
HDL	42,30 (37,40-55,10)	48,10 (24,10-82,00)	0,009

‡Valores expressos em mediana (V<sub>mín</sub>-V<sub>máx</sub>). †Teste de Mann-Whitney.



A tabela 3 apresenta a proporção de diagnósticos positivos para a SM, obtidos pelos diferentes critérios utilizados para sua definição. A análise da concordância entre os critérios mostrou que em apenas 07 adolescentes, o diagnóstico coincidiu para as três definições de SM. Na verificação dos critérios em pares, a concordância entre IDF e Cook et al. foi de 92,92%

(Kappa=0,346; p=0,000); entre IDF e De Ferranti et al. foi de 78,76% (Kappa=0,190; p=0,000); e entre Cook et al. e De Ferranti et al. foi de 83,38% (Kappa=0,412; p=0,000). Em 50 adolescentes, a SM foi diagnosticada exclusivamente por De Ferranti et al.

A análise dos FR, separadamente, demonstrou que De Ferranti et al. apresenta proporção significativamente maior de positivos para a SM, que os demais critérios em: HDL-c (p=0,000), CC (p=0,000) e TG (p=0,000). IDF apresenta proporção significativamente maior de positivos para a SM que os outros dois critérios em glicemia e menor em PA (p=0,000) e TG (p=0,000).

Tabela 3. Proporção dos sujeitos quanto aos fatores de risco e à síndrome metabólica para os três critérios diagnósticos diferentes.

	Cook et al.	De Ferranti et al.	IDF
<b>1. Fatores de risco</b>			
HDL-C	13,2%	63,4%	13,2%
Pressão arterial	32,0%	32,0%	8,6%
Glicemia	1,2%	1,2%	1,8%
Circunferência da cintura	38,2%	54,2%	38,2%
Triglicerídeos	17,5%	24,9%	7,4%
<b>2. Síndrome metabólica</b>	7,7% <sup>†‡</sup>	24,3% <sup>†‡</sup>	3,7% <sup>†‡</sup>
<b>3. Número de componentes</b>			
0	35,4%	13,2%	48,9%
1	36,0%	28,3%	35,7%
2	20,9%	34,2%	11,7%
3	7,1%	19,4%	2,8%
4	0,6%	4,9%	0,9%

†Kappa = 0,412; p = 0,000; ‡ Kappa = 0,346; p = 0,000; † Kappa = 0,190; p = 0,000



Com relação ao número de componentes da SM, destaca-se o grande percentual dos adolescentes com 02 ou mais parâmetros alterados, variando de 15,4% (IDF) a 58,5% (De Ferranti).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, é possível verificar divergências consideráveis entre as proporções obtidas através dos três critérios diagnósticos, havendo maior destaque para os critérios estabelecidos por De Ferranti et al. Desse modo, é indispensável que a comunidade científica elabore uma proposta para avaliar e monitorar crianças e adolescentes, uma vez que outras pesquisas sobre a temática, tiveram desfechos semelhantes aos do estudo ora apresentado e que esta falta de consenso acerca dos critérios diagnósticos da SM, pode prejudicar a elaboração do diagnóstico da SM e o planejamento das ações e políticas públicas de saúde para a população analisada.

## REFERÊNCIAS

- ASHWELL, M.; GUNN, P.; GIBSON, S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 13, n. 3, p. 275-286, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS**. Brasília, DF, 2012.
- BRITO JUNIOR, J. P. et al. O valor da tomografia computadorizada na mudança do paradigma cirúrgico do carcinoma epidermóide de boca e orofaringe. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 5, p. 290-296, 2007
- COOK, S. et al. Prevalence of a Metabolic Syndrome Phenotype in Adolescents: Findings From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 157, p. 821-827, 2003.
- CRUZ, I. R. D. et al. Síndrome metabólica e associação com nível socioeconômico em escolares. **Revista CEFAC**, v. 16, n.4, p. 1294-1302, 2014.
- DE FERRANTI, S. D. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. **Circulation**, v. 110, n. 16, p. 2494-2497, 2004.
- DE MARCO, M. et al. Classes of antihypertensive medications and blood pressure control in relation to metabolic risk factors. **Journal of Hypertension**, v. 30, n. 1, p. 188-193, 2012.
- FERREIRA, M. G. et al. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 307-314, 2006.
- FONOFF, J. et al. Prevalência de síndrome metabólica em adolescentes obesos: critérios diagnósticos. **Cuidarte Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 78-84, 2015.
- LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n.1, p. 159-174, 1977.





- MOLINA, M. C. B. et al. Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 909-917, 2010.
- MEIRELLES, R. M. R. Menopausa e síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 58, n. 2, p. 91-96, 2014.
- MURUCI, G. R.; FRANCISCO, I.; ALVES, M. A. R. Prevalência dos componentes associados a síndrome metabólica no Brasil e revisão crítica dos fatores dietéticos associados à prevenção e ao tratamento. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 9, n.1, p. 1-15, 2015.
- NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HYPERTENSION CONTROL IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (NHBPEP). The Fourth Report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, v. 114, sup. 2, p. 555-576, 2004.
- PRADO, M. I. et al. Prevalência de excesso de peso entre estudantes de ensino fundamental de escola pública e privada em Sorocaba - São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 26, p. 43-50, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 84, sup. I, 2005.
- \_\_\_\_\_. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, 2010.
- SOUSA, M. A. C. A. et al. Associação entre peso de nascimento e fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, n. 1, p. 9-17, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Growth reference 5-19 years**. 2007. Disponível em: <[www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)>. Acesso em: 12 mar. 2016.
- ZIMMET, P. et al. The metabolic syndrome in children and adolescents: the IDF consensus. *Diabetes Voice*, v. 52, n. 4, p. 29-332, 2007.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí – FAPEPI que por meio do edital PPSUS 2013 tornou esta pesquisa possível, concedendo financiamento.

## PERFIL CLÍNICO E METABÓLICO E SUA RELAÇÃO COM RESISTÊNCIA À INSULINA ENTRE ESCOLARES

*Jéssica Denise Vieira Leal<sup>1</sup>, Thaís Norberta Bezerra de Moura<sup>1</sup>, Vanessa Natali de Carvalho<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>1</sup>, Artemizia Francisca de Sousa<sup>1</sup>, Luisa Helena de Oliveira Lima<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

## RESUMO

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



A Resistência a Insulina é definida como resposta diminuída as ações biológicas da insulina, anormalidade que ocorre principalmente em razão de ação inadequada da insulina nos tecidos periféricos, como tecido adiposo, muscular e hepático, e está associada ao excesso de gordura corporal e alterações metabólicas que podem iniciar na adolescência. Objetivou-se investigar o perfil clínico e metabólico e sua relação com resistência à insulina entre escolares. Sendo esse um estudo transversal, do tipo descritivo, realizado com 186 adolescentes de 10 a 19 anos, de 8 escolas privadas do município de Picos, no período de abril a dezembro 2013. Foram consideradas variáveis clínicas: índice de massa corporal, circunferência da cintura e do pescoço, índice de conicidade, pressão arterial sistólica, diastólica e média. As variáveis metabólicas foram: triglicerídeos, glicemia, colesterol total, HDL e LDL colesterol, insulina e índice HOMA. Considerou-se significância estatística valor de  $p < 0,05$ . Observou-se prevalência do sexo feminino, com 19,4% e 6,5% de excesso de peso e obesidade, respectivamente. A prevalência de resistência à insulina foi de 42,5%. Na distribuição das variáveis clínicas e metabólicas dos adolescentes segundo os quartis do HOMA-IR, pressão arterial sistêmica, glicemia e insulina aumentaram à medida que os valores do HOMA-IR elevavam. Concluiu-se que a resistência insulínica está presente em adolescentes, e que esta condição associa-se às alterações clínicas e metabólicas.

**Palavras-chave:** Resistência à Insulina. Adolescente. Perfil de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade estão se tornando um problema de saúde pública emergente, mesmo na população jovem, por possuir característica genética e ambiental, podendo surgir a qualquer momento da vida, ainda mais na adolescência por ser um período importante, devido aos fatores biológico, social, cultural e comportamental que podem mudar o padrão nutricional e continuação do crescimento (ARAÚJO et al., 2008).

A prevalência do sobrepeso e da obesidade entre os brasileiros, com destaque para o acentuado incremento na adolescência, chama atenção por ser esse um dos períodos críticos da vida para o início ou a persistência da obesidade e suas complicações, como a resistência à insulina (RI), que está entre as principais desordens metabólicas (FARIA et al., 2014).

A RI é definida como resposta diminuída as ações biológicas da insulina, anormalidade que ocorre principalmente em razão de ação inadequada da insulina nos tecidos periféricos, como tecido adiposo, muscular e hepático. Está associada ao excesso de gordura corporal e alterações metabólicas, como diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, que, em conjunto, constituem a síndrome metabólica (FARIA et al., 2014).



Diagnosticar a RI não é fácil, devido à inexistência de um único método capaz de estimar o grau de sensibilidade individual à insulina. Dentre os diferentes métodos encontram-se os diretos, que procuram analisar os efeitos de uma quantidade pré-determinada de insulina administrada (teste de tolerância à insulina, teste de supressão da insulina e clampeamento), e os indiretos, que avaliam o efeito da insulina endógena (insulinemia de jejum, HOMA [homeostasis model assessment] e o teste de tolerância oral à glicose [TTOG]) (ROMUALDO; NÓBREGA; ESCRIVÃO, 2014).

É importante diagnosticar a RI para que haja uma comparação em relação ao perfil metabólico e clínico, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) requer a avaliação da resistência à insulina ou do distúrbio do metabolismo da glicose, como umas das alterações que muda os diferentes critérios diagnósticos da síndrome metabólica, sendo seu diagnóstico de relevância na avaliação da presença de alterações metabólicas.

Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo investigar o perfil clínico e metabólico e sua relação com resistência à insulina entre escolares.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo é de natureza descritiva do tipo transversal, foi realizado nas 8 escolas de ensino fundamental e médio privadas, da zona urbana do município de Picos – PI, que possuem séries/anos que se destinam à faixa etária em estudo (10 a 19 anos de idade) e que aceitaram participar do estudo concedendo autorização institucional, no período compreendido entre março a dezembro de 2015.

A população foi composta por todos os adolescentes de 10 a 19 anos regularmente matriculados nas escolas particulares da zona urbana de Picos. Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos transversais com população finita (LUIZ; MAGNANINI, 2011):  $n = (Z_{\alpha}^2 * P * Q * N) / (Z_{\alpha}^2 * P * Q) + (N - 1) * E^2$ . Onde: n = tamanho da amostra; Z  $\alpha$  = coeficiente de confiança; N = tamanho da população; E = erro amostral absoluto; Q = porcentagem complementar (100-P); P = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo.

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 95% (1,96), o erro amostral de 5% e população de 2250 adolescentes (10 a 19 anos) (N=2902), regularmente matriculados nas escolas da zona urbana. A prevalência considerada foi a menor prevalência esperada dentre as variáveis escolhidas para estudo (7% para



hipertensão arterial) (SILVA et al., 2005) ( $P=0,07$ ). A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 186 participantes.

Para coleta de dados, foi utilizado um formulário adaptado de um estudo que identificou a ocorrência simultânea de fatores de risco cardiovascular e SM em amostra representativa de crianças e adolescentes, domiciliadas na cidade de Vitória e investigou os fatores socioeconômicos associados (MOLINA et al., 2010). O formulário contém informações sobre identificação, antropometria, medidas hemodinâmicas, perfil lipídico e glicídico. Este formulário foi preenchido com o adolescente.

Para participar os adolescentes atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- ter idade entre 10 a 19 anos;

- cujo responsável aceitou participar da pesquisa e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi selecionada de forma aleatória entre todos os adolescentes que preencherem os critérios de elegibilidade nas instituições escolares.

Foram consideradas variáveis clínicas: índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e do pescoço (CP), índice de conicidade (IC), pressão arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) e média (PAM). As variáveis metabólicas foram: triglicerídeos (TG), glicemia (GL), colesterol total (CT), HDL-colesterol, LDL-colesterol, insulina e índice HOMA.

O peso foi obtido por meio de balança do tipo plataforma da marca Filizola (Filizola, São Paulo, Brasil), colocada em superfície lisa, com capacidade para até 150 kg e precisão de 100 g. Os indivíduos estavam descalços e com roupas leves, posicionados no centro da balança, no plano vertical. A estatura foi aferida em posição ereta, pés descalços e unidos em paralelo, utilizando-se como instrumento um estadiômetro com resolução de 1 mm.

Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes foi utilizado o escore-z de IMC, de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (2006). A circunferência da cintura (CC) foi mensurada com o indivíduo em posição vertical, no ponto médio entre a margem inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, no plano horizontal, com fita métrica inextensível graduada em milímetros.

O cálculo do índice de conicidade (IC) (CARNEIRO et al., 2014) foi feito conforme a seguinte equação:



$$\text{Índice C} = \frac{\text{Circunferência cintura (m)}}{0,109 \sqrt{\frac{\text{Peso corporal (kg)}}{\text{Estatura (m)}}}}$$

A pressão arterial foi verificada pelo método auscultatório clássico com aparelho validado para a pesquisa. A verificação da pressão arterial seguiu os procedimentos recomendados nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Foram utilizados manguitos de tamanho apropriado à circunferência dos braços dos adolescentes e foi desenvolvido um protocolo para verificação da pressão arterial que considerou as médias de duas medidas de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) aferidas no adolescente, após 5 minutos de descanso. No caso de a diferença entre a 1ª e a 2ª medidas da PAS ou PAD

ser maior que 5mmHg foi realizada uma 3ª medida e considerada a média entre a 2ª e a 3ª medidas da PAS e PAD<sup>7</sup>. Para a classificação da pressão arterial foram consideradas as curvas para determinação do percentil da estatura da criança/adolescente de acordo com a idade e o sexo, segundo o National High Blood Pressure Education Program dos Estados Unidos (2004) e a tabela de percentil da pressão arterial também referenciada pela VI Diretrizes de Hipertensão Arterial (2010). A pressão arterial média (PAM) foi determinada pela seguinte fórmula:  $PAM = PAS + (PAD \times 2) / 3$  (BENETOS et al., 1997).

Os exames laboratoriais foram todos realizados no laboratório contratado para esse fim e incluíram dosagem sérica de colesterol total e frações, triglicerídeos, insulina e glicemia de jejum. As amostras de sangue foram coletadas por meio de punção venosa, após jejum de 12 horas. A coleta foi realizada em tubo a vácuo contendo gel separador sem anticoagulante. Após a coleta o sangue foi centrifugado por 10 minutos a 3.000 rpm para separar o soro dos demais componentes, e este foi utilizado para efetuar as análises.

Os níveis de colesterol total, triglicerídeos, HDL-C e glicose foram determinados utilizando kit calorimétrico enzimático processado no aparelho Autohumalyzer A5, (Human GMBH, Kaiserslautern, Alemanha). A insulina foi determinada em equipamento ACS-180 Automated Chemiluminescence System (Ciba Corning, Diagnostics Corp; Medifield, EUA) e os níveis de LDL-C foram calculados por meio da equação de Friedewald; Levy; Fredrickson (1972). Os resultados foram comparados com os valores de referência para a infância e adolescência da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013)

O índice HOMA-IR foi utilizado para avaliar a RI, tendo sido obtido com o cálculo do produto da insulina plasmática de jejum (U/mL) e da glicemia de jejum (mmol/L) dividido por



22,5. O ponto de corte utilizado foi maior ou igual a 3,43 para ambos os sexos (GARCIA et al., 2007).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 03864912.9.0000.5214) e seguiu todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Os dados foram digitados em planilhas Excel 2010 (Microsoft, Washington, EUA) e analisados no programa SPSS 20.0 (IBM Company, New York, EUA). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As diferenças para estas variáveis foram analisadas pelo teste-t ou Mann-Whitney, de acordo com a distribuição. As variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado (com correção pelo teste exato de Fisher). Para avaliação da RI e a sua relação com as variáveis clínicas e metabólicas, o índice HOMA-IR foi distribuído em quartis e as diferenças entre os valores destas variáveis foram avaliadas pelo teste ANOVA ou Kruskal-Wallis, de acordo com a distribuição. Para todas as análises considerou-se significância estatística o valor de p menor que 0,05.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 186 adolescentes de ambos os sexos. Observou-se, de acordo com a Tabela 1, prevalência de adolescentes do sexo feminino e com idade entre 15 a 19 anos. Embora a maioria estivesse eutrófica, 19,4% e 6,5% encontravam-se com excesso de peso e obesidade, respectivamente. A prevalência de resistência à insulina foi de 42,5%.

Tabela 1. Características clínicas e prevalência de resistência à insulina entre os adolescentes.

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	71	38,2
Feminino	115	61,8
Idade (em anos)		
10-14	79	42,5
15-19	107	57,5
Estado nutricional		
Magreza extrema	2	1,1
Magreza	6	3,2
Eutrofia	130	69,9
Excesso de peso	36	19,4



Obesidade	12	6,5
Resistência à insulina		
Sim	79	42,5
Não	107	57,5

De acordo com a tabela 2, observou-se uma correlação negativa entre: IMC e HDL-colesterol; CC e CT e HDL-colesterol; CP e CT e HDL-colesterol ( $p < 0,05$ ). A PAS e PAM também apresentaram correlação negativa com CT e LDL-colesterol ( $p < 0,05$ ). O IMC, CC E CP apresentaram correlação positiva com a insulina e o índice HOMA.

Tabela 2. Correlação entre as características clínicas e metabólicas dos adolescentes pesquisados.

Variáveis <sup>†</sup>	TG	GL	CT	HDL	LDL	Insulina	HOMA
IMC	-0,024	-0,183*	-0,032	-0,201*	0,015	0,103	0,069
CC	0,031	-0,167*	-0,153*	-0,329*	-0,092	0,097	0,072
CP	0,026	-0,116	-0,137	-0,264*	-0,075	0,075	0,057
IC	0,126	0,083	-0,167*	-0,291*	-0,149*	0,034	0,054
PAS	-0,040	0,013	-0,197*	-0,073	-0,184*	0,062	0,062
PAD	-0,015	0,015	-0,148*	-0,100	-0,145*	0,097	0,099
PAM	-0,039	0,029	-0,194*	-0,093	-0,186*	0,105	0,107

<sup>†</sup>Correlação Rho de Spearman.

Na tabela 3 observamos que os indivíduos resistentes à insulina apresentaram valores medianos menores de LDL-colesterol (93,50 mg/dL (34,80-171,20) vs. 82 mg/dL (30,00-158,00) ( $p = 0,002$ )) e maiores de insulina (6,20 mcU/dL (1,30-18,00) vs. 25 mcU/dL (11,70-89,80) ( $p = 0,000$ )) quando comparados aos adolescentes que não tinham RI. As demais variáveis não apresentaram relação estatisticamente significativa com a RI ( $p > 0,05$ ).

Tabela 3. Valores de tendência central e dispersão das variáveis clínicas e metabólicas de crianças e adolescentes, segundo a ausência ou a presença de resistência à insulina.

Variáveis <sup>‡</sup>	Resistência à insulina		p <sup>†</sup>
	Ausente	Presente	
IMC	20,38 (12,65-33,27)	20,65 (14,94-31,28)	0,641
CC	68,00 (23,70-87,50)	70,30 (53,70-92,50)	0,277
CP	31,00 (10,40-40,00)	31,20 (23,00-40,60)	0,408
IC	11,06 (4,09-13,48)	11,18 (10,13-12,77)	0,344
PAS	110,00 (90,00-134,00)	108,00 (90,00-140,00)	0,985
PAD	70,00 (50,00-92,00)	70,00 (50,00-94,00)	0,293
PAM	83,33 (63,33-100,66)	82,00 (67,33-101,00)	0,421
TG	66,70 (31,40-258,60)	78,00 (33,00-342,90)	0,088
GL	73,40 (53,80-93,30)	72,30 (51,90-118,70)	0,396
CT	156,30 (100,00-231,90)	147,60 (85,00-238,60)	0,074
HDL	47,30 (30,70-74,70)	49,00 (30,80-68,90)	0,223



LDL	93,50 (34,80-171,20)	82,00 (30,00-158,00)	0,002*
Insulina	6,20 (1,30-18,00)	25,00 (11,70-89,80)	0,000*

‡Valores expressos em mediana (Vmín-Vmáx). †Teste de Mann-Whitney.

Na distribuição das variáveis clínicas e metabólicas dos adolescentes segundo os quartis do HOMA-IR, observou-se também o aumento das medianas de PAS ( $p = 0,023$ ) e glicemia ( $p = 0,009$ ) no segundo e terceiro quartis, aumento da insulina ( $p = 0,000$ ) à medida que os valores do HOMA-IR elevavam, com exceção dos níveis de LDL-colesterol ( $p = 0,024$ ), que diminuíram.

Tabela 4. Perfil clínico e metabólico dos adolescentes pesquisados, segundo os quartis do índice HOMA-IR

Variáveis <sup>‡</sup>	HOMA-IR				p <sup>†</sup>
	≤ 1,028	1,029-1,879	1,880-3,857	≥ 3,858	
IMC	19,73 (15,01-31,27)	20,29 (12,65-27,65)	20,82 (13,43-33,27)	20,60 (14,94-28,93)	0,551
CC	67,20 (23,70-85,70)	69,50 (26,80-87,50)	69,70 (26,00-92,50)	71,12 (53,70-90,50)	0,637
IC	11,06 (4,62-12,18)	11,16 (4,39-12,43)	11,06 (4,09-13,48)	11,17 (10,16-12,50)	0,547
CP	31,00 (10,40-38,50)	31,00 (11,10-40,00)	31,00 (12,00-40,60)	31,85 (23,00-36,90)	0,820
PAS	104,00 (90-124)	112,00 (90-134)	110,00 (90-126)	107,50 (92-140)	0,023*
PAD	68,00 (50-84)	68,00 (50-92)	70,00 (58-90)	68,50 (50-94)	0,108
PAM	80,66 (70,00-92,66)	84,66 (63,33-100,66)	85,33 (70,00-100,66)	81,83 (67,33-101,00)	0,073
TG	65,10 (31,40-119,50)	68,60 (35,10-258,60)	78,00 (35,10-253,50)	76,30 (33,00-342,90)	0,123
GL	70,10 (53,80-93,30)	74,50 (60,00-92,10)	75,90 (54,00-94,40)	71,20 (51,90-11870)	0,009*
CT	152,10 (100,60-227,30)	161,10 (105,90-231,90)	150,40 (100-210,90)	144,40 (85-238,60)	0,197
HDL	47,40 (33,90-65,10)	46,30 (30,70-74,70)	48,00 (31,80-68,90)	50,00 (30,80-66,00)	0,227
LDL	90,20 (34,80-167,50)	97,20 (36-171,20)	86,10 (42-131,40)	77,10 (30-158)	0,024*
Insulina	4,5 (1,3-6,4)	7,7 (5,7-10,9)	14,0 (9,1-22)	31,8 (19,7-89,8)	0,000*

‡Valores expressos em mediana (Vmín-Vmáx). †Teste de Kruskal-Wallis.





## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, pode-se concluir que RI está presente em adolescentes, e que esta condição associa-se a alterações clínicas e metabólicas. Portanto, o nível de resistência a insulina deve ser monitorado em todos os adolescentes, em especial os com excesso de peso e/ou de gordura corporal, pois parece que, quanto maiores os níveis de HOMA-IR, maior a frequência de fatores de risco cardiovascular, o que justifica a inclusão da resistência a insulina como componente da síndrome metabólica.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. F. M. *et al.* La prevalencia de exceso de peso entre adolescentes de escuelas privadas de fortaleza: datos preliminares. **Rev. Rene**. v.9, n.4, p. 65-71, 2008.
- BENETOS, A. *et al.* Large artery stiffness in hypertension. **J Hypertens**. v.15(supl 1), p.89-97, 1997.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012.
- CARNEIRO, I. B. P. *et al.* Antigos e novos indicadores antropométricos como preditores de resistência à insulina em adolescentes. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.58, n.8, p. 838-43, 2014.
- FARIA, E.R. *et al.* Resistência à insulina e componentes da síndrome metabólica, análise por sexo e por fase da adolescência. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.58, n.6, p.610-8, 2014.
- FRIEDEWALD, W.T.; LEVY, R.I.; FREDRICKSON, D.S. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma without use of the preparative ultracentrifuge. **Clin Chem**. v.18, p.499-502, 1972.
- GARCÍA, C. B. *et al.* The HOMA and QUICKI indexes, and insulin and C-peptide levels in healthy chil dren. Cut off points to identify metabolic syndrome in healthy children. **An Pediatr (Barc)**. v.66, p.481-90, 2007.
- LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho AR, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: **Atheneu**. p.415-27, 2011.
- MOLINA, M. C. B. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.26, p.909-17, 2010.
- NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HYPERTENSION CONTROL IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. The Fourth Report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. **Pediatrics**. v.114, p.555-76, 2004.
- ROMUALDO, M. C. S.; NÓBREGA, F. J.; ESCRIVÃO, M. A. M. S. Resistência à insulina em crianças e adolescentes obesos. **J Pediatr**. v.90, n.6, p.600-607, 2014.
- SILVA M. A. M. *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. **Arq Bras Cardiol**. v.84, n.5, p.387-92, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**. v.101, Supl I, p.1-18, 2013.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v.95, Supl 1, p.1-51, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO child growth standards - methods and development: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva: WHO; 2006.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí – FAPEPI, pelo financiamento da pesquisa por meio do edital FAPEPI / SESAPI/ MS/ CNPq/ Nº 03/2013 – PPSUS.

## PREMATURIDADE: PERFIL MATERNO E NEONATAL EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO PIAUÍ

*Suellen Aparecida Patricio Pereira<sup>1</sup>, Valéria Sousa e Silva<sup>2</sup>, Wisis Cristina Maciel Nascimento Sousa<sup>2</sup>, Ingrid Tajra Conceição de Maria Rodrigues Santos<sup>1</sup>, Fernanda Nogueira Barbosa Lopes<sup>1</sup>, Lillian Melo Fortaleza<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí

<sup>2</sup>UNINOVAFAPI

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mães de recém-nascidos prematuros e caracterizar os neonatos pré-termo quanto à situação de risco para crescimento e desenvolvimento em maternidade de referência do Piauí. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo de caráter transversal e quantitativo realizado em uma maternidade em Teresina, PI. Foram analisados 269 prontuários de prematuros que estiveram internados na UTI neonatal da maternidade no ano de 2013. Os dados foram obtidos a partir de uma ficha de coleta de dados baseada no perfil sócio-demográfico e reprodutivo das mães e características dos RNs prematuros. Os resultados foram descritos utilizando-se a estatística descritiva e foram expostos em tabelas de frequências para análise. **Resultados:** Identificou-se uma maior prevalência de nascimentos prematuros em mães com idade entre 21 e 30 anos (41,3%); nas solteiras (74,3%), nas que tinham ensino fundamental incompleto (45,7%), que realizaram de 0 a 3 consultas pré-natais (46,1%), que foram submetidas ao parto cesariano (60,6%) e que apresentaram intercorrências clínicas durante a gestação (70,3%). Houve maior prevalência de prematuridade na idade gestacional entre 28 e 32 semanas (54,6%), nos rns com peso entre 1.000-1.500 g (38,3%). A maioria dos recém-nascidos prematuros teve APGAR maior que sete no 5º minuto de vida (77,0%) e não apresentou má formação (98,1%). **Conclusão:** Acredita-se que identificando e monitorando as variáveis relacionadas a prematuridade, será possível planejar e elaborar



estratégias que possam diminuir, ou ao menos prevenir, a ocorrência de partos prematuros, e, conseqüentemente, diminuir as taxas de mortalidade neonatal e infantil do país e do mundo.

**Palavras-chave:** Prematuro. Mortalidade infantil. Gravidez

## INTRODUÇÃO

A prevalência de nascimentos prematuros, definidos como aqueles que ocorrem antes das 37 semanas gestacionais, mostra tendência crescente em vários países, porém em sua maioria é um problema evitável. Este fato é relevante e gera preocupação uma vez que as complicações relacionadas à prematuridade representam a primeira causa de mortes neonatais e infantis em países de renda média e alta, incluindo o Brasil (MATIJASEVICH et al., 2013).

A prematuridade pode ser classificada em três categorias: leve (entre 32 e 36 semanas de gestação), moderada (28 e 31 semanas) e severa (abaixo de 28 semanas). A ocorrência de morbi-mortalidade perinatal é inversamente proporcional à idade gestacional do parto e permanece ainda como um grande problema da obstetrícia moderna, visto que, a ocorrência de partos prematuros tem se mantido estável ao longo dos anos, apesar dos esforços para reverter essa situação (SILVA et al., 2009).

Os óbitos neonatais apresentam ocorrências bastante variadas em todo o mundo, sendo que os países desenvolvidos atingem índices de mortalidade neonatais muito inferiores aos dos países subdesenvolvidos. Na América Latina, a identificação de taxas de mortalidade neonatal de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos representa uma diferença de quatro vezes mais em relação aos países norte-americanos e europeus (CARVALHO; GOMES, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que as maiores taxas de nascimentos prematuros ocorrem na África e na América do Norte, com 11,9% e 10,6%, respectivamente. O Ministério da Saúde do Brasil aponta uma taxa de mortalidade, no período neonatal, entre 7,9 e 14,2%, o que demonstra uma grande variação entre as regiões geográficas nacionais (WHO, 2012).

Estima-se que todo ano, no mundo, 13 milhões de recém-nascidos nasçam prematuros (RAMOS; CUMAN, 2009). Em um estudo realizado em 2013 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) constatou-se que no ano de 2011 a prevalência de nascimentos pré-termo em nosso país era de 11,8 %, com variações dependendo da região. Em relação ao Nordeste brasileiro, no ano de 2000, a estimativa corrigida de prevalência de nascimentos pré-termo nessa região era de 10,3%, já no ano de 2011 passou a ser de 11%, revelando um aumento de nascimentos pré-termo nessa região (UNICEF, 2013).



Estudos epidemiológicos têm evidenciado o papel de diversos fatores de risco para a prematuridade desde sociodemográficos e reprodutivos maternos. Vários trabalhos têm demonstrado que fatores maternos como idade da mãe, estado civil, tipo de ocupação e outros podem ser os propulsores para o desencadeamento do parto prematuro. Alguns autores citam também fatores de ordem genética, exposição a substâncias tóxicas e assistência pré-natal ausente ou tardia. Outras prováveis causas são as de origem ginecológica e obstétrica, como é o caso do sangramento vaginal persistente durante a gestação, infecção urinária, mioma uterino, entre outras (SILVA et al., 2009).

Em países industrializados o nascimento prematuro é amplamente estudado, enquanto os dados de países em desenvolvimento ainda são bastante reduzidos, portanto, conhecer e avaliar o perfil das mães e dos recém-nascidos prematuros é importante na determinação dos riscos vitais relacionados às condições do nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esses aspectos componentes de vários indicadores de saúde e fundamentais para a assistência na área materno-infantil.

O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mães de recém-nascidos prematuros, bem como caracterizar os neonatos pré-termo quanto à situação de risco para crescimento e desenvolvimento em uma maternidade de referência do Piauí.

## **METODOLOGIA**

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo a pesquisa aprovada no dia 17/12/2014 com CAAE: 40024214.3.0000.5210.

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo de caráter transversal e quantitativo. O local do estudo foi a Maternidade Dona Evangelina Rosa, que é referência em assistência obstétrica e neonatal na cidade. A mesma está localizada na cidade de Teresina, no estado do Piauí (PI), região Nordeste do Brasil. O período de realização da pesquisa foi entre abril e julho de 2015.

Foram incluídos na pesquisa os prontuários de recém-nascidos prematuros (idade gestacional abaixo de 37 semanas) que estiveram internados na UTI Neonatal da maternidade de referência no período de janeiro a dezembro de 2013. Os prontuários dos neonatos prematuros



que estavam mal preenchidos, com letra ilegível e os que não foram encontrados foram excluídos da pesquisa.

Para compor a amostra do estudo, foi feito um levantamento censitário no livro de registros de recém-nascidos internados na UTI neonatal da maternidade de referência, onde foram identificados 440 prontuários de recém-nascidos prematuros que foram assistidos no ano de 2013 na UTI neonatal da maternidade. Porém, apenas 269 prontuários foram encontrados, portanto, a amostra do estudo foi composta pelos 269 prontuários de recém-nascidos prematuros internados na UTI neonatal da maternidade no ano de 2013.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2015. Para uma melhor organização das informações contidas nos prontuários, foi utilizada uma ficha para coleta de dados elaborada pelas pesquisadoras, contendo as variáveis do perfil sociodemográfico e reprodutivo das mães, sendo elas: idade; estado marital; grau de escolaridade; paridade; realização de pré-natal e o número de consultas; ocorrência de abortos anteriores; tipo de parto e intercorrências durante a gestação atual, e as variáveis para caracterização dos recém-nascidos quanto ao risco para o crescimento e desenvolvimento, tais como: sexo, idade gestacional, peso ao nascer, Apgar no quinto minuto e má-formação congênita.

Os dados obtidos foram descritos e sintetizados utilizando-se a estatística descritiva e os resultados foram expostos em tabelas de frequências para análise, discussão e conclusão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao descrever o perfil das mães de prematuros pôde-se identificar uma maior prevalência de nascimentos prematuros em mães com idade entre 21 e 30 anos (41,3%), seguida da faixa etária de 13 a 20 anos (29,0%); nas solteiras (74,3%), nas que tinham ensino fundamental incompleto (45,7%), múltíparas (55,8%), naquelas sem histórico de abortos anteriores (74,0%), que realizaram de 0 a 3 consultas pré-natais (46,1%), que foram submetidas ao parto cesariano (60,6%) e que apresentaram intercorrências clínicas durante a gestação (70,3%) (Tabela 1).

Ao caracterizar o perfil dos recém-nascidos prematuros, identificou-se a maior prevalência da prematuridade na idade gestacional entre 28 e 32 semanas (54,6%), no sexo masculino (50,9%), nos RNs com peso entre 1.000-1.500 g (38,3%). A maioria dos recém-nascidos prematuros teve APGAR maior que sete no 5º minuto de vida (77,0%) e não apresentou má formação (98,1%) (Tabela 2).



**Tabela 1-** Perfil sociodemográfico e reprodutivo das mães de recém-nascidos prematuros que estiveram internados na UTI neonatal no ano de 2013 em uma maternidade de referência em Teresina-PI.

<b>Características da mãe</b>		<b>Count</b>	<b>Table N %</b>
<b>Idade materna</b>	menor ou igual a 12	<b>0</b>	<b>,0%</b>
	Entre 13 e 20	<b>78</b>	<b>29,0%</b>
	Entre 21 e 30	<b>111</b>	<b>41,3%</b>
	Entre 31 e 35	<b>49</b>	<b>18,2%</b>
	Maior que 35	<b>31</b>	<b>11,5%</b>
<b>Estado Marital</b>	Casada	<b>69</b>	<b>25,7%</b>
	Solteira	<b>200</b>	<b>74,3%</b>
	Separada	<b>0</b>	<b>,0%</b>
	Viúva	<b>0</b>	<b>,0%</b>
<b>Grau de escolaridade</b>	Não alfabetizada	<b>4</b>	<b>1,5%</b>
	Ensino fundamental incompleto	<b>123</b>	<b>45,7%</b>
	Ensino fundamental completo	<b>37</b>	<b>13,8%</b>
	Ensino médio incompleto	<b>55</b>	<b>20,4%</b>
	Ensino médio completo	<b>43</b>	<b>16,0%</b>
	Ensino superior incompleto	<b>1</b>	<b>,4%</b>
	Ensino superior completo	<b>6</b>	<b>2,2%</b>
<b>Paridade</b>	Primípara	<b>119</b>	<b>44,2%</b>
	Múltipara	<b>150</b>	<b>55,8%</b>
<b>Abortos</b>	Não	<b>199</b>	<b>74,0%</b>
	Sim	<b>70</b>	<b>26,0%</b>
<b>Realizou pré natal</b>	Não	<b>40</b>	<b>14,9%</b>
	Sim	<b>229</b>	<b>85,1%</b>
<b>Consultas de pré natal</b>	0-3	<b>124</b>	<b>46,1%</b>
	4-6	<b>121</b>	<b>45,0%</b>
	Acima de 6	<b>24</b>	<b>8,9%</b>
<b>Tipo de parto</b>	Normal	<b>106</b>	<b>39,4%</b>



	Cesária	<b>163</b>	<b>60,6%</b>
<b>Intercorrências durante a gestação atual</b>	Sim	<b>189</b>	<b>70,3%</b>
	Não	<b>80</b>	<b>29,7%</b>

Fonte: Prontuários de recém-nascidos prematuros que estiveram internados na UTI neonatal da maternidade de referência no ano de 2013.

**Tabela 2-**Caracterização dos recém-nascidos prematuros que foram atendidos na UTI neonatal de uma maternidade de referência em Teresina-PI no ano de 2013.

<b>Características do Rn</b>		Count	Table N %
<b>Idade Gestacional</b>	Menor que 28 semanas	<b>26</b>	<b>9,7%</b>
	28-32 semanas	<b>147</b>	<b>54,6%</b>
	32-36 semanas	<b>96</b>	<b>35,7%</b>
<b>Sexo do Rn</b>	Masculino	<b>137</b>	<b>50,9%</b>
	Feminino	<b>132</b>	<b>49,1%</b>
<b>Peso ao nascer</b>	Menor que 1.000 g	<b>47</b>	<b>17,5%</b>
	1.000 - 1.500 g	<b>103</b>	<b>38,3%</b>
	1.600 - 2.000 g	<b>61</b>	<b>22,7%</b>
	2.100 - 2.500 g	<b>58</b>	<b>21,6%</b>
<b>Apgar no 5° minuto</b>	< 7	<b>62</b>	<b>23,0%</b>
	> 7	<b>207</b>	<b>77,0%</b>
<b>Má formação congênita</b>	Sim	<b>22</b>	<b>8,2%</b>
	Não	<b>247</b>	<b>91,8%</b>

Fonte: Prontuários de recém-nascidos prematuros que estiveram internados na UTI neonatal da maternidade de referência no ano de 2013.

Várias são as hipóteses estudadas para justificar o nascimento prematuro, entre elas encontra-se a situação afetiva da gestante. Nesta pesquisa, o estado civil da mãe teve uma diferença de proporção significativa com a frequência maior de nascimentos prematuros nas mães solteiras (74,3%) do que nas casadas (25,7%), confirmando os resultados de outros trabalhos, como em um estudo realizado no estado do Ceará, no qual as mães solteiras tiveram maior prevalência de nascimentos pré-termo em comparação as casadas (SAMPAIO; PINTO; SAMPAIO, 2012).

O estilo de vida da mulher sem parceiro, a falta de apoio de um companheiro, a desagregação familiar e a discriminação imposta pela família e pela própria sociedade parecem contribuir para aumentar a ansiedade e o estresse psicológico da gestante e, conseqüentemente, desencadear um trabalho de parto prematuro (SILVA et al., 2009).



Analisando-se o tipo de parto, a maioria (60,6%) dos nascimentos pré-termo ocorreram em mães que realizaram parto cesariano. Este resultado confirma um estudo realizado em Santa Catarina no ano de 2005, no qual o parto cesariano esteve relacionado à prematuridade (CASCAES et al., 2008).

Observa-se que as taxas de cesarianas têm aumentado nitidamente em todo o mundo nos últimos anos. Entre os 12 países com maiores taxas de cesariana, o Brasil ocupou o segundo lugar, com taxa de 32% (YAZLLE et al., 2001). O parto cesariano acarreta aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade. Associado também a um maior tempo de internação da gestante e do recém-nascido, maior tempo de assistência por profissionais de saúde, aumento no uso de medicamentos, início tardio da amamentação e elevação dos gastos para o sistema de saúde (MANDARINO et al., 2009).

Diferentemente da presente pesquisa e de outros estudos anteriores, em uma pesquisa realizada no estado do Ceará, com relação ao tipo de parto, a maioria (65,2%) dos nascimentos prematuros ocorreram em mães que realizaram parto vaginal (SAMPAIO; PINTO; SAMPAIO, 2012).

No presente estudo, a maioria das mães (45,7%) possuía ensino fundamental incompleto enquanto apenas 2,2 % das mesmas haviam completado o ensino superior. Confirmando esta pesquisa, constatou-se um estudo realizado por Ramos e Cuman (2009) no estado do Paraná, onde foi observado que 47 % das mães de recém-nascidos prematuros não possuíam estudo fundamental completo.

Em relação à idade materna, a frequência de nascimentos pré-termo foi aumentando até as mães com faixa etária compreendida entre 21 e 30 anos (41,3%), onde então ocorreu uma redução significativa em mães acima dos 35 anos de idade (11,5%). Conclui-se, portanto, que a proporção de nascimentos prematuros analisados neste estudo possui diferenças consideráveis nas diferentes faixas etárias. Corroborando com este achado, um estudo realizado no estado do Ceará que identificou menor frequência de nascimentos prematuros em mães com idade acima de 40 anos (SAMPAIO; PINTO; SAMPAIO, 2012).

Em estudo realizado em um hospital de referência de Santa Catarina revelou que o aborto prévio teve uma fraca significância com o parto prematuro, corroborando com esta pesquisa e também com pesquisas nacionais e internacionais (SILVA et al., 2009).

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil, apesar de vir aumentando nas últimas décadas, ainda é considerada baixa. As desigualdades no uso desta assistência ainda persistem e o percentual de mulheres residindo na zona rural que não realizam o pré-natal é alto. Existem





grandes diferenças na cobertura segundo regiões geográficas. No Nordeste, o Maranhão é um dos estados que possui um grande percentual de mulheres que não realizam o pré-natal (COIMBRA et al.,2003).

Segundo Silva (2012), vários estudos sugerem que a inadequação do pré-natal está associada com alta mortalidade fetal, neonatal e infantil como também maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna.

Uma assistência pré-natal adequada prevê, como mínimo, seis consultas durante a gravidez. Se a gestação não é classificada como de alto risco, indicam-se, no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. Sendo que a primeira consulta deve ser realizada em até 120 dias, ou seja, até o quarto mês de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em relação ao número de consultas de pré-natal, a presente pesquisa demonstrou que 46,1% das mães realizaram de 0 a 3 consultas, 45% realizaram de 4 a 6 consultas e somente 8,9 % realizaram acima de 6 consultas. Esses resultados confirmam o estudo realizado por Ramos e Cuman (2009) onde os mesmos indicam que, apesar da cobertura de assistência ao pré-natal no Brasil ter crescido nos últimos anos, ainda há baixa adesão a esse protocolo.

Estudo realizado em 2002 verificou que crianças prematuras nascidas entre 21 e 27 semanas de gestação apresentaram um risco de nascer com baixo peso 15,6 vezes maior que crianças nascidas a termo, e também que, entre os nascimentos prematuros, 74,4% dos bebês apresentaram baixo peso. O peso ao nascer além de ser um determinante da mortalidade neonatal, está ligado também à ocorrência de infecções, das maiores taxas de hospitalização, da maior propensão ao retardo de crescimento e do déficit neuropsicológico pós-natal (GUIMARÃES; MENDELEZ, 2002).

O peso ao nascer, obtido na primeira hora após o nascimento, influencia o crescimento e o desenvolvimento da criança e, em longo prazo, repercute nas condições de saúde do adulto (ARAUJO; PEREIRA; KAC, 2007).

Existe consenso de que um escore de Apgar entre 7 e 10 significa uma criança sadia, que provavelmente não terá problemas futuros. Quando o índice de apgar é  $< 7$ , é sinal de alerta para atenção especial. Neste estudo o escore de apgar no quinto minuto foi  $> 7$  em 77 % das mães. Há diferentes níveis de escore de Apgar baixo, de acordo com alterações fisiopatológicas. Além disso, é parcialmente dependente da maturidade do concepto. As condições maternas também podem influir no escore, tais como medicações e, finalmente, as próprias condições do RN influem



na avaliação como, por exemplo, malformações neuromusculares ou cerebrais e condições respiratórias (OLIVEIRA et al., 2012).

De acordo com Amorim et al (2006), no Brasil, as malformações congênitas constituem a segunda causa de mortalidade infantil, determinando 11,2% destas mortes. A associação das malformações congênitas com a mortalidade perinatal constitui uma grande preocupação do sistema de saúde, uma vez que as malformações associam-se com óbitos fetais e durante o primeiro mês de vida. Na verdade, as malformações representam em algumas regiões do mundo a primeira causa de óbitos neonatais, respondendo por 25% das mortes neste período, superando a prematuridade (associada com 20% dos óbitos).

Apesar de este estudo mostrar um discreto predomínio de nascimentos de prematuros do sexo masculino (50,9%), a variável gênero não é considerada significativa. Este achado é similar ao de um estudo realizado no Paraná, onde a variável gênero não foi relevante (RAMOS; CUMAN, 2009).

Os escores de Apgar, peso ao nascer e idade gestacional são altamente associados à sobrevivência e, em combinação, são uma medida do bem-estar do RN, do sucesso da reanimação, do tamanho e da maturidade do neonato (OLIVEIRA et al., 2005).

## **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prematuridade continua sendo a principal causa de mortalidade neonatal. Tal afirmação pode ser explicada pelo fato de recém-nascidos prematuros possuírem riscos muito maiores a infecções, complicações e agravos pela imaturidade do sistema corporal, podendo haver, ainda, consequências ao longo do desenvolvimento infantil.

A pesquisa evidenciou que o perfil das mães dos prematuros e a caracterização dos mesmos são influenciados pelas condições sócio-demográficas, econômicas e reprodutivas. O nascimento pré-termo possui etiologia multifatorial, e acredita-se que identificando e monitorando as variáveis relacionadas a esse evento, será possível planejar e elaborar estratégias que possam diminuir, ou ao menos prevenir, a ocorrência de partos prematuros, e, conseqüentemente, diminuir as taxas de mortalidade neonatal e infantil do país e do mundo.

## **REFERÊNCIAS**



- AMORIM, M.M.R et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Rev. Bras. Saúde Mater**, Recife, v.6, n.1, p. 519-525, 2006.
- ARAUJO, D.M.R; PEREIRA, N.L; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 747-756, Abr. 2007.
- BARROS, F; MATIJASEVICH, A; SILVEIRA, M. Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. **UNICEF Brasil**, Pelotas, RS, Jul. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília-DF, 2009.
- CARVALHO, M; GOMES, M.A.S.M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.1, 2005.
- CASCAES, A.M et al. Prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: Análise dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p.1024-1032, 2008.
- COIMBRA, L. C et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, São Luís, v. 37, n.4, p. 456-462, Fev. 2003.
- GUIMARÃES, E.A.A; MENDELEZ, G.V. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.2, n.3, 2002.
- MANDARINO, N. R et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto em um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596 Jul. 2009.
- MATIJASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimento pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.4, p.557-564, 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília-DF, 2003.
- OLIVEIRA, E.F. GAMA, S.G.N. SILVA, C.M.F.P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.26, n.3, p. 567-578, 2010.
- OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 1, 2012.
- RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.2, p. 297-304, Abr-Jun. 2009.
- SAMPAIO, R.M.M; PINTO, F.J.M; SAMPAIO, J.C. Fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no estado do Ceará. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.36, n.4, p.969-978 out./dez. 2012.
- SILVA, E.P. **Proposta de um índice para avaliação da assistência pré-natal na atenção básica**, João Pessoa, PB, 2012.
- SILVA, L.A et al. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n.4, p. 354-360, 2009.
- World Health Organization (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. **Geneva: World Health Organization**, 2012.
- YAZLLE, M.E.H.D et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência do parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.2, p. 202-206, 2001.

#### **AUTOEFICÁCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM GESTANTES DE UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BRASILEIRO**



*Denise Maria Valério da Silva<sup>1</sup>, Francisca Renilcilanne de Sousa<sup>1</sup>, Florianília Piauiense Torres de Araújo<sup>1</sup>, Artemizia Francisca de Sousa<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

## Resumo

**Introdução:** A investigação da autoeficácia amplia a perspectiva de competência materna e auxilia na identificação de gestantes com maior necessidade de orientação e suporte, principalmente no que se refere ao aleitamento materno. A aplicabilidade clínica da escala de autoeficácia como instrumento confiável para avaliar a percepção das gestantes em sua capacidade em amamentar possibilita aos profissionais identificar as mulheres suscetíveis de ter sucesso na amamentação. **Objetivos:** Realizar o levantamento do nível de confiança das gestantes em seu poder de amamentar, bem como identificar os pontos de maior vulnerabilidade. **Métodos:** Participaram do estudo 98 gestantes acompanhadas pela rede de atenção primária do município de Picos-PI. A pesquisa ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de dados aconteceu no período de outubro de 2014 a dezembro de 2015. Aplicou-se um formulário contemplando aspectos socioeconômicos, obstétricos e a escala da autoeficácia na amamentação (Breastfeeding Self-Efficacy Scale - BSES-SF), sendo esta composta por 14 itens. **Resultados:** Identificou-se elevados índices de confiança materna em amamentar nas gestantes avaliadas, bem como o perfil socioeconômico das mesmas, e os pontos em que elas se sentem mais inseguras quanto à amamentação, de acordo com os itens da BSES-SF. **Considerações finais:** A utilização da escala de autoeficácia em amamentar se constitui um instrumento de relevância clínica tanto na identificação dos pontos onde a gestante apresenta maior vulnerabilidade, quanto na avaliação de programas de educação em saúde com esse público, permitindo avaliar sua efetividade.

**Palavras-chave:** Gestante. Aleitamento Materno. Autoeficácia.

## INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança e para sua saúde física e psicológica. O leite materno possui grande qualidade e especificidade de nutrientes, garantindo proteção contra doenças, sendo incapaz de ser substituído por qualquer fórmula alimentar artificial (MARGOTTI, 2013).

Sendo considerado o alimento apropriado para as crianças com menos de seis meses, o leite materno, oferece proteção contra diversas doenças comuns no primeiro ano de vida e atende a todas as necessidades nutricionais da criança. Depois dos seis meses, outros alimentos devem ser oferecidos ao lactente e é recomendado que o aleitamento materno seja mantido até os dois anos de idade ou mais (ARAÚJO et al., 2013).



Estima-se que a amamentação tem o potencial de reduzir em 13% as mortes em crianças menores de 5 anos por todas as causas, sendo a estratégia, que de forma isolada, previne o maior número de mortes infantis. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de favorecer a saúde física e psíquica da mãe (JUNIOR; LIMA; GONTIJO, 2015).

Os obstáculos ao aleitamento materno são inúmeros, mas de maneira geral as alegações para seu abandono envolvem mitos e desinformação, mesmo entre mulheres com nível socioeconômico mais elevado. Esses fatores acabam por diminuir a confiança da mulher (autoeficácia) em sua capacidade de amamentar, fazendo com que abandone precocemente a amamentação (SOUZA; FERNANDEZ, 2014). No entanto, a autoeficácia, crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável, é considerada um fator passível de mudança por meio de ações de educação em saúde (CHAVES et al., 2015; SOUZA, 2012).

Nesse contexto, recobre-se de importância a sua investigação, de modo a ampliar a perspectiva de competência materna e auxiliar na identificação de gestantes com maior necessidade de orientação e suporte, no que se refere ao aleitamento materno (SPEHARI; SEIDL, 2013).

Tais levantamentos podem ser realizados por meio da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - BSES-SF, que apresenta aplicabilidade clínica como instrumento confiável para avaliar a percepção das gestantes em sua autoeficácia na amamentação, possibilitando aos profissionais identificar as mulheres suscetíveis de ter sucesso na amamentação, bem como aquelas que podem apresentar necessidades de intervenções antes do parto (SOUZA; FERNANDES, 2014).

O momento mais oportuno para identificação da autoeficácia materna em amamentar é durante a realização do pré-natal, pois oportuniza a preparação da mãe e familiares para a amamentação, por meio do esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações relevantes atuando nos pontos de vulnerabilidade identificados e promovendo o empoderamento materno (RODRIGUES et al., 2013).

Convém ressaltar a necessidade do comprometimento dos profissionais envolvidos na assistência às gestantes, pois se tem verificado que baixos níveis de



confiança materna no ato de amamentar, frequentemente, estão relacionados às falhas na execução de programas de incentivo e apoio ao aleitamento materno, bem como a insuficiente orientação profissional, ainda no período gestacional, para a prática da amamentação (SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013).

Diante do exposto e, levando em consideração, que a avaliação da autoeficácia materna na amamentação não se constitui em rotina da assistência à gestação, objetivou-se, no presente trabalho, realizar o levantamento do nível de confiança das gestantes em seu poder de amamentar, bem como identificar os pontos de maior vulnerabilidade, de modo a propor estratégias para elevar esses índices e, em consequência melhorar os indicadores de aleitamento materno, bem como demonstrar a importância da incorporação desse tipo de diagnóstico nos protocolos de atendimento e acompanhamento de gestantes.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva transversal, que produz um retrato instantâneo da situação, num determinado momento (PEREIRA, 2001). A população-alvo foi constituída por 98 gestantes acompanhadas pela rede de atenção primária de saúde de um município do semiárido brasileiro (Picos-Piauí).

A amostra foi do tipo não probabilístico por conveniência, dadas às necessidades operacionais e de custeio, com as participantes sendo incluídas no estudo de forma consecutiva, à medida que preenchiam os critérios de elegibilidade.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 19 anos; residentes na zona urbana do município; acompanhada pela Estratégia Saúde da Família (ESF); gestação de risco habitual; feto único; não possuir contraindicação para amamentar, bem como aceitar participar da pesquisa, consolidando o seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos da mesma.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2014 a dezembro de 2015, utilizando como instrumentos um formulário, contemplando aspectos socioeconômicos e obstétricos, e a escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-SF) para avaliar o nível de confiança materna em amamentar.

A escala BSES-SF é do tipo likert, composta por 14 itens, a saber:

QUADRO 01: Escala da Autoeficácia Materna na Amamentação.

Item	Escores
------	---------



1.	Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2.	Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com os outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3.	Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4.	Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5.	Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6.	Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7.	Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8.	Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9.	Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10.	Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11.	Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12.	Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
13.	Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades as necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14.	Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>						
TOTAL DE PONTOS:						

Fonte: Dodt, 2011.

Para cada item avaliado se atribuiu uma pontuação variável de 1 a 5 pontos, considerando: 1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 – Às vezes concordo, 4 – Concordo e 5 – Concordo totalmente. Ao final, realizou-se o somatório para determinação do nível de autoeficácia materna em amamentar, conforme quadro abaixo:

QUADRO 02: Classificação da Autoeficácia Materna em Amamentar.

Classificação	Score Total
Baixa autoeficácia	14 a 32 pontos



Média autoeficácia	33 a 51 pontos
Alta autoeficácia	52 a 70 pontos

Fonte: Dennis, 2003.

Assim, os escores totais da escala poderiam apresentar variação de 14 a 70 pontos, sendo que aquelas mulheres com maior pontuação foram consideradas as com maior potencial de manter a amamentação exclusiva por um período mais longo. É importante ressaltar que não existe resposta certa ou errada, a atribuição dos pontos foi de acordo com a percepção da gestante sobre determinado item.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 21560313.2.0000.5214) de acordo com as diretrizes estabelecidas

na Resolução 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

A realização do estudo contribuiu para identificação dos pontos em que as mães se sentem mais inseguras quanto à amamentação, o que facilita as ações de grupos no trabalho de apoio e incentivo ao aleitamento materno, além de expandir a chance de haver um prolongamento da amamentação com os benefícios diretos para a mãe e sua criança. Além disso, como os instrumentos de coleta de dados se constituem de formulário e questionário representam riscos mínimos às participantes, podendo, no máximo, causar algum constrangimento, o que os pesquisadores buscaram evitar por meio do estabelecimento de um vínculo de confiança com as mesmas. Garantiu-se o sigilo dos dados das gestantes, com todo o material coletado sendo devidamente arquivado e não havendo a identificação nominal das gestantes em nenhum dos instrumentos de coleta.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 98 gestantes, as quais foram caracterizadas quanto ao seu perfil socioeconômico e obstétrico, bem como quanto ao grau de autoeficácia do aleitamento materno, com identificação dos pontos em que as mesmas apresentam-se mais inseguras quanto à amamentação. Na tabela 1 observa-se que as medianas para renda familiar, idade e escolaridade foram de 1.576,00 reais, 26 e 11 anos, respectivamente. Quanto à cor, a maioria se autodeclarou de cor parda (71%), seguido de cor branca (17%), negra/preta (11%) e indígena (1%).

Tabela 1. Perfil socioeconômico das gestantes. Picos - PI, 2014/2015.





<b>Renda (reais)</b>	1739,0 ± 983,0	1.576,0
<b>Idade (anos)</b>	26,6 ± 4,8	26,0
<b>Escolaridade (anos)</b>	10,2 ± 3,0	11,0

<b>Cor</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Branca	17	17
Parda	69	71
Preta/Negra	11	11
Amarela/Asiática	-	-
Indígena	01	01

DP – Desvio Padrão.

Além disso, observou-se um maior percentual de participação de primigestas (48%), que apresentaram média da autoeficácia de 52,8, pontos. Quanto ao pré-natal, foi visto que a maioria (85%) iniciou ainda no primeiro trimestre de gestação. No que concerne o planejamento da gestação, verifica-se que a maior parte (54%) não planejou a gravidez (tabela 2). Observa-se que os valores médios do total de escores apresentados, de acordo com a caracterização obstétrica, apresentam-se muito próximos, o que pressupõe que, para as participantes avaliadas, o número de gestações, o trimestre gestacional de início do pré-natal e o planejamento ou não da gravidez não interferiram na percepção materna em sua capacidade de amamentar.

Tabela 2: Caracterização obstétrica das gestantes por média de escore de autoeficácia. Picos – PI, 2014/2015.

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>	<b>Média da Autoeficácia (pontos)</b>
<b>Número de gestações</b>		
Primeira gestação	47 (48)	52,8
Segunda gestação	25 (26)	55,2



Terceira gestação	17 (17)	52,4
Mais de três gestações	09 (9)	50,8

**Início do pré-natal**

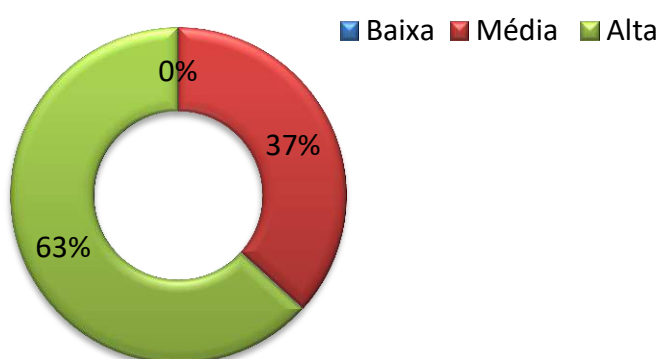
1º Trimestre	83 (85)	53,1
2º Trimestre	13 (13)	53,5
3º Trimestre	2 (2)	56,5

**Planejamento da gravidez**

Sim	45 (46)	52,6
Não	53 (54)	53,6

No tocante ao nível de autoeficácia em amamentar das gestantes (gráfico1), é importante ressaltar que, apesar da maioria das participantes (63%) apresentarem escores compatíveis com alta autoeficácia para o aleitamento materno (52-70 pontos), há um percentual considerável de gestantes com média autoeficácia do aleitamento materno, com as quais devem ser trabalhados, de maneira mais detalhada, os aspectos identificados como sendo os pontos de maior fragilidade para determinação da confiança materna em amamentar.

Gráfico 1: Classificação da autoeficácia em amamentar entre gestantes avaliadas. Picos – PI, 2014/2015.



Fonte: Autoria própria.



Para melhor compreensão dos itens avaliados na escala de autoeficácia, as respostas foram agrupadas da seguinte forma: “discordo totalmente” e “discordo” foram compilados em “discordo” e “concordo totalmente” e “concordo” compilados em “concordo”.

Assim, foi possível verificar que os principais pontos de insegurança concentraram-se nos itens 3 e 8, sendo referentes à utilização de leite em pó como suplemento (25%) e à desinibição em amamentar diante da família (29%).

Enquanto que os itens 9 e 11, referentes a satisfação da experiência materna em amamentar e a troca das mamas de forma correta durante as mamadas, obtiveram as melhores pontuações, com concordância de 85% das gestantes avaliadas para ambos os itens.

Tabela 3. Distribuição dos itens da BSES-SF, segundo as respostas das gestantes. Picos – PI, 2014/2015.

Item	Discordo		Às vezes concordo		Concordo	
	N	%	N	%	N	%
1 - Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	20	20	22	23	56	57
2 - Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com os outros desafios (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	12	12	15	15	71	73
3 - Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	24	25	9	9	65	66
4 - Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	8	8	12	12	78	80
5 - Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	13	13	10	10	75	77
6 - Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	23	24	22	22	53	54
7 - Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	13	13	11	11	74	76
8 - Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	28	29	6	6	64	65
9 - Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	5	5	10	10	83	85



---

10 - Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	8	8	16	16	74	76
11 - Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	8	8	7	7	83	85
12 - Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada).	7	7	23	24	68	69
13 - Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades as necessidades do bebê (organizo minha necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	15	15	23	24	60	61
14 - Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	12	12	18	19	68	69

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo tornou possível identificar graus satisfatórios de autoeficácia do aleitamento materno nas gestantes avaliadas, além de apontar os principais pontos de insegurança das mesmas quanto à amamentação, fornecendo os subsídios necessários à atuação precoce nessas dificuldades, permitindo ainda à avaliação da efetividade de programas de educação em saúde com esse público.

Evidencia-se a importância de integrar a escala da autoeficácia na amamentação, de forma efetiva, nos protocolos de atendimento e acompanhamento das gestantes, já que a confiança materna em amamentar é um fator passível de mudança, havendo assim a possibilidade de identificar e intervir de forma prematura em mulheres com médios e baixos níveis de confiança e conseqüentemente susceptíveis ao desmame precoce.

Um programa de apoio e esclarecimento ainda durante a gestação, promovido pelas instituições, principalmente públicas, poderia ser um diferencial na assistência prestada e um incentivo ao aleitamento materno exclusivo, por fornecer informações que contribuam para a melhoria dos níveis de confiança ainda no período gestacional.

Além disso, é necessário investir na equipe de saúde para atuar devidamente nos pontos críticos identificados, de modo a atender as necessidades das gestantes, o que contribuirá para elevação dos indicadores do aleitamento materno, e conseqüentemente para a promoção da saúde, tanto das mulheres, quanto das crianças, em curto, médio e em



longo prazo, ao se beneficiarem das propriedades biopsicossociais associadas ao processo da amamentação.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, N. L. et al. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 6, p. 2, 2013.
- BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Presidência da República*, Seção 1, p. 59, 2013.
- DENNIS, C. L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, v. 32, p. 734-744, 2003.
- DODT, R. C. M. Elaboração e Validação de tecnologia educativa para autoeficácia de amamentação. Tese (Doutorado em Enfermagem) - *Universidade Federal do Ceará*, 166f, 2011.
- CHAVES, A. F. L. et al. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 3, p. 407-14, 2015.
- JUNIOR, J. C. O.; LIMA, I. F.; GONTIJO, M. Concepções das gestantes sobre aleitamento materno em uma estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 2430-43, 2015.
- MARGOTTI, E. Fatores associados ao desmame precoce: percepção de autoeficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal. Tese (Doutorado) - *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, 80f, 2013.
- PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*, 2001.
- RODRIGUES, A. P. et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, 2013.
- SANTANA, J. M.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n. 3, p. 259-267, 2013.
- SOUZA, E. F. C. Autoeficácia na amamentação: aplicação da escala em puérperas de um hospital privado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - *Universidade Guarulhos*, 106f, 2012.
- SOUZA, E. F. C.; FERNANDES, R. A. Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 5, p. 465-70, 2014.
- SPEHARI, A. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia, *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 4, 2013.

## INSERÇÃO DA AGRICULTURA FAMILIAR NA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR DA MICRORREGIÃO DE PICOS – PI

Sintia Andrea Barbosa Gomes<sup>1</sup>, Elaine Santana de Oliveira<sup>1</sup>, Laerte Bezerra de Amorim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

<sup>2</sup>Instituto Federal do Piauí

## RESUMO

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



**Objetivo:** Destacar a importância e as dificuldades da inserção de gêneros alimentícios provenientes da agricultura familiar na alimentação escolar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal, cujos dados foram obtidos no período de agosto a dezembro de 2015 nos 20 municípios que compõem a microrregião de Picos, PI, a partir de uma investigação documental junto ao setor responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), e junto à Secretaria Municipal de Educação e/ou do Setor de Alimentação Escolar de cada município. **Resultados:** Verificou-se que a maioria das cidades (19) estão inseridas no PNAE, no entanto 15% dos municípios não atingem a meta do PNAE, sendo destacados como fatores que justificam esse dado: a deficiência em relação às infraestruturas para a produção, armazenamento e a distribuição desses produtos, a falta de conhecimento por parte do agricultor quanto ao funcionamento do PNAE, a falta da documentação exigida pelo programa, condições climáticas e quantidade insuficiente de gêneros disponíveis para a venda. **Considerações finais:** Diante dos dados observados ressalta-se a importância do Programa como estratégia de promoção de saúde no ambiente escolar, nesse sentido justifica-se um maior incentivo e conscientização de gestores, profissionais de saúde, agricultores e comunidade, no sentido de favorecer a agricultura familiar dentro do contexto da alimentação do escolar e alcançando efeitos positivos sobre a saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Saúde Escolar, Alimentação Escolar.

## INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado em 1955 é uma política governamental, de âmbito nacional, que visa a suprir, no mínimo, 20% das necessidades nutricionais dos escolares durante a permanência em período parcial na escola. Objetiva, ainda, contribuir para a redução dos índices de evasão escolar, para a formação de bons hábitos alimentares por meio da oferta da alimentação escolar e de ações de educação alimentar e nutricionais e para o aumento da capacidade de aprendizagem e consequentemente do rendimento escolar (FLÁVIO; BARCELOS; CIRILO et al., 2008; FNDE, 2015).

O orçamento do Programa para 2015 é de R\$ 3,8 bilhões, para beneficiar 42,6 milhões de estudantes da educação básica e de jovens e adultos. A Lei nº 11.947, de 16/6/2009, obriga que 30% desse valor, nesse caso, R\$ 1,14 bilhão deve ser investido na compra direta de produtos da agricultura familiar, medida que estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades (FNDE, 2015).

O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) faz os repasses de verbas provenientes do governo federal para a alimentação escolar dos estados e municípios, com base no número de alunos matriculados na educação básica do ano anterior. Uma das diretrizes estipula que, no mínimo, trinta por cento (30%) do total destes recursos sejam destinados à compra de alimentos, preferencialmente orgânicos, produzidos



pela agricultura familiar (AF), local, regional ou nacional. O Programa, a partir destas diretrizes, tornou-se um importante segmento institucional para aquisição de alimentos da agricultura familiar (SARAIVA, 2013).

Os cardápios da alimentação escolar devem ser diferenciados para cada faixa etária e necessidade de atenção à saúde específica dos estudantes e devem conter alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, tradições e hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos e para a melhoria do rendimento escolar (MOTTER e TEO, 2015), tal afirmativa evidência a necessidade do nutricionista e o conhecimento deste na formulação de cardápios adequados a realidade de cada localidade.

Com a introdução de gêneros alimentícios provenientes da agricultura familiar, os municípios passam a utilizar alimentos mais saudáveis, sendo priorizados os orgânicos e ou agroecológicos. O intuito é aumentar a qualidade das refeições servidas, possibilitando o desenvolvimento da agricultura familiar e incentivar à economia local (BRASIL, 2009).

A agricultura familiar vive, dentre tantos outros desafios, o de ampliar a produção de alimentos que passa por vários problemas como a diminuição da população camponesa prioritariamente da juventude rural, em busca de avançar na escolaridade e/ou de novas oportunidades de trabalho; questões climáticas; a fragilização da assistência técnica e extensão rural; a escassez de crédito apropriado e acessível; dentre outros (AROUCHA, 2012).

Produzir mais, por mais períodos em todo ano, e com regularidade, é uma condição indispensável que passa a ser não apenas mais um, mas o maior desafio objetivo para agricultura familiar, além de estar diretamente associado a outro, que é a situação de fragilidade muito comum de parte das Organizações Produtivas da Agricultura Familiar (OPAF), que não estão devidamente organizadas e habilitadas para atender a todas as Chamadas Públicas de Compras (CPC), das Secretarias de Educação Estaduais (SEEs) e das Secretarias Municipais de Educação (SMEs), com recursos federais repassados pelo FNDE, através do PNAE. (AROUCHA, 2012).

A Lei da agricultura familiar (11.326/2006) regulamenta as questões técnicas, logísticas e de financiamentos para todo o processo de produção, infraestruturas e transporte, apoiando o pequeno agricultor, porém, é necessário incentivo para que a mesma ganhe força e se desenvolva gerando lucros a esses agricultores.



Diante do exposto e tendo em vista que a agricultura familiar sempre foi marginalizada e, em algumas regiões, como no sertão e no semiárido nordestino, os próprios agricultores têm problemas de geração de renda incapaz de contemplar as necessidades mínimas (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2007), este estudo objetivou avaliar as dificuldades da inserção de gêneros alimentícios provenientes da agricultura familiar na alimentação escolar, nos municípios da microrregião de Picos-PI.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, cujos dados foram obtidos no período de agosto a dezembro de 2015 nos 20 municípios que compõem a microrregião de Picos, PI: Aroeira do Itaim, Bocaina, Cajazeiras do Piauí, Santa Cruz do Piauí, Santa Rosa, Picos, Oeiras, Paquetá, Ipiranga, Dom Expedito Lopes, Wall Ferraz, Sussuapara, São José do Piauí, São Luis do Piauí, Santana do Piauí, Colônia do Piauí, Geminiano, São João da Canabrava, São João da Varjota e Tanque do Piauí.

Para coleta de dados realizou-se uma investigação documental junto ao setor responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), e junto à Secretaria Municipal de Educação e/ou do Setor de Alimentação Escolar de cada município, tal investigação foi norteadada por meio de um *check list* construído com base na Lei nº 11.947, de 16/6/2009 que rege a participação da agricultura familiar no referido programa.

O *check list*, com questões subjetivas e objetivas, foi preenchido pelo pesquisador responsável a partir dos registros de licitação, chamada pública e cadastro de pequenos agricultores, disponíveis nos setores responsáveis de cada município, conforme citado anteriormente.

Para análise dos dados com respostas objetivas (sim/não), realizou-se a codificação e tabulação em planilha do programa Excel 2010, com a descrição das frequências absolutas e relativas percentuais; e, para as respostas subjetivas, efetuou-se leitura, classificação, agrupamento por afinidades de conteúdo e categorização temática. Em seguida, os resultados foram discutidos com base na literatura vigente.

## **RESULTADOS**

No estudo foi observado que todos os municípios avaliados estão inseridos no programa Nacional de Alimentação Escolar, sendo que 19 (dezenove) cidades utilizam





gêneros da agricultura familiar de sua região, porém uma cidade apenas não faz uso de gêneros provenientes da agricultura familiar.

É considerado agricultor familiar e empreendedor familiar rural aquele que pratica atividades no meio rural, possui área de até quatro módulos fiscais, mão de obra da própria família, renda familiar vinculada ao próprio estabelecimento e gerenciamento do estabelecimento ou empreendimento pela própria família, de acordo com a Lei nº 11.326/2006. Vale ressaltar que a dimensão do módulo rural é variável entre municípios, nos que englobam a microrregião de Picos, cada módulo corresponde a 70 hectares (INCRA, 2013). Também são considerados agricultores familiares: pecuarista, silvicultores, aquicultores, extrativistas, pescadores, indígenas, quilombolas e assentados da reforma agrária.

De acordo com a Lei 11.947/2009, no mínimo 30% dos recursos federais repassados a alimentação escolar dever ser compradas da agricultura familiar local, isso faz com que a produção de alimentos considerados básicos aumente sua produção, além de aumentar oportunidades para esses agricultores.

Na microrregião de Picos a maioria das cidades consegue atingir suas metas de 30% de gêneros alimentícios dentro das escolas e às vezes, de acordo com os entrevistados, até mais que esse percentual, no entanto outros nem mesmo conseguem chegar ao mínimo. Verificamos que 15% dos municípios não atingiram a meta do PNAE.

A problemática de ainda existir cidades que não conseguem atingir o percentual mínimo de alimentos exigidos na lei do programa da alimentação escolar é bastante preocupante, pois conforme o artigo 37 da Resolução CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009, o FNDE suspenderá o repasse dos recursos financeiros à conta do PNAE quando a Entidade Executora (município), não aplicar os recursos em conformidade com os critérios estabelecidos, isso quer dizer que, o não cumprimento da Lei da agricultura familiar, que estabelece que pelo menos 30% do seu repasse seja proveniente da região ou localidades vizinhas, acarretará na suspensão da verba do PNAE, deixando os alunos dessa região sem a alimentação escolar. É importante ressaltar também a perda na qualidade dos alimentos fornecidos para alimentação escolar, pois em vez de consumir alimentos mais saudáveis, “in natura” e provenientes da região, incentivando o consumo de frutas e verduras, esses alunos podem estar consumindo produtos já elaborados ou semi-elaborados em maior quantidade que o exigido pelo programa.



A baixa procura pelos agricultores para participar das chamadas públicas que pode ser justificada pela falta de divulgação eficiente do processo de aquisição dos produtos pelo PNAE, como também pelo desinteresse ou a falta de confiança dos agricultores, mediante pagamentos atrasados e abaixo do valor de mercado.

A deficiência em relação às infraestruturas existentes para a produção, o armazenamento e a distribuição desses produtos até o mercado consumidor é outro fator que dificulta o bom funcionamento do programa. A falta de conhecimento por parte do agricultor quanto ao funcionamento do PNAE também diminui o rol de pequenos produtores que fornecem produtos ao programa. Isso demonstra claramente a ineficiência da divulgação do programa, por parte dos municípios.

No entanto existem muitos outros problemas e dificuldades dentro desses municípios na aquisição de alimentos regionais, como a falta da documentação exigida pelo programa, e quantidade insuficiente de gêneros disponíveis para a venda. Em relação à documentação exigida para a venda dos gêneros alimentícios é necessário a DAP (Declaração de Aptidão ao Programa Nacional de Fortalecimento a Agricultura Familiar- PRONAF), que pode ser jurídica, exigida para cooperativas e associações de agricultores familiares e DAP física para grupo de agricultores familiares. Em relação à quantidade de alimentos, os produtores rurais, não conseguem atingir o número ideal de gêneros o ano todo e que isso se dá devido a seca, a falta de irrigação, falta de incentivo financeiro para melhorar e aumentar sua produção.

A ausência de inspeção sanitária para certificação dos produtos de origem animal da agricultura familiar também foi verificada como dificuldade, ao limitar o número de agricultores familiares aptos a entregarem gêneros alimentícios para a alimentação escolar de origem animal.

É importante ressaltar que os produtos “in natura”, sem nenhum tipo de processamento e de origem vegetal, não necessitam de avaliação sanitária. Já os produtos de origem vegetal que passaram por algum tipo de processamento devem ser analisados pelo Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e suas instâncias em âmbito estadual, regional e municipal. Todos os produtos de origem animal, inclusive ovos e mel, necessitam da avaliação sanitária. O Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) tem a responsabilidade de avaliar sanitariamente esses produtos. Eles podem ser inspecionados por uma das seguintes instâncias: Serviço de Inspeção Municipal – SIM (permite a comercialização em âmbito municipal); Serviço de



Inspeção Estadual – SIE (permite a comercialização em âmbito estadual); e Serviço de Inspeção Federal – SIF (permite a comercialização em todo território nacional) (FNDE, 2015).

Em relação às entidades articuladoras que possam facilitar o processo de compra e venda dos produtos provenientes da agricultura familiar existem o Sistema Brasileiro Descentralizado de Assistência Técnica e Extensão Rural (Sibrater); Sindicatos dos Trabalhadores Rurais (STR); Sindicato dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (SINTRAF) ou entidades credenciadas pelo Ministério de Desenvolvimento Agrário-MDA para emissão da DAP, como a EMATER (Instituto de Assistência Técnica e Extensão Rural), no entanto, verificou-se que 7 (sete) cidades desconheciam essas entidades, 5 (cinco) municípios tiveram como mediador nesse processo o Sindicato de Trabalhadores Rurais (STR), junto os outros municípios verificou-se a presença da EMATER na emissão da DAP, facilitando assim o processo de compra e venda. É importante destacar que o monitoramento dessa compra é feito pelo FNDE na prestação de contas, conforme o artigo 36 da Resolução CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009.

A Chamada Pública é o procedimento administrativo voltado à seleção de proposta específica para aquisição de gêneros alimentícios provenientes da agricultura familiar e/ou empreendedores familiares rurais ou suas organizações. É um instrumento firmado no âmbito das estratégias de compras públicas sustentáveis, que assegura o cumprimento dos princípios constitucionais da legalidade e da eficiência, ao passo que possibilita a veiculação de diretrizes governamentais importantes, relacionadas ao desenvolvimento sustentável, ao apoio à inclusão social e produtiva local e à promoção da segurança alimentar e nutricional (FNDE, 2009).

O PNAE fornece benefícios tanto para os agricultores, aumentando sua produção e gerando renda, quanto para os alunos que são beneficiados com alimentos mais saudáveis, levando em consideração seus hábitos alimentares e a cultura local, estimulando uma alimentação mais variada, além de favorecer o desenvolvimento social das famílias mais carentes da zona rural, dos municípios.

Neste contexto, o Programa contribui para a preservação dos hábitos alimentares regionais. Sob esta ótica, uma das principais diretrizes do PNAE (BRASIL, 2009) é o emprego da alimentação saudável, que compreende o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos e para a melhoria do rendimento escolar.



Chaves et al. (2009) orientaram que, no intuito de enfatizar a formação de hábitos alimentares saudáveis, o PNAE propõe, em sua base legal, alguns princípios, dentre eles o respeito aos hábitos alimentares saudáveis, como as práticas tradicionais que fazem parte da cultura e da preferência alimentar local.

Com a introdução dos gêneros alimentícios da agricultura familiar utilizados na alimentação escolar, vários avanços tem sido verificados, tais como destaca os autores Triches e Schneider (2010) onde avaliaram que, o PNAE, após a Lei nº 11.947, passou a apresentar um grande potencial para tornar-se uma política de caráter estruturante, ao abrir a possibilidade de adquirir os gêneros alimentícios de produtores locais, gerando renda e beneficiando pequenos agricultores e comerciantes. Esses gêneros são indispensáveis na construção de um cardápio capaz de atender às necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência em sala de aula, contribuindo para a preservação e o resgate da cultura alimentar brasileira e que a Lei nº 11.947 muito contribui para a promoção de saúde no ambiente escolar (CHAVES et al., 2009).

De acordo com informações do FNDE não existe uma lista fixa de produtos para a compra de alimentos da agricultura familiar, pode-se comprar qualquer tipo de gênero alimentício (in natura ou processado) desde que seja produzido pela agricultura familiar, empreendedor familiar rural de suas organizações. Cada município pesquisado, apesar de fazer parte da mesma microrregião, possui sua particularidade em relação aos seus gêneros, em todas as cidades verificou-se que a maioria desses gêneros, principalmente as frutas, não são fornecidas o ano inteiro devido a sazonalidade das safras, podendo ser substituídas por outras que estejam na época de colheita.

Apesar das dificuldades, quanto aos alimentos fornecidos pela agricultura familiar, a melancia encontra-se em destaque, tendo em vista que 14 municípios têm essa fruta introduzida na alimentação escolar dos alunos contemplados pelo programa. Como justificativa para essa grande produção de melancia, em quase toda a microrregião de Picos, destaca-se o menor custo em sua produção, quando comparada a outros gêneros.

Destaca-se também a compra de abóbora, cheiro verde (coentro) e tomate. De acordo com Resende (2013), a cultura da abóbora é bastante utilizada na região nordeste tendo bastante destaque no Piauí como mostra a pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009, realizada pelo IBGE (2010) que concluiu o consumo per capita de hortaliças no Brasil de 27,08 kg, sendo a participação da abóbora de 1,19 kg, com maior consumo no Nordeste com 1,24 kg, e maior expressão no Piauí, com 2,62 kg.



O consumo de cheiro verde na grande maioria dos municípios estudados pode ser justificado pela facilidade de produção, enquanto o tomate pode ser facilmente comprado da agricultura familiar de municípios vizinhos da microrregião Picos, PI.

Foi observado ainda o consumo de alguns produtos que passaram por algum tipo de processamento, como por exemplo o pão caseiro, biscoitos de polvilho, polpa de frutas e sequilhos, que são considerados alimentos da agricultura familiar, mesmo não sendo produtos in natura.

Uma alimentação saudável deve favorecer o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural-alimentar. É fundamental resgatar as práticas e os valores alimentares culturalmente referenciados, bem como estimular a produção e o consumo de alimentos saudáveis, especialmente os regionais, sempre levando em consideração os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares (BRASIL, 2005).

A preservação da comida regional fundamenta a vida comunitária, garantindo o acesso ao alimento como parte da segurança alimentar e nutricional. Constitui um patrimônio cultural por possuir práticas, representações, expressões, conhecimentos e técnicas. A comida regional, representada por suas receitas e técnicas culinárias, proporciona oportunidades para o desenvolvimento local, a inclusão social por meio da geração de emprego e renda e, como resultado, o exercício da cidadania (BOTELHO, 2006).

Em municípios carentes e de poucas oportunidades de trabalhos, promover o desenvolvimento da agricultura familiar pode representar novas oportunidades de empregos, além de garantir a fixação dessas famílias no campo. O bom funcionamento do PNAE promoveria essas mudanças tão importantes para a economia dessa região.

Dar apoio ao desenvolvimento da agricultura familiar e empreendedores familiares rurais é antes de tudo melhorar as condições sociais do país, promovendo oportunidade a esses produtores de se inserirem no mercado, diminuindo o êxodo rural, aumentando a produção de alimentos, gerando emprego e renda.

A melhor divulgação das políticas públicas destinadas ao pequeno produtor, através de cartilhas e folders distribuídos entre os agricultores desses municípios, esclarecendo a importância do PNAE e principalmente da lei da agricultura familiar poderia aumentar o interesse desses produtores em participar do programa, Sendo necessária também, uma melhor atuação das agências governamentais responsáveis pela assistência técnica, além



de investimentos na logística de apoio (armazenamento e distribuição desses produtos) influenciando de modo positivo nesses municípios piauienses.

## CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto verificou-se a necessidade de maior incentivo na produção de alimentos regionais, sobretudo no período de estiagem, onde o leque de alimentos ofertados é menor. O incentivo ao plantio irrigado com assistência técnica aos agricultores pode ser uma saída para a diversificação de alimentos durante todo ano, amenizando o problema de sazonalidade da disponibilidade de gêneros alimentícios.

Dada a importância do PNAE como estratégia de promoção de saúde no ambiente escolar, sugere-se a promoção de um debate ampliado sobre as possibilidades educativas que se colocam a partir da relação da agricultura familiar com a alimentação escolar, visando à promoção da saúde da comunidade escolar como um todo, reuniões periódicas realizadas pelas entidades executoras e programas em parceria com a secretaria de agricultura dos municípios.

Para efeito mais consolidado da participação da agricultura familiar no PNAE, se faz necessário uma melhor conscientização da sociedade e de seus dirigentes sobre a importância dessa agricultura dentro do contexto da alimentação do escolar e seus efeitos positivos sobre a saúde.

## REFERÊNCIAS

- AROCHA. E.P.T.L. **Agricultura Familiar na Alimentação Escolar: Estudo de oportunidades e de desafios**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental (PPGEcoH) da Universidade do Estado da Bahia, Campus VIII, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental Paulo Afonso/BA, março, 2012.
- BOTELHO, Raquel Braz Assunção. **Cultura Alimentar e Alimentação Saudável**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2006.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. FNDE. Brasília, 2009. **Lei nº 11.947, de 16/6/2009**. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao>>. Acesso em 2 de Out. 2015.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. FNDE. Brasília. 2015. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao>>. Acesso em 05 de Nov. 2015.
- BRASIL. **Lei 11.326/2006** Brasília: 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/.../lei/l11326.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/.../lei/l11326.htm)>. Acesso em 05 Nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de desenvolvimento da educação. **Resolução/CD/FNDE Nº38**, de 16 de julho de 2009, 2009.



- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2005.
- CHAVES, L.G.; MENDES, P.N.R.; BRITTO, R.R.; BOTELHO, R.B.A. O programa nacional de alimentação escolar como promotor de hábitos alimentares regionais. **Revista de Nutrição**, v.22, n.6, p.857-866, 2009.
- FLÁVIO, E.F.; BARCELOS, M.F.P.; CIRILLO, M.A.; RIBEIRO, A.H. Avaliação da alimentação escolar oferecida aos alunos dos alunos do ensino fundamental das escolas municipais de Lavras, MG. **Revista Ciência e Agrotecnologia**, v.32, n.6, p.1879-1887, 2008.
- FNDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. FNDE. Brasília. **Alimentação escolar e Agricultura Familiar**. Disponível em:<[www.fnde.gov.br](http://www.fnde.gov.br)> Acesso em 11 de Nov. de 2015.
- FNDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. FNDE. Brasília. **Artigo 36 da Resolução CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009**. Disponível em :< [www.fnde.gov.br/arquivos/category/60-2012?download=57](http://www.fnde.gov.br/arquivos/category/60-2012?download=57)>. Acesso em 11 de Nov. de 2015.
- FNDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. PNAE. Brasília. **Aquisição de Produtos da Agricultura Familiar para a Alimentação Escolar**. Disponível em:< [www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-agricultura-familiar](http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-agricultura-familiar)> Acesso em 16 de Nov. de 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. **Pesquisa de orçamento familiares: 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 282p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
- KAGEYAMA, A.; HOFFMANN, R. **Pobreza, segurança alimentar e saúde no Brasil**. Campinas: Fundação Economia de Campinas, 2007.
- MOTTER, A.F; TEO, C.P.A. Agricultura familiar: desafios e dificuldades na aproximação com o programa nacional de alimentação escolar. **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde**. Disponível em : < [saude.convibra.com.br](http://saude.convibra.com.br)>. Acesso em: 08 out. de 2015.
- PORTAL BRASIL, 2014. **Cajuína e o mais novo patrimônio cultural brasileiro**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cultura/2014/05/cajuina-e-o-mais-novo-patrimonio-cultural-brasileiro>>. Acesso em: 16 Nov. 2015.
- PORTAL BRASIL, 2014. **Programa fortalece produção de caju no estado do Piauí**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/infraestrutura/2014/05/programa-fortalece-producao-de-caju-no-estado-do-piaui>>. Acesso em: 16 Nov. 2015.
- RESENDE GM; BORGES RME; GONÇALVES NPS. Produtividade da cultura da abóbora em diferentes densidades de plantio no Vale do São Francisco. **Horticultura Brasileira**., v.31, n.1, p. 504-508, 2013.
- SARAIVA, E. B; SILVA, A.P.F; SOUSA, A.A et al. Panorama da compra de alimentos da agricultura familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar. Revista: **Ciência & Saúde Coletiva**., p.18, n.4, p. 927-936, 2013.
- TRICHES, R.M.; SCHNEIDER, S. Alimentação Escolar e Agricultura Familiar: reconectando o consumo à produção. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.933-945, 2010.

## ALIMENTOS IMUNOMODULADORES NO TRATAMENTO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DO HIV: UMA REVISÃO

*Marina Lacerda Barbosa<sup>1</sup>, Kayze Whyara de Carvalho<sup>1</sup>, Dayse de Sousa Sepúlveda<sup>1</sup>, Carla Fernanda Pereira<sup>1</sup>, Mariane Alves de Sousa<sup>1</sup>, Artemizia Francisca de Sousa<sup>1</sup>*



1Universidade Federal do Piauí

## RESUMO

Em todo o mundo são muitas as crianças afetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), seja porque elas próprias são soropositivas ou porque têm algum parente próximo nessa condição. O organismo infectado pelo HIV apresenta o sistema imunológico deprimido pelos processos patológicos próprios da evolução da doença que, associados à infecções oportunistas, desencadeiam um aumento nas necessidades de nutrientes e energia. O objetivo desse trabalho foi de identificar aspectos relacionados a alimentos imunomoduladores na terapia nutricional de crianças com HIV. Consiste em uma revisão sistemática da literatura, nas bases de dados Capes, Scielo, Lilacs, Pubmed e Google Acadêmico, no período de janeiro a março de 2016, resultando em uma revisão a partir de 43 (quarenta e três) artigos encontrados e destes 29 (vinte e nove) foram utilizados. Foram incluídos todos os artigos originais indexados que analisaram efeitos dos alimentos imunomoduladores na terapia nutricional sobre o processo de imunidade em crianças com HIV. Os estudos apontam que a infecção por HIV /AIDS em crianças podem apresentar comprometimento do crescimento físico, decorrente dos sintomas da doença; pode causar desnutrição por uma variedade de mecanismos; a massa muscular geralmente está comprometida e que práticas alimentares tem repercussões importantes no estado de saúde dessas crianças infectadas com HIV. Assim, a terapia nutricional no portador de HIV/ AIDS deve contemplar uma alimentação contendo alimentos imunomoduladores com o objetivo de minimizar sintomas, melhorar o aporte nutricional e promover o bem-estar.

**Palavras-chave:** Crianças. HIV. Alimentos Imunomoduladores. Sistema Imunológico.

## INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença caracterizada pela deficiência do sistema imunológico do indivíduo. O agente causador é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que destrói lentamente um tipo de célula de defesa, os linfócitos TCD4. O vírus pode ainda infectar outras células e deixa os portadores vulneráveis a infecções e doenças oportunistas (BRASIL, 2007). A condição de viver com HIV/AIDS assumiu características semelhantes a outras doenças crônicas não transmissíveis, exigindo modificações nos hábitos de vida (FALCO *et al.*, 2012).

É crescente o número de crianças que vivem com HIV, adquirido na maioria das vezes por transmissão vertical, que é quando ocorre a passagem do vírus da mãe para o bebê, durante a gestação, o parto e amamentação (BRASIL, 2007).

Cerca de quatro em cada dez crianças HIV positivas morrem antes de completar um ano de idade. Contudo, mediante uma boa assistência preventiva e tratamento precoce de infecções comuns, as crianças soropositivas podem viver muito além de seu primeiro





ano. Para isso, as pessoas que cuidam dessas crianças precisam saber como prevenir infecções, além de ajuda para lidar com o HIV e de um ambiente de apoio onde os soropositivos não sejam discriminados (BRASIL, 2004).

O Brasil adotou como política pública o fornecimento do teste anti-HIV e o tratamento com a quimioprofilaxia de todas as gestantes identificadas com HIV ainda no acompanhamento pré-natal. O teste deve ser oferecido na primeira consulta, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, com o objetivo de prevenir ou reduzir as taxas de transmissão viral. Apesar das medidas profiláticas para prevenção da transmissão viral do HIV reduzirem drasticamente essa forma de transmissão, ainda existem locais no Brasil que o número de crianças que nascem com HIV ainda é significativo (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A terapia antirretroviral proporcionou às crianças que vivem com HIV uma maior sobrevida, bem como melhoria na sua qualidade durante a vida com o quadro clínico da infecção/doença. As crianças passaram a lidar com os desafios ocasionados por doenças crônicas, e se adaptar às novas realidades da escola e das eventuais hospitalizações. Esses desafios fazem com que as famílias passem a desenvolver estratégias de enfrentamento desses dois mundos, situação que afeta diretamente a qualidade de vida (MELO *et al.*, 2009).

O organismo infectado pelo HIV apresenta o sistema imunológico deprimido pelos processos patológicos próprios da evolução da doença que, associados à infecções oportunistas, desencadeiam um aumento nas necessidades de nutrientes e energia. Assim, crianças em tratamento intensivo para HIV/AIDS necessitam de adequado monitoramento da composição nutricional a fim de melhor direcionar a terapia farmacológica nutricional e ainda incluir sugestões de mudança no estilo de vida. Não existe uma dieta específica para pacientes apresentando sinais da doença, no entanto, deve-se levar em consideração o quadro geral do paciente para que a dieta contenha a quantidade apropriada de energia e proteína para manter o bom estado nutricional (FAO/WHO, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que as intervenções nutricionais façam parte de todos os programas de controle e tratamento da AIDS, devido a dieta e a nutrição melhorarem a adesão e a efetividade da terapia antirretroviral, além de contribuir com benefícios em torno das anormalidades metabólicas (WHO, 2005).

Nesse aspecto, destaca-se o uso dos imunonutrientes, que são nutrientes específicos que demonstram, em estudos clínicos, possuir a capacidade de modular as



respostas imunológica e inflamatória em animais e seres humanos, influenciando também os parâmetros nutricionais. Imunonutrição, dietas imunomoduladoras ou ainda farmaconutrientes são alguns dos termos que têm sido usados para indicar o uso desses nutrientes. Nutrientes imunomoduladores apresentam importantes efeitos na resposta inflamatória e, quando inseridos em uma dieta convencional, poderiam amenizar os agravos intercorrentes em pacientes críticos (CALDER, 2007).

A suplementação de imunonutrientes podem promover vários benefícios, como a elevação dos linfócitos TCD4, aumento do peso corporal, melhora do estado clínico, redução do risco de infecções oportunistas e lenta progressão da doença, embora estas ainda sejam informações bastante discutidas a respeito do seu caráter inconclusivo (ONISHI, 2011). Os nutrientes imunomoduladores ou farmaconutrientes que têm demonstrado propriedades terapêuticas em pacientes críticos são: glutamina, ácidos graxos, vitaminas e alguns minerais (DUPERTUIS *et al.*, 2009).

O objetivo desse trabalho foi de identificar aspectos relacionados a alimentos imunomoduladores na terapia nutricional de crianças com HIV, a fim de proporcionar orientações a respeito do aporte de nutrientes adequado para o crescimento e desenvolvimento infantil, melhorando a qualidade de vida desse grupo.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho consiste em uma revisão da literatura, processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica, referente ao tema proposto: alimentos imunomoduladores no tratamento nutricional de crianças portadoras do HIV.

Para tanto, foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados Capes, Scielo, Lilacs, Pubmed e Google Acadêmico, considerando os termos isolados: Crianças, HIV, Alimentos Imunomoduladores e Sistema Imunológico, no período de janeiro a março de 2016, resultando em uma revisão a partir de 43 (quarenta e três) artigos encontrados e destes 29 (vinte e nove) foram utilizados. Foram selecionados artigos publicados entre 2005 e 2015 (Alguns artigos de anos anteriores a 2005 foram utilizados por trazerem informações ainda atuais sobre o assunto), nos seguintes idiomas: inglês, português e espanhol. Foram incluídos todos os artigos originais indexados e que analisaram efeitos dos alimentos imunomoduladores na terapia nutricional, sobre o processo de imunidade em crianças com



HIV. Em sequência, os dados que se relacionam ao objetivo deste projeto foram organizados em texto discursivo, constando no desenvolvimento deste trabalho.

## RESULTADOS

As deficiências nutricionais derivadas da infecção por HIV são mais fortemente pronunciadas em crianças do que nos adultos, devido à maior demanda por nutrientes que as crianças apresentam para seu crescimento e desenvolvimento (RODRIGUES *et al.*, 2009).

As infecções oportunistas, resultantes da queda do número de linfócitos, afetam diretamente o estado nutricional. A febre e o mal-estar alteram o apetite, enquanto as infecções do trato gastrointestinal pioram a má-absorção, refletindo no aparecimento dos sinais crônicos de desnutrição causados pelas deficiências de vitaminas e minerais (OSMO, 2007).

A infecção por HIV pode causar desnutrição por diversos mecanismos, como, por exemplo, invasão das células gliais do sistema nervoso central, levando a demência ou a neuropatia. Estas interferem com a ingestão alimentar via anorexia e disfagia. Podem também ocorrer lesões anatômicas, como monilíase oral, que dificulta a mastigação, além de esofagites ou monilíase esofágica e, ainda pode haver infecção da mucosa intestinal causada por agentes oportunistas, como *E.coli* e *C.difficile* (devido o sistema imune está frágil), diminuindo a absorção de nutrientes e provocando diarreia (COPPINI *et al.*, 2011).

Quanto a composição corporal, a massa muscular geralmente fica comprometida, mas de intensidade variável. Os distúrbios físicos da massa lipídica podem ser variados, apresentando diminuição, aumento, migração ou sinais de distrofia, causando importantes alterações na aparência dos indivíduos (OSMO, 2007).

Assim, crianças em tratamento intensivo devido o HIV/AIDS necessitam de um acompanhamento nutricional adequado a fim de melhor direcionar a terapia farmacológica e nutricional e ainda incluir sugestões de mudança no estilo de vida. As práticas alimentares têm repercussões importantes no estado de saúde, sendo necessárias mudanças baseadas na escolha e no preparo dos alimentos de maneira a promover a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis (MARINHO *et al.*, 2007).

Além disso, o estado nutricional exerce influência decisiva no risco de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil, o que torna importante uma avaliação nutricional mediante diagnósticos que possibilitem precisar a amplitude, o



comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais, assim como identificar os grupos de risco e as intervenções adequadas, uma vez que, crianças portadoras de HIV/AIDS podem apresentar comprometimento do crescimento físico, decorrente dos sintomas da doença (CASTRO *et al.*, 2005).

Um dos sintomas persistentes é a diarreia crônica que pode acometer os portadores de HIV. Ela promove uma perda de potássio e líquidos, que devem ser repostos através da dieta, por meio de sucos de frutas como maracujá, melão e pêra e alimentos cozidos como batata, chuchu, além do soro caseiro ou água de coco para a reidratação. É útil acrescentar os probióticos como leites fermentados a base de lactobacilos para recuperação da flora bacteriana intestinal; já o leite, os doces, feijões e gorduras de origem animal devem ser reduzidos por aumentarem a diarreia (ONISHI, 2011).

Outro aspecto na terapia nutricional de crianças portadoras de HIV é o uso dos imunonutrientes, tais como a glutamina, que é o aminoácido neutro e gliconeogênico mais abundante aminoácido do organismo. É sintetizada por diversos tecidos orgânicos, sendo encontrado em maiores quantidades no sangue e músculo esquelético. A glutamina é considerada um aminoácido condicionalmente essencial, pois em situações de hipercatabolismo, onde existe o balanço nitrogenado negativo e elevação das taxas de degradação muscular, ocorre o aumento da demanda de glutamina nos tecidos, resultando na redução significativa dos seus níveis plasmáticos, apesar do aumento na liberação de glutamina pelos músculos esqueléticos. Além disso, os linfócitos utilizam a glutamina como fonte primária de energia na regulação positiva do sistema imune (FALCAO, 2009).

Outros imunonutrientes de destaque são os ácidos graxos  $\omega$ -3, estes apresentam dois derivados muito importantes (EPA - ácido eicosapentaenóico e DHA - ácido docosahexaenóico). Estes ácidos graxos fazem parte da estrutura dos fosfolípidos das membranas celulares, sendo que eles são quem modulam a função celular ao atuarem como mediadores intracelulares da transdução de sinais e como moduladores das interações entre células (FALCAO, 2009).

Os ácidos graxos  $\omega$ -3 são encontrados em óleos de peixes e em peixes de água salgada (atum, sardinha, salmão e cavala) e em algumas sementes, como a linhaça. Já os ácidos graxos  $\omega$ -6 são encontrados em óleos vegetais. Esses nutrientes são importantes coadjuvantes no tratamento da síndrome causada pelo vírus do HIV por terem propriedades antioxidantes (KRAUSE, 2005).



As Vitaminas e minerais são considerados essenciais para manter a saúde, pois esses protegem contra infecções oportunistas por manter o funcionamento apropriado do corpo e, em especial, do sistema imune, sendo que alguns deles são considerados imunonutrientes (WHO, 2005).

A vitamina A (retinol) é necessária para funcionamento normal do sistema visual, crescimento e desenvolvimento, para manter a integridade celular epitelial, na função imune e na reprodução (WHO, 2005). A vitamina A é essencial no sistema imune, pois atua facilitando a diferenciação de leucócitos e ativação de linfócitos T, pela proteína RAR (receptor de ácido retinoico) (BENNASIR, SRIDHAR, ABDEL-RAZEK, 2010). As necessidades nutricionais diárias dessa vitamina são supridas pelo retinol pré-formado e pelos carotenóides, que são provitamina. A falta dessa vitamina pode afetar o metabolismo do ferro, quando a deficiência desses dois nutrientes coexiste e particularmente no desenvolvimento favorece frequentes infecções (WHO, 2005).

A vitamina C e E, por serem poderosos antioxidantes, são os principais nutrientes que apresentam propriedades de sequestrar radicais livres. A vitamina C atua como doadora de elétron (agente redutor), sendo capaz de doar um átomo de hidrogênio da sua composição e formar radicais livres relativamente estáveis (WHO, 2005). Esse nutriente pode ser encontrado em frutas como acerola, kiwi, caju, tomates, frutas cítricas (limão, laranja, lima), vegetais folhosos crus, morangos, repolho e pimentão verde (GREDEL, 2012).

A vitamina E é o maior antioxidante lipossolúvel no sistema de defesa celular do organismo, e somente pode ser obtida pela dieta. Ela protege os ácidos graxos poliinsaturados e outros componentes da membrana celular, além da lipoproteína de baixa densidade (LDL), da oxidação gerada pelos radicais livres (WHO, 2005). Essas vitaminas modulam as funções dos fagócitos, a proliferação de linfócitos T, a produção de citocinas e a expressão gênica das moléculas de adesão dos monócitos melhorando assim, a defesa celular do nosso corpo. Alimentos ricos em vitamina E são o gérmen de trigo (fonte mais importante), óleos de soja, arroz, algodão, milho e girassol, amêndoas, nozes, castanha do Pará, gema, vegetais folhosos e legumes (GREDEL, 2012).

A vitamina D tem papel autócrino no sistema imune e regula o metabolismo dos linfócitos T CD4+, CD8+ e de células apresentadoras de antígenos. Além disso, atua também regulando a autoimunidade e o balanço das respostas desses linfócitos. O calcitriol, forma ativa da vitamina D no corpo humano, participa da regulação e da diferenciação das



células precursoras em células mais especializadas do sistema monocítico-macrofágico e estimula a expressão dos genes que codificam antimicrobianos sintetizados pelas células do sistema imune, fortalecendo, dessa forma, a defesa do organismo (CASTRO, 2011).

Poucos são os alimentos ricos em vitamina D, dentre eles estão cogumelos, peixes como salmão, cavala, sardinha, enguia, arenque e atum, óleos de fígado e de peixe, gema do ovo. Alguns alimentos podem ser suplementados com vitamina D (BUENO, CZEPIELEWSKI, 2008, HOLICK, 2006).

A vitamina D proveniente da alimentação, em geral, não é suficiente para satisfazer a necessidade dos seres humanos, os quais devem se expor ao sol para a síntese de quantidades adequadas dessa vitamina, sendo que cerca de quinze minutos de exposição ao sol já é suficiente para reter uma boa quantidade da vitamina D; por ser lipossolúvel, é armazenada no tecido adiposo (HOLICK, 2004). Em pacientes infectados pelo HIV, outros fatores ligados ao próprio vírus e a utilização de antirretrovirais podem ser considerados causas de hipovitaminose D, tais como má nutrição, a pigmentação da pele e envelhecimento pela inadequada exposição ao sol (LEE, 2008).

O papel dos minerais no contexto da infecção pelo HIV está voltado para dois deles em especial: o selênio e o zinco. O selênio é um elemento necessário para a proteção corporal por ser essencial ao funcionamento da enzima antioxidante glutathione peroxidase, mediadora do stress oxidativo. Esse nutriente também é requerido para funcionamento de outras enzimas peroxidase e para a formação da tiroxina. Possui como outras funções a modulação do crescimento e desenvolvimento, além de manter as defesas contra infecções (WHO, 2005). Trata-se de um elemento essencial para a resposta imune mais adequada e que influencia tanto o sistema imune inato quanto o adquirido, desempenhando papel fundamental no equilíbrio de oxidação-redução, inclusive na proteção do DNA. O selênio está presente em alimentos ricos em proteína, como carne, peixe, frutas secas e sementes (GREDEL, 2012).

O papel imunológico do zinco e principalmente sua capacidade de reduzir infecções, está voltado para a proliferação das células do sistema imune, tanto específicas como inespecíficas e também é essencial na transcrição, tradução e multiplicação do DNA nestas células (MACÊDO *et al*, 2010). O zinco, na infecção pelo HIV, apresenta o papel específico como antioxidante, imunomodulador, além de ser um possível agente anti-viral direto, através da inativação de proteínas responsáveis pela proliferação do vírus. A deficiência desse nutriente gera perda de apetite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).



O zinco normalmente está nos alimentos, complexado a proteínas e ácidos nucleicos. Excelentes fontes desse nutriente incluem carnes bovinas e frutos do mar, em especial ostras e moluscos, além de carne de frango, porco e derivados do leite, também presente em outras fontes como grãos e cereais, folhas verdes escuras e raízes não sendo muito encontrado nas frutas (GROPPER, SMITH, 2012).

Dessa forma, a terapia nutricional no portador de HIV/ AIDS deve contemplar uma alimentação contendo imunomoduladores com o objetivo de minimizar sintomas, melhorar o aporte nutricional e promover o bem-estar, principalmente, quando o paciente apresenta significativa perda de peso (>5% em três meses) ou depleção da MCC (massa celular corporal) (>5% em três meses). Esta deve ser também considerada em pacientes com IMC < 18 kg/m<sup>2</sup>. As necessidades de proteína e energia variam dependendo da evolução da doença e do aparecimento de complicações ou infecções oportunistas que interfiram na absorção de nutrientes (COPPINI *et al.*, 2011).

Na fase estável da doença, a necessidade proteica deve ser 1,2 g/kg peso atual/dia. Na fase aguda, a necessidade de proteínas aumenta para 1,5 g/kg de peso atual/dia. A necessidade energética para paciente assintomático é de 30-35 kcal/kg/dia. Em paciente sintomático com a doença propriamente dita - AIDS e CD4 inferior a 200 células, a necessidade é de 40 kcal/kg/dia; Há necessidades especiais de micronutrientes: vitaminas A, C, D, E, zinco e selênio que não devem ser inferiores a 100% das DRIS (COPPINI *et al.*, 2011).

Ainda falta evidência clínica conclusiva quanto aos benefícios da utilização de fórmulas especializadas para o paciente com HIV/AIDS, provavelmente, devido às limitações relacionadas aos aspectos éticos e metodológicos. A suplementação via oral com 30 g de glutamina por dia reduz a gravidade da diarreia associada ao tratamento com inibidor de protease em pacientes com HIV/AIDS. O tratamento nutricional por período curto, provavelmente não seja suficiente para influenciar esses parâmetros (COPPINI *et al.*, 2011).

A terapia nutricional com probióticos está indicada para o paciente pediátrico com HIV, principalmente quando ocorre disfunção intestinal e redução de linfócitos TCD4. Intervenções nutricionais com objetivo de manter o peso corporal devem ser implementadas na assistência nutricional de pessoas infectadas com HIV e em tratamento com drogas antirretrovirais (COPPINI *et al.*, 2011).

Nesse sentido, as crianças infectadas com HIV precisam de cuidados que ajudem a impedir, postergar ou reduzir as manifestações clínicas, propiciando o crescimento e o



desenvolvimento das crianças dentro dos padrões de normalidade e prevenindo especialmente as consequências psicossociais (FROTA *et al.*, 2012). Embora não haja alimentos especiais para os doentes com HIV/AIDS, é extremamente importante que estes sigam uma dieta nutritiva, uma vez que esta é vital para a saúde e sobrevivência do indivíduo, independentemente do *status* do HIV, de forma que a atenção à dieta e nutrição pode melhorar a aderência e efetividade da terapia antirretroviral (ALMEIDA; JAIME, 2006).

## CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou mostrar uma abordagem nutricional focada nos aspectos alimentares de crianças infectadas com HIV, especificamente os alimentos imunomoduladores relacionando a importância destes na alimentação, visto que os mesmos acompanhados do tratamento medicamentoso, são imprescindíveis para o fortalecimento do sistema imunológico, associado a prevenção de possíveis doenças associadas a esse quadro clínico.

Assim a terapia nutricional deve contemplar uma alimentação equilibrada com a participação dos macros e micronutrientes necessários para uma boa manutenção da saúde de crianças infectadas com HIV, com atenção especial aos imunomoduladores, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, LB; JAIME, PC. Aspectos atuais sobre nutrição e AIDS na era da terapia antirretroviral de alta atividade. **Jornal Brasileiro de AIDS**, v. 7, n. 1, p. 1- 48, 2006.
- ARAÚJO, MAL; FARIAS, FLR; RODRIGUES, AVB. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: Análise à luz de uma teoria humanística de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 425-431, 2006.
- BENNASIR, H; SRIDHAR, S; ABDEL-RAZEK, TT. Vitamin A... From physiology to disease prevention. **International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 68-73, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BUENO, AL; CZEPIELEWSKI, MA. A importância do consumo dietético de cálcio e vitamina D no crescimento. **Jornal de Pediatria**, v. 84, p. 386-394, 2008.
- CASTRO, TGD; NOVAES, JFH; SILVA, MR; COSTA, NMB; FRANCESCHINI, SDCC; TINÓCO, ALA. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Revista nutrição**. v. 18, n. 3, p. 321-330; 2005.





- CASTRO, LG. O sistema endocrinológico vitamina D. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 55, n. 8, p. 566-575, 2011.
- CALDER, PC. Immunonutrition in surgical and critically ill patients. **British Journal of Nutrition**. v. 98, p. 133-139, 2007.
- COPPINI, LZC; JESUS, RP. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Projeto Diretrizes. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, 2011.
- DUPERTUIS, YM; MEGUID, MM; PICHARD, C. Advancing from immunonutrition to a pharmaconutrition: a giant challenge. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**. v. 12, p. 398-403, 2009.
- FALCÃO, SS; LIRA, MC; CARVALHO, RKN; BARBOSA, CVS; VASCONCELOS, THC; PINTO, FCL. **Nutrientes imunomoduladores na dietoterapia do câncer**. Anais do XII Encontro de Iniciação à Docência, 2009.
- FALCO, M; CASTRO, ACO; SILVEIRA, EA. Terapia nutricional nas alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 737-746, 2012.
- FAO/WHO. **Living well with HIV/AIDS – A manual on nutrition care and support for people living with HIV/AIDS**. 2002.
- FROTA, MA; RAMOS, RP; MOURÃO, SJG; VASCONCELOS, VM; MARTINS, MC; ARAÚJO, MAL. Cuidado à criança com HIV: percepção do cuidador. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 39-45, 2012.
- GREDEL, S. **Nutrição e imunidade no homem**. 2 ed. International Life Sciences Institute do Brasil, 2012.
- GROPPER, SS; SMITH, JL. **Advanced Nutrition and Human Metabolism**, 6 ed. Belmont, CA, EUA: Wadsworth Cengage Learning, 2012.
- HOLICK, MF. High prevalence of vitamin D inadequacy and implications for health. **Mayo Clinic Proceedings**. v. 81, n. 3, p. 353-373, 2006.
- HOLICK, MF. Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 79, p. 362-371, 2004.
- KRAUSE. **Alimentos, nutrição & dietoterapia**. 11 ed. São Paulo. Roca. 2005.
- LEE, JH. vitamin D deficiency. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 52, n. 24, p. 1949-1956, 2008.
- MACÊDO, ÊM; AMORIN, MAF; SILVA, ACS; CASTRO, CMMB. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 329-336, 2010.
- MARINHO, MCS; HAMANN, EM; LIMA, ACDCF. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Revista Saúde Materno Infantil**. v. 7, n. 3, p. 251-61; 2007.
- MELO, ELA; VALDÉS, MTM; BEZERRA, MHO; VASCONCELOS, VM; LANDIM, FLP; FROTA, MAA. Qualidade de vida na Infância: aspectos conceituais e pragmáticos. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional (RETEP)**, v. 1, n. 1, p. 43-46, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília, 2006.
- ONISHI, AVF. **Micronutrientes imunomoduladores em portadores de HIV/AIDS recém-diagnosticados em Dourados-MS**. Dissertação. Universidade Federal da Grande Dourados, 2011.



OSMO, HG. Alterações metabólicas e nutricionais em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana e síndrome de imunodeficiência adquirida. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. v. 22, n. 4, p. 328-35; 2007.

RODRIGUES, JB; MARTINI, C; VARGAS, CS; COLPO, E. Avaliação e educação nutricional em crianças com HIV/AIDS em uma casa de apoio. **Revista Saúde**. Santa Maria, v. 35, n 2: p 7-11; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutriente requirements for people living with HIV/AIDS**. Reports of a technical consultation. Genebra: WHO, 2005.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo à Deus - Autor da criação. À Ele pertence toda a sabedoria. Agradeço imensamente as orientações da profa. Artemizia Francisca de Sousa. Grata sou também à Universidade Federal do Piauí por todo o apoio

## ALEITAMENTO MATERNO E EXCESSO DE PESO EM PRÉ-ESCOLARES

*Marlene Gomes de Farias<sup>1</sup>, Roseanne de Sousa Nobre<sup>1</sup>, Francilany Antonia Rodrigues Martins<sup>1</sup>, Artemízia Francisca de Sousa<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

## RESUMO

A obesidade infantil é uma morbidade que vem crescendo diariamente, podendo ser diagnosticada nos primeiros anos de vida. Trata-se de uma doença de difícil tratamento e de elevado custo. O aleitamento materno é apontado como sendo um fator de proteção precoce na prevenção da obesidade. Objetivou-se Investigar a associação entre a prevalência do aleitamento materno e o excesso de peso em pré-escolares. Trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado com crianças em idade pré-escolar (3 a 5 anos) matriculadas nas creches municipais da cidade de Picos- PI. Participaram da investigação 69 crianças por atenderem aos critérios de elegibilidade e os pais autorizavam a sua participação. Foram realizadas coletas de dados antropométricos e dos indicadores de aleitamento materno, com o protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Os dados foram analisados por meio do programa Excel e SPSS versão 20.0. Quanto ao Índice de Massa Corporal 14,5% das crianças encontrava-se em risco de sobrepeso, 8,7% com sobrepeso e 2,9% obesas. Encontrou-se uma associação, de significância estatística, entre a reduzida duração do aleitamento materno exclusivo e a prevalência de excesso de peso. O estado nutricional revelou percentual relevante de excesso de peso, com o aleitamento materno oferecido de forma exclusiva, durante os seis primeiros meses de vida, apresentando um efeito protetor contra o risco de sobrepeso e obesidade.



**Palavras-Chave:** Aleitamento Materno. Obesidade. Pré-escolar.

## INTRODUÇÃO

Nos dias atuais um dos principais temas discutidos dentre as doenças crônicas não transmissíveis é o da obesidade. Trata-se de uma doença caracterizada por ser multifatorial e envolver fatores genéticos e ambientais, que ameaça a vida e a qualidade de vida dos indivíduos, sendo ainda considerada a doença do século XXI para todas as faixas etárias. Nesse contexto, a obesidade infantil tem ganhado destaque como um dos desafios da saúde pública neste século (FERREIRA et al., 2010; NASCIMETO et al., 2011; RODRIGUES et al., 2015).

A obesidade infantil é tida como um fator genético e multifatorial, potencializada pelos hábitos alimentares a partir do nascimento, sendo a mãe o principal fator influenciador. Hábitos alimentares com predominância à ingestão de alimentos industrializados aliados a um déficit de atividade física são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento da doença (NASCIMETO et al., 2011; MORAIS et al., 2011).

Tal patologia apresenta índices alarmantes e em crescente expansão, com diagnóstico cada vez mais precoce. Sua prevenção nos primeiros anos de vida pode ser considerada como forma de evitar o surgimento de uma série de agravos correlacionados tais como doenças cardiovasculares e degenerativas como aterosclerose, intolerância à glicose, *diabetes mellitus* tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial. (MORAIS et al., 2011; FERRARIA et al., 2013).

Referida como doença de difícil tratamento e de elevado custo, onde costumeiramente verifica-se recaídas do paciente. Nesse aspecto, a obesidade infantil tem despertado interesse dos pesquisadores, com muitos estudos comprovando que crianças obesas apresentam maiores riscos de se tornarem adultos obesos. Apesar dessa constatação, prevalece como público-alvo das investigações nacionais a faixa etária de adultos. Contudo, o aleitamento materno é destaque, sendo considerado um fator de proteção precoce da mesma (NASCIMENTO et al., 2011; FERRARIA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2015).

O leite materno deve ser o primeiro alimento recebido pelo lactente pós-vida intrauterina. Sendo rico nutricionalmente, sua composição desencadeia no organismo



humano um mecanismo de “*imprinting*” metabólico. A literatura científica tem evidenciado lactentes alimentados ao seio materno exclusivamente até os seis meses desenvolvem mecanismos eficazes para regular sua ingestão energética, e consequente alterações no número e/ou tamanho dos adipócitos, implicando em alterações metabólicas (SIMON et al., 2009; FERRARIA et al., 2013).

Além disso, o leite materno ainda possui concentrações de leptina e adiponectina, que quando elevadas atuam como fatores protetores do excesso de peso em curto, médio e longo prazo, a depender dos hábitos de vida desenvolvidos ao longo dos anos (FERREIRA et al., 2010; PASTORELLI, 2012; FERARIA et al., 2013).

Sendo ainda evidenciado o efeito protetor do leite materno contra várias doenças infecciosas, incluindo infecções respiratórias, diarreia e otite média no lactente, ressaltando a importância de seus fatores bioativos que proporcionam efeitos benéficos no seu sistema imunológico, por meio de uma variedade de mecanismos inclusive atividade antimicrobiana, na estimulação do desenvolvimento da função imunitária, na modulação da função imunológica, nos efeitos antiinflamatórios e no aumento do crescimento e desenvolvimento dos tecidos do lactente (VIEIRA, 2013).

Medidas eficazes devem ser adotadas para reduzir os índices de obesidade infantil. Considerando a importância da adoção dessas medidas, acreditamos que a investigação da existência de associação entre o aleitamento materno e a ocorrência de excesso de peso em pré-escolares possa contribuir para o esclarecimento dos mecanismos que envolvem o processo, além de favorecer a prevenção de complicações na idade adulta.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado com crianças em idade pré-escolar (3 a 5 anos), matriculadas nas creches municipais da cidade de Picos-PI, os quais foram selecionados por amostragem não probabilística, levando em consideração as limitações logísticas e recursos financeiros disponíveis.

Para o estudo foram selecionadas 90 crianças das quais 69 atenderam aos critérios de elegibilidade: estavam regularmente matriculadas, não apresentavam nenhuma morbidade, internação ou infecção nos últimos 3 meses e os pais e/ou responsáveis autorizaram sua participação.

Os resultados referentes aos indicadores do aleitamento materno foram obtidos aplicando-se um formulário com perguntas estruturadas aos pais das crianças envolvidas



no estudo, no momento em que deixavam ou buscavam-nas na escola. Quando não era possível realizar a coleta nesse momento, os pesquisadores dirigiram-se ao domicílio dos pré-escolares para levantamento dos dados de interesse.

O estado nutricional foi determinado a partir do peso, da estatura e do índice de massa corporal e classificado de acordo com as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (2006), utilizando os indicadores peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I). Para tanto foram aferidas as medidas de peso, estatura e investigada a idade da criança.

A obtenção de peso deu-se com o uso de balança antropométrica mecânica tipo plataforma, da marca Filizola<sup>®</sup> com capacidade para 150kg e precisão de 100g, estando as crianças descalças e usando o mínimo de roupas possível, tendo-se o cuidado de calibrar a balança para cada nova pesagem.

A estatura foi aferida utilizando-se uma fita métrica maleável convencional, não elástica, fixada numa parede sem rodapé. No momento da aferição, as crianças estavam descalças, com a cabeça, dorso, glúteo e calcanhares encostados na superfície da parede, junto à fita métrica. Os braços estavam estendidos ao longo do corpo, os calcanhares unidos e as plantas dos pés apoiadas totalmente no chão. O esquadro foi encostado no ponto mais alto da cabeça formando um ângulo de 90 graus com a fita métrica. Foram realizadas duas medidas, admitindo-se uma variação máxima de 0,5 cm entre as mesmas.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, segundo a resolução n°. 196/96 do conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), para avaliação dos aspectos éticos e metodológicos, com CAAE: 0224.0.045.000-10. Os responsáveis legais pelas crianças participantes do estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após receberem informações sobre a natureza da investigação. Ressalta-se que o estudo ocorreu anterior à implantação da Plataforma Brasil e publicação da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

As informações coletadas foram de uso privativo e sigiloso, utilizadas para o desenvolvimento do estudo apenas para se atingir os objetivos previstos no mesmo, não sendo utilizadas para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários. Os materiais e os dados obtidos foram arquivados sob a responsabilidade do coordenador da investigação.



A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, sendo realizadas nas crianças apenas as medidas antropométricas de peso e altura que não são métodos invasivos. Para minimizar qualquer desconforto, a equipe de pesquisadores passou por treinamento prévio, dadas as particularidades do público-alvo.

Os dados foram tabulados em planilhas do *Excel for Windows 2007*, em seguida transferidos ao Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos, versão 20.0), para a realização das análises descritivas e de associação. Para verificar a existência de associação entre os indicadores de aleitamento materno e estado nutricional, utilizando como critério o IMC/I, por ser o mais sensível para detecção precoce de excesso de peso, utilizou-se o teste do Qui-quadrado, dada a normalidade dos dados, adotando-se intervalo de confiança de 95%.

## RESULTADOS

Da amostra estudada, 63,8% eram do sexo masculino e 36,2% do sexo feminino. Obtivemos um quantitativo de 89,9% com peso adequado para idade e 8,7% do total para crianças com peso elevado em relação à idade. As crianças apresentaram-se com estatura adequada para idade, sendo 91,3% o percentual para esta variável. Quanto ao indicador de IMC para idade, 14,5% das crianças encontrava-se em risco de sobrepeso, 8,7% com sobrepeso e 2,9% obesas (tabela 1).

**Tabela 1** – Estado nutricional e tempo de aleitamento materno dos participantes do estudo. Picos-PI, 2015 (n = 69).

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	44	63,8
Feminino	25	36,2
<b>Peso para idade</b>		
Baixo peso para idade	1	1,4
Peso adequado	62	89,9
Peso elevado	9	8,7
<b>Estatura para idade</b>		
Baixa para idade	6	8,7
Adequada	63	91,3
<b>IMC para idade</b>		
Magreza	2	2,9
Eurtofia	49	71



Risco de sobrepeso	10	14,5
Sobrepeso	6	8,7
Obesidade	2	2,9

**AME**

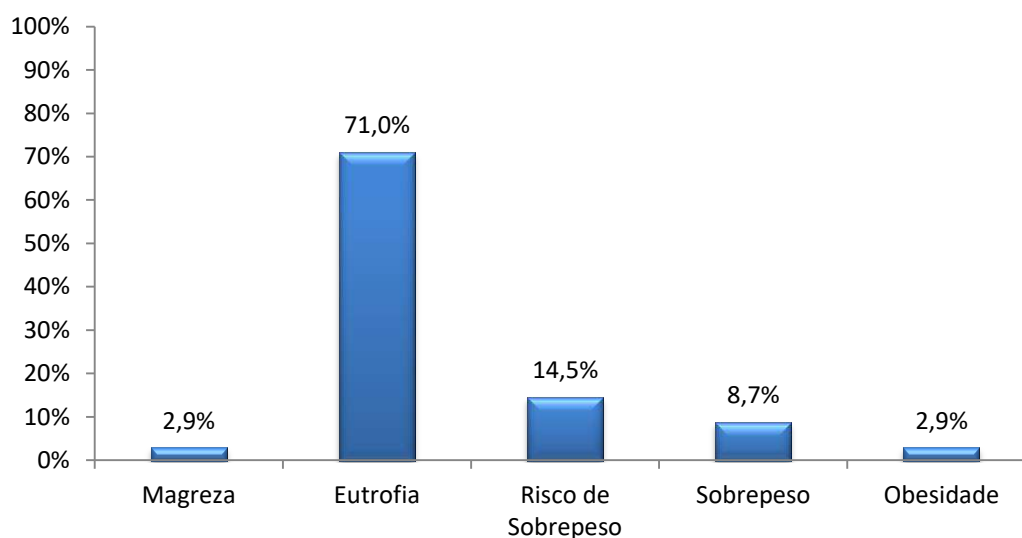
< 6 meses	44	63,7
> 6 meses	25	36,2

**AMT**

<6 meses	6	8,7
>6 meses	63	91,3

LEGENDA: AME – Aleitamento Materno Exclusivo; AMT – Aleitamento Materno Total

Considerando o estado nutricional dos pré-escolares envolvidos no estudo, o gráfico 1 dispõe os percentuais dessa condição, onde exemplifica de uma forma mais clara o significativo risco de sobrepeso (14,5%) e excesso de peso (11,6%).



**Gráfico 1** – Caracterização da amostra das crianças em idade pré-escolar segundo o estado nutricional, classificado segundo indicador IMC/I. Picos-PI, 2015 (n = 69).

A tabela 2 mostra a associação entre o tempo de amamentação exclusiva e o excesso de peso nas crianças avaliadas, em que se verifica a prevalência de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade somente nas crianças amamentadas exclusivamente por um período de tempo inferior a seis meses. Esse percentual salta aos olhos, considerando-se que as crianças amamentadas exclusivamente num tempo igual ou maior que seis meses apresentando-se todas eutróficas. Encontrou-se uma associação,



de significância estatística, entre a reduzida duração do aleitamento materno exclusivo e a prevalência de excesso de peso nos pré-escolares avaliados.

É fundamental destacar o efeito protetor do aleitamento materno em relação a inúmeras doenças na infância e na vida adulta. Moreira et al. (2012) corroboram com a recomendação da OMS de que o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é uma intervenção fundamental para o crescimento infantil sem que apresente tendências a doenças crônicas na sua vida adulta.

Os mecanismos pelos quais o leite materno desempenharia uma proteção em relação à obesidade ainda não foram totalmente elucidados, mas que a permanência do leite materno nos primeiros anos de vida confluem para uma melhor qualidade de vida, como bem mostrado nesse estudo fazendo-se uma relação entre o tempo decorrido entre aleitamento materno exclusivo ou não (PASTORELLI, 2012).

**Tabela 2** – Associação do tempo de amamentação exclusiva com o excesso de peso nas crianças em idade pré-escolar. Picos-PI, 2015 (n = 69).

IMC	AME < 6 meses		AME > 6 meses		p valor*
	N	%	N	%	
Magreza	2	2,9	-	-	0,003
Eutrofia	24	34,8	25	36,2	
Risco de sobrepeso	10	14,5	-	-	
Sobrepeso	6	8,7	-	-	
Obesidade	2	2,9	-	-	

LEGENDA: IMC: Índice de Massa Corporal; AME: Aleitamento Materno Exclusivo

\* Qui-quadrado

A tabela 03 apresenta a distribuição do estado nutricional de acordo com a duração total do aleitamento materno. Segundo os dados apresentados, não foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Esse resultado pode ser decorrente do reduzido valor amostral quando se realizou a estratificação entre amamentados por período inferior e superior a seis meses de vida.





**Tabela 3** – Associação do tempo de amamentação com o excesso de peso nas crianças de 03 a 5 anos. Picos-PI, 2015 (n = 69).

↻	IT < 6 meses	IT > 6 meses	p valor*
greza			49
rofia		7	
co de sobrepeso			
obrepeso			
esidade			

LEGENDA: IMC: Índice de Massa Corporal; AMT: Aleitamento Materno Total.

\* Qui-quadrado

O referido estudo apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra, e possível viés de memória, uma vez que as informações sobre a duração do aleitamento materno foi realizada de forma retrospectiva. Por se tratar de um estudo transversal, permitiu apenas avaliar o estado nutricional de cada criança naquele momento, não permitindo uma observação dos efeitos do aleitamento materno ao longo do crescimento e desenvolvimento infantil.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo verificou-se que o estado nutricional das crianças revelou percentual relevante de excesso de peso, entendido como a soma de sobrepeso e obesidade. Também foi possível verificar que o aleitamento materno oferecido de forma exclusiva, durante os seis primeiros meses de vida, apresentou um efeito protetor contra o risco de sobrepeso e obesidade nos participantes avaliados. Reafirma-se o descrito na literatura científica: o aleitamento materno exclusivo até os seis meses é fundamental na prevenção do excesso de peso.

Levando-se em consideração a amostra envolvida na pesquisa, se faz necessário alcançar um número maior de crianças, visando a propiciar resultados mais concisos. Percebe-se também a carência quanto aos estudos desenvolvidos a cerca da temática, motivando a novas pesquisas neste âmbito, sobretudo de estudos prospectivos.



Considerando a natureza do estudo em questão, é importante por admitir variáveis que fornecem dados abrangentes e possibilitam uma visão geral da realidade da amostra estudada, permitindo avaliar o estado real da criança e considerar o efeito protetor do aleitamento materno na vida do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União, Presidência da República. Brasília**, Seção 1, p. 59, 2013.
- FERREIRA, S.H; VIEIRA, F.D. E; CABRAL JUNIOR, R.C; QUEIROZ, R.D. M Aleitamento Materno pro Trinta ou mais dias é Fator de Proteção contra Sobrepeso em Pré-escolares da Região semiárida de Alagoas. **Ver assoc. Med.**, v.56, n.1, p. 74-80. Maceió – AL. 2010.
- FERRARIA, N.; RODRIGUES, V.; MACEDO, L. Aleitamento Materno e excesso de peso em Crianças na Idade Escolar. **Sciencia Medica**. V.23, n.2, p. 75-81. Porto Alegre. 2013.
- VIEIRA, F. **Efeito da lanolina anidra comparado ao leite materno combinado à concha de proteção para tratamento da dor e do trauma mamilar em lactantes**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 170 f. 2013.
- MINOSSI, V. RAUPP, M.M.S.; TOWNSEND, T.R.; LOPES, R.L.M. Duração do Aleitamento Materno e o Excesso de Peso. **Cinergis** v.14, n.1, p.07-12. Porto Alegre- RS, 2013.
- MORAIS, N.V.F. J; GUIGLIANO, R. Aleitamento Materno Exclusivo e Adiposidade. **Ver Paul Pediatr**. V.19, n.2, p.152-6. Brasília- DF. 2011.
- MOREIRA, A.M.; CABRAL, C.P.; FERREIRA, S.H.; LIRA, C.I.P. Excesso de Peso e Fatores Associados em Crianças da Região Nordeste do Brasil. **J Pediatr (Rio J)**. V.88, n.4, p. 347-52. 2012.
- NASCIMENTO, G.V.; SCHOES, O.D.; SOUZA, B.S. SOUZA, P.M.J. Risco de Sobrepeso e excesso de peso em Crianças de pré-escolas Privadas e Filantrópicas. **Ver Assoc Med Bras**; v.57, n.6, p. 657-661. São Paulo-SP. 2011.
- PASTORELLI, T.J. O Aleitamento Materno como Fator Protetor da Obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo. V.6, n.34, p.191-196. São Bernardo do Campo- SP.2012.
- RODRIGUES, M.A.; ALVES, A.M.O. Impacto do Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil no Primeiro Ciclo de um Agrupamento de Escolas. **Revista de Enfermagem Referência**. V.4- n.5, p. 57-64. Ponte da Barca- Portugal. 2015.

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: REVISÃO INTEGRATIVA

*Ana Klisse Silva Araújo<sup>1</sup>, Clayanne Reis Braga<sup>1</sup>, Lorena Mayara Hipólito Feitosa<sup>1</sup>, Antônia Luzângela da Costa Pereira<sup>1</sup>, Ronaldo César Feitosa Formiga<sup>2</sup>, Laura Maria Feitosa Formiga<sup>1</sup>*

1Universidade Federal do Piauí

2FACID



## RESUMO

**Objetivo:** Foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de caracterizar as publicações científicas relacionadas à avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico, no período que compreende os anos de 2004 a 2014. **Métodos:** Foram selecionados artigos nas bases de dados LILACS e SciELO, utilizando os descritores em saúde: insuficiência renal crônica; diálise, qualidade de vida. Critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra, que abordavam a questão norteadora, acessados pelo meio online nos idiomas português, inglês ou espanhol; estudos realizados com adultos e/ou idosos em tratamento dialítico. Os critérios de exclusão foram os seguintes: resumos que não apresentavam o texto na íntegra; estudos realizados com crianças, adolescentes, gestantes, cuidadores e/ou com pacientes submetidos a transplante renal. **Resultados:** Nos estudos analisados, (48,3%) não definiram Qualidade de Vida (QV) e (20,7%) definiram Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Relacionado aos instrumentos que mensuram QV, identificou-se que (37,9%) estudos aplicaram o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) e (31%) utilizaram o KDQOL-SF (*Kidney Disease and Quality of Life-Short Form*). **Conclusão:** Foi possível alcançar o objetivo proposto e compreender que a doença renal crônica interfere na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que os mesmos precisam sobreviver e se adaptar as novas condições relacionadas ao corpo, alimentação, sexualidade, medicamentos, vida social e familiar.

**Palavras-chave:** Insuficiência renal crônica. Diálise. Qualidade de vida.

## INTRODUÇÃO

Vários estudos no Brasil e no mundo discutem o conceito de QV, termo esse que, por muitas vezes, é confundido com estilo ou condições de vida. Apesar das inúmeras discussões sobre o conceito dessa palavra, sua definição ainda não é constante. Para entender o que é QV, deve diferenciá-la do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e social. Para determinar o estado de saúde de uma pessoa, o fator mais importante a ser observado é a função física, e para caracterizar a QV, é preciso considerar também sua saúde mental e seu bem-estar psicológico, social e ambiental (PIMENTA et al., 2008).

De acordo com Torres et al. (2010), o conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem estar pessoal abrangendo uma série de aspectos, tais como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e o ambiente em que se vive, sendo mensurada através dos instrumentos mais adequados para sua avaliação.

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste em perda progressiva e irreversível da função dos rins. Os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia são



peessoas portadoras de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial e história familiar de IRC. Além destes, outros fatores estão relacionados à perda de função renal, como glomerulopatias, doença renal policística, doenças auto-imunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias (BRASIL, 2006).

Atualmente, a IRC surge como um grande problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, de acordo com censo 2012 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), há 696 Unidades Renais Cadastradas na SBN, dentre essas, 651 são ativas com oferta de Programa Crônico, tendo uma estimativa de 97.586 pacientes em tratamento dialítico. (SBN, 2012).

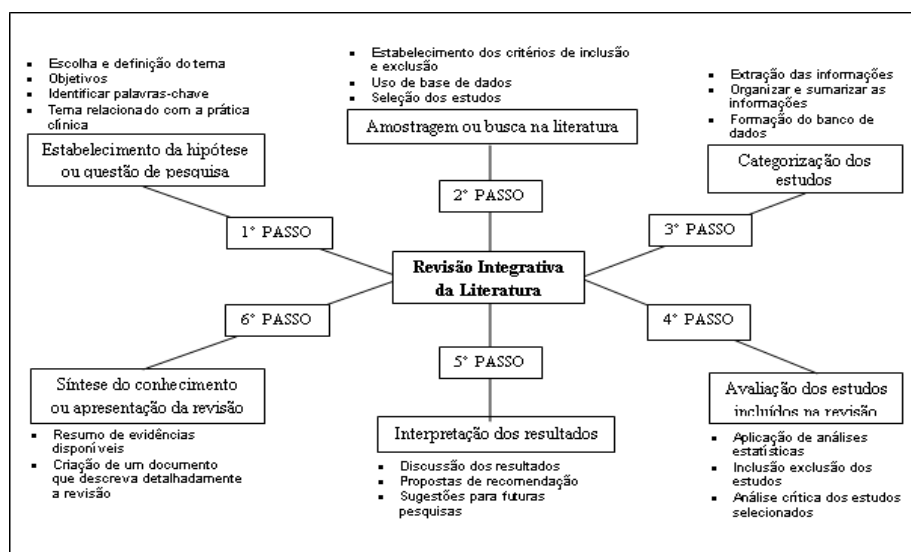
O impacto da IRC sobre a qualidade de vida pode sofrer influência de vários fatores: convívio com doença irreversível (incurável), esquema terapêutico rigoroso que provoca modificações alimentares, de hábitos, das atividades sociais e de trabalho, utilização de vários medicamentos e dependência de uma máquina (SANTOS, 2006).

O tratamento provoca muitas limitações aos pacientes ocasionando várias mudanças no seu dia-a-dia que podem causar alterações na qualidade de vida destes. Com isso, o presente estudo teve como objetivo caracterizar as publicações científicas relacionadas à qualidade de vida em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico, no período que compreende os anos de 2004 a 2014 identificando os aspectos tidos como relevantes.

## **METODOLOGIA**

O método de pesquisa utilizado foi a revisão integrativa da literatura, sendo este, um método que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Por meio dele, pode-se realizar a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilitar conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (POLIT; BECK, 2011).

Nesse contexto, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).



Componentes da revisão integrativa da literatura, segundo Mendes; Silveira e Galvão (2008).

A questão norteadora do estudo foi: “Qual o conhecimento científico já produzido, relacionado a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico?”.

No que tange ao levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e na biblioteca SciELO (Scientific Electronic Library on Line) com os seguintes descritores: insuficiência renal crônica; diálise; qualidade de vida (DeCS).

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados na íntegra, que abordavam a questão norteadora, publicados entre os anos de 2004 a 2014 acessados pelo meio on line nos idiomas português, inglês ou espanhol e estudos realizados com adultos e/ou idosos em tratamento dialítico. Critérios de exclusão: resumos que não apresentavam o texto na íntegra; estudos realizados com crianças, adolescentes, gestantes, cuidadores e/ou com pacientes submetidos a transplante renal.

Na base de dados SciELO foram identificados 162 artigos, que após leitura e análise minuciosa dos mesmos, 20 se adequaram aos critérios de inclusão. Na base de dados LILACS localizou-se 38 estudos. Destes, foram incluídos 9 artigos e 29 excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão. Desta forma, totalizou-se uma amostra final de 29 estudos nesta revisão integrativa. É importante ressaltar que a produção científica sobre



qualidade de vida e insuficiência renal crônica é bastante vasta, justificando a delimitação da pesquisa.

Na perspectiva de sumarizar e organizar as informações adaptou-se, especificamente para este estudo, o instrumento de Nicolussi (2008), que identifica a publicação com ano de publicação, autores, formação profissional, país e idioma, juntamente com os critérios de avaliação de estudos de QV e suas características metodológicas. Os dados foram categorizados e discutidos segundo os objetivos da revisão integrativa.

## RESULTADOS

Ao final da análise foram selecionados 29 artigos relacionados ao objetivo como demonstra as tabelas abaixo, sendo descritos apenas os resultados mais relevantes.

**Quadro 1:** Descrição dos resultados incluídos na revisão integrativa segundo autor (es), base de dados, periódicos e ano de publicação.

Nº	Autor (es)	Base de dados	Periódicos	Ano de publicação
01	Higa, K; Kost, MT; Soares, DM; Morais, MC; Polins, BRG.	SciELO	Acta Paul Enferm	2008
02	Santos, PR.	SciELO	Rev Assoc Med Bras	2006
03	Kusumota, L; Marques, S; Haas, VJ; Rodrigues, RAP.	SciELO	Acta Paul Enferm	2008
04	Souza, FF; Cintra, FA; Gallani, MABJ.	SciELO	Rev Bras Enferm	2005
05	Martins, MRI; Cesarino, CB.	SciELO	Rev Latino-am Enfermagem	2005
06	Costa, PB; Vasconcelos, KFS; Tassitano, RM.	SciELO	Fisioter Mov.	2010
07	Santos, I; Rocha, RPF; Berardinelli, LMM.	SciELO	Esc Anna Nery (impr.)	2011
08	Cunha, MS; Andrade, V; Guedes, CAV; Meneghetti, CHZ; Aguiar, AP; Cardoso, AL.	SciELO	Fisioterapia e Pesquisa	2009
09	Barbosa, GS; Valadares, GV.	SciELO	Acta Paul Enferm	2009
10	Takemoto, AY; Okubo, P; Bedendo, J; Carreira, L.	SciELO	Rev Gaúcha Enferm	2011
11	Grincenkov, FRS; Fernandes, N; Chaoubah, A; Bastos, K; Qureshi, AR; Filho, RP; Filho, JCD; Bastos, MG.	SciELO	J Bras Nefrol	2011
12	Frazão, CMFQ; Ramos, VP; Lira, ALBC.	LILACS	Rev. enferm. UERJ	2011



13	Silva, AS; Silveira, RS; Fernandes, GFM; Lunardi, VL; Backes, VMS.	SciELO	Rev Bras Enferm	2011
14	Oliveira, MP; Kusumota, L; Marques, S; Ribeiro, RCHM; Rodrigues, RAP; Haas, VJ.	SciELO	Acta Paul Enferm	2012
15	Grasselli, CSM; Chaves, ECL; Simão, TP; Botelho, PB; Silva, RR.	LILACS	Rev Bras Clin Med	2012
16	Nóra, RT; Zambone, GS; Júnior, FNF.	LILACS	Arq Ciênc Saúde	2009
17	Santos, PR; Pontes, LRSK.	SciELO	Rev Assoc Med Bras	2007
18	Orlandi, FS; Pepino, BG; Pavarini, SCI; Santos, DA; Mendiondo, MSZ.	SciELO	Rev Esc Enferm USP	2012
19	Thomas, CV; Alchieri, JC.	LILACS	Avaliação Psicológica	2005
20	Santos, FR; Filgueiras, MST; Chaoubah, A; Bastos, MG; Paula, RB.	SciELO	Rev. Psiq. Clín	2008
21	Rudnicki, T.	SciELO	Estudos de Psicologia	2007
22	Guerra-Guerrero, V; Sanhueza-Alvarado, O; Cáceres-Espina, M.	SciELO	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2012
23	Cordeiro, JABL; Brasil, VV; Silva, AMTC; Oliveira, LMAC; Zatta, LT; Silva, ACCM.	LILACS	Rev. Eletr. Enf.	2009
24	Cavalcante, MCV; Lamy, ZC; Filho, FL; França, AKTC; Santos, AM; Thomaz, EBAF; Silva, AAM; Filho, NS.	SciELO	J Bras Nefrol	2013
25	Padulla, SAT; Matta, MV; Melatto, T; Miranda, RCV; Camargo, MR.	LILACS	Cienc Cuid Saude	2011
26	Kirchner, RM; Machado, RF; Löbler, L; Stumm, EMF.	LILACS	O Mundo da Saúde	2011
27	Mortari, DM; Menta, M; Scapini, KB; Rockembach, CWF; Duarte, A; Leguisamo, CP.	LILACS	Scientia Medica	2010
28	Silveira, CB; Pantoja, IKOR; Silva, ARM; Azevedo, RN; Sá, NB; Turiel, MGP; Nunes, MBG.	SciELO	J Bras Nefrol	2010
29	Cattai, GBP; Rocha, FA; Junior, NN; Pimentel, GGA.	LILACS	Cienc Cuid Saude	2007

Em relação ao ano de publicação, verificou-se um predomínio de estudos no ano de 2011 com sete (24,2%) estudos, seguido por 2009 e 2012, ambos com quatro (13,8%)



estudos. Os anos de 2005, 2007, 2008 e 2010 tiveram 3 artigos publicados em cada um, representando (10,3%) do total. Por último, os anos de 2006 e 2013 tiveram apenas uma publicação (3,5%) cada. Sobre a autoria dos estudos, observou-se que onze (37,9%) foram publicados por equipes multiprofissionais, oito (27,6%) por enfermeiros, e cinco (17,2%) não foi possível identificar a formação dos autores. A maior incidência de publicação deu-se no periódico Acta Paul. Enferm., com quatro (13,8%) publicações, seguido do Jornal Brasileiro de Nefrologia com 3 (10,3%) publicações.

**Quadro 2:** Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo o delineamento de pesquisa, objetivos, definição de QV e instrumento utilizado.

Nº	Tipo de Estudo	Objetivos	Definição de QV	Instrumento
01	Quantitativo	Analisar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica, em tratamento de hemodiálise.	QV Geral	WHOQOL-breve
02	Quantitativo	Determinar a relação do sexo e da idade com o nível de qualidade de vida (QV) em portadores de insuficiência renal crônica sob terapia hemodialítica.	Não define	SF-36
03	Seccional e populacional	Caracterizar os adultos e idosos em hemodiálise residentes em Ribeirão Preto-SP. Avaliar e descrever as diferenças na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses pacientes.	QVRS	KDQOL-SF
04	Correlacional de corte transversal	Verificar, em uma população de idosos com Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) em hemodiálise ambulatorial, a relação entre uma medida genérica de qualidade de vida (WHOQOL-breve) e a medida de severidade da IRCT (ESRD-SI – Índice de Severidade da IRCT)	Não define	WHOQOL-breve e ICRT
05	Descritivo	Avaliar a qualidade de vida de pessoas em tratamento de hemodiálise (HD) e identificar as atividades cotidianas que podem comprometer sua qualidade de vida.	QVRS	SF-36
06	Epidemiológico, descritivo, do tipo transversal.	Descrever as características e analisar as possíveis associações entre a Insuficiência Renal Crônica (IRC) e a qualidade de vida em uma amostra representativa de pacientes com o agravo no município de Caruaru, PE	QVRS	KDQOL- SF
07	Descritivo com	Identificar a qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica, em terapia de hemodiálise, aplicando o questionário	Não define	KDQOL- SF





	abordagem quantitativa, transversal e naturalista	Kidney Disease Quality of Life Short Form, relacionando-a às necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado.		
08	Transversal	Avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida em pacientes com incapacidade renal crônica (IRC) submetidos a tratamento hemodialítico e verificar possíveis correlações entre essas variáveis clínicas e idade, índice de massa corpórea (IMC) e tempo de hemodiálise.	QVRS	SF-36
09	Qualitativo	Identificar como o paciente dependente de hemodiálise enfrenta no dia-a-dia o processo saúde-doença, considerando atitudes, comportamentos e práticas.	Não define	Entrevista semi-estruturada
10	Quantitativa, de caráter descritivo exploratório	Avaliar a qualidade de vida dos idosos com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico.	QV Geral	Instrumento estruturado
11	Coorte prospectivo e multicêntrico	Avaliar a qualidade de vida (QV) na admissão de pacientes em diálise peritoneal no Brasil.	Não define	Índice de Karnofsky e SF-36
12	Descritivo e exploratório	Investigar a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com a doença renal crônica, em tratamento de hemodiálise, a partir do questionário SF-36	OMS	SF-36
13	Qualitativo	Conhecer as percepções dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica acerca das mudanças ocorridas em sua rotina de vida, decorrentes do tratamento de hemodiálise, identificando os elementos que influenciam a sua qualidade de vida.	OMS	Entrevista
14	Seccional e populacional	Descrever e comparar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes em Diálise Peritoneal (DP) que tinham ou não trabalho remunerado	QVRS	KDQOL- SF
15	Descritivo e transversal	Avaliar a QV dos pacientes submetidos à hemodiálise	QVRS	KDQOL SF-36.



	I			
16	Retrospectivo com análise de prontuários e posteriormente questionários.	Avaliar a qualidade de vida de pacientes do sexo masculino, com disfunção erétil, portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP.	Não define	IIFE e outro para avaliação da QV que não é citado
17	Quantitativo	Verificar mudança de QV em portadores de IRCT em hemodiálise durante 12 meses e identificar variáveis associadas com piora ou melhora de QV.	Não define	SF-36
18	Descritivo e transversal	Avaliar o nível de esperança dos idosos renais crônicos em hemodiálise, por meio da Escala de Esperança de Herth (EEH)	Não define	EEH
19	Quantitativo	Investigar as variáveis que indicam aderência ou não ao tratamento de Hemodiálise por meio da identificação das principais características de personalidade pelo Inventário Millon de Personalidade (MIPS) na expressão de comportamentos aderentes ao tratamento.	Não define	SF-36
20	Coorte	Avaliar os efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com DRC em tratamento conservador.	Não define	SF-36
21	Quantitativo	Responder qual a relação entre as variáveis, apoio social, estressores percebidos e características biodemográficas com a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise.	OMS	Índice de qualidade de vida-QOL
22	Exploratório, descritivo, transacional com amostragem de probabilidade estratificada	Determinar a qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica e sua relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório.	OMS	KDQOL-36
23	Descritivo e exploratório	Avaliar a QV dos portadores de doença renal crônica em hemodiálise	QV Geral	KDQOL-SF



	o			
24	Transversal	Identificar fatores socioeconômicos, demográficos, clínico-nutricionais e laboratoriais associados a piores níveis de QV em adultos em HD em São Luís, Maranhão, Brasil.	OMS	KDQOL-SF
25	Quantitativo	Avaliar e comparar a qualidade de vida de pacientes submetidos à fisioterapia com controles.	Não define	KDQOL-SF
26	Quantitativo, descritivo e transversal	Avaliar o estilo de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico	Não define	Instrumento criado e testado pelas pesquisadoras
27	Transversal	Avaliar a qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise	QV Geral	SF-36
28	Transversal analítico-descritivo	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com IRC em programa de hemodiálise ambulatorial em um hospital público de Belém – Pará.	Não define	SF-36
29	Quantitativo	Verificar a qualidade de vida (QV) dos pacientes com insuficiência renal crônica e analisar a correlação entre as dimensões do SF-36.	Não define	SF-36

Em relação ao delineamento metodológico, a maioria dos estudos são de natureza quantitativa descritiva, sendo seis (20,7%) transversais e quatro (13,8%) longitudinais.

No que diz respeito ao país de origem da pesquisa, identificou-se uma maior incidência de estudos desenvolvidos no Brasil com 28 (93,1%) pesquisas, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, porém, a maior parte no idioma português. Destes, a maioria desenvolvidos na região sudeste com 14 (48,3%) estudos. Um estudo (3,4%) realizado no Chile publicado no idioma espanhol, e um (3,4%) não foi possível identificar o país de origem.

Destaca-se que nos estudos analisados 14 (48,3%) não definiram QV, uma vez que se trata de um conceito subjetivo e multidimensional. Seis estudos (20,7%) definiram Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Relacionado aos instrumentos que mensuram QV, identificou-se que onze (37,9%) estudos aplicaram o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) e nove (31%) utilizaram o KDQOL-SF (*Kidney Disease and Quality of Life-Short Form*).



## CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa possibilitou a construção de uma síntese do conhecimento científico a cerca da qualidade de vida nos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento. Foi possível alcançar o principal objetivo colocado, de caracterizar as publicações científicas relacionadas à Qualidade de Vida e Insuficiência Renal Crônica em tratamento através de diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) no tempo estabelecido.

Através dos principais resultados analisados, constatou-se fatores que são capazes de aumentar ou diminuir a qualidade de vida de doentes renais crônicos, assim como, fatores que não tiveram interferência direta sobre a patologia.

Foi possível entender o quanto a doença renal crônica interfere na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que os mesmo precisam sobreviver e se adaptar as novas condições relacionadas ao corpo, alimentação, sexualidade, medicamentos, vida social e familiar, dentre outros.

O desenvolvimento desse estudo foi bastante relevante, pois através do mesmo foi possível ampliar o conhecimento através da leitura e análise dos artigos sobre a patologia, sua progressão, principais sinais e sintomas, formas de tratamentos e fatores que influenciam a qualidade de vida dos portadores da doença.

No que se refere à intervenção profissional, é necessário uma equipe multidisciplinar a fim de ajudar o paciente a cooperar com o tratamento, fornecendo-lhes informações sobre a IRC e sobre o tratamento dialítico, a enfrentar a situação da doença e assim diminuir o estresse para que aprendam a conviver melhor frente à doença crônica e assim assegurar uma melhor qualidade de vida além de manter a existente.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Ministério da Saúde, 2006.
- NICOLUSSI, A.C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: uma revisão integrativa.** 2008. 209 p. Dissertação. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2008.
- PIMENTA, F. A. P. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário sf-36. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.
- POLIT, F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. São Paulo: ArtMed, 2011.
- SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 5, p. 356-359, 2006.



SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de Diálise SBN**, 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

TORRES, M. V. et al. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes de atividades física regular em Teresina

– Piauí. **ConScientiae Saúde.**, v. 9, n. 4  
, p. 667-675, 2010.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS! Arquiteto do universo...

## CONHECIMENTO SOBRE DROGAS ENTRE ACADÊMICOS INGRESSANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

*Ellaine Santana de Oliveira<sup>1</sup>, Sílvia Noeli Ramos de Melo Firmeza<sup>1</sup>, Wylania Jéssica Gomes de Araújo<sup>1</sup>, Artemízia Francisca de Sousa<sup>1</sup>, Maísa de Lima Claro<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

## RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento de acadêmicos ingressantes nos cursos de graduação de uma universidade pública sobre a temática das drogas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, cuja amostra foi constituída por 154 universitários ingressantes de ambos os sexos, sendo a coleta realizada nos meses de outubro e novembro de 2014, através de um questionário com questões referentes à caracterização socioeconômica, ao tabagismo e o uso de álcool. Para avaliar o grau de etilismo foi utilizado o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), em sua versão validada no Brasil. Resultados: Houve a constatação de que 81,1% dos acadêmicos em estudo fazem uso de bebidas alcoólicas, no entanto, 90,3% referiu nunca sentir fissura por álcool ou outra droga. Em relação ao tabagismo 89% nunca fumaram/fumaram em menos de um mês. Assim, apesar da baixa prevalência da utilização de drogas ilícitas, o consumo de álcool foi evidenciado, e por ser um importante fator de risco à saúde do universitário, demonstra a necessidade de ações educativas voltadas, para os acadêmicos desde seu ingresso na universidade.

**Palavras-chave:** Estudantes. Consumo de bebidas alcoólicas. Hábito de fumar.

## INTRODUÇÃO

O ingresso em Instituições de Ensino Superior é um processo de transição e adaptação, tendo em vista que muitos estudantes iniciam esta etapa tendo que se distanciar dos pais ao mudar de cidade e adquirir autonomia para administrar as novas



responsabilidades, tais como, as exigências das atividades acadêmicas, gestão financeira, afazeres domésticos, trabalho, alimentação e cuidados com a saúde, além da preocupação com a auto-estima e inserção neste meio social, tendo que modificar e/ou adaptar comportamentos e hábitos de vida (MENDES; LOPES, 2014; SOUZA et al., 2012).

Este ambiente de desafios e descobertas tem sido descrito como vulnerável ao contato dos jovens com as drogas. É possível que as condições de vida, o desenvolvimento da autonomia e as demandas universitárias sejam situações ansiogênicas e estimuladoras da prática. Também é preciso destacar que, ao longo dos anos, o próprio sistema educacional e as instituições de ensino não têm promovido mudanças das práticas, negligenciando seu papel de proteção a esses jovens (NUNES et al., 2012).

Os efeitos decorrentes do uso destas substâncias envolvem não apenas o setor saúde, mas também outras esferas da sociedade, estando associado a: problemas escolares como faltas, reprovações e dificuldades de aprendizagem; problemas de personalidade tais como, agressividade, impulsividade, intolerância à frustração; conflitos familiares; desordens psiquiátricas; além de problemas em decorrência de atitudes antissociais (IMA; COELHO; BASTOS, 2014).

Dentro desta temática, a literatura tem destacado o consumo de álcool e tabaco como uma prática comum, determinada por características pessoais, mas especialmente por influências socioambientais, como o fácil acesso. Tal utilização pode ainda, aumentar gradativamente após o ingresso na universidade e o aumento da complexidade acadêmica, já que esta é uma fonte estressora, e os estudantes podem utilizar as drogas lícitas e ilícitas como forma de enfrentamento, fato preocupante, tendo em vista os riscos aos quais os jovens estão expostos em decorrência dessa utilização (RODRIGUES et al., 2014; SOARES et al., 2014; VIVAN DE CARVALHO et al., 2014).

Nesse sentido, é imprescindível traçar o perfil do jovem universitário a partir do seu ingresso e verificar a influência do ambiente universitário para o consumo abusivo de substâncias psicoativas<sup>8</sup>, a fim de favorecer o planejamento de ações de assistência estudantil de modo a atender as necessidades primordiais desses estudantes, promovendo ações educativas que trabalhem com a prevenção e promoção da saúde, que minimizem os casos atuais e/ou futuros de dependência física e química (FREITAS et al., 2012; NARDELLI et al., 2013).

Diante da necessidade de promover a saúde na comunidade acadêmica, advindas da vulnerabilidade deste grupo à adoção de comportamentos de risco, como o uso de drogas,



esse estudo objetivou analisar o conhecimento de acadêmicos ingressantes nos cursos de graduação de uma universidade pública sobre a temática das drogas lícitas e ilícitas, além de caracterizar a população em estudo de modo a ampliar o conhecimento e conferir subsídios para o enfrentamento das drogas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e transversal, realizado uma universidade pública localizada no município de Picos/PI, cuja população constituiu-se de 450 universitários ingressantes de ambos os sexos, devidamente matriculados nos cursos de graduação em História, Administração, Letras, Pedagogia, Enfermagem, Nutrição, Administração, Sistemas de Informação e Matemática.

A amostra foi composta por 154 acadêmicos estratificados pelos cursos citados acima, sendo incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, regularmente matriculados na instituição no primeiro período de curso.

Os dados foram coletados após abordagem dos alunos em sala de aula e consentimento na participação por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, nos meses de outubro e novembro de 2014, através de um questionário questões referentes à caracterização socioeconômica, ao tabagismo e o uso de álcool. Para avaliar o grau de etilismo foi utilizado o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), em sua versão validada no Brasil por Méndez (1999).

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UFPI, sob parecer 826.730, tendo sido respeitados todos os aspectos éticos e legais exigidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para processamento e análise dos dados, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), sendo que para verificar associação entre as variáveis foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), significância de 5%.

## **RESULTADOS**

Diante da análise dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos foi possível traçar o perfil socioeconômico do público-alvo investigado, a partir das seguintes variáveis: sexo, idade, cor, situação laboral, situação econômica, nível de escolaridade dos pais, término do ensino médio, local onde residem e religião (Tabela 1).



Pode-se notar que do total de 154 entrevistados houve uma maior prevalência do sexo feminino (60,4%), onde a faixa etária variou de 18 aos 30 anos (89%), com média e desvio padrão de  $21,5 \pm 5,52$  e que 48% dos entrevistados referiu à cor parda. Com relação ao grau de escolaridade dos pais, 35% relataram que estes haviam cursado apenas do 1º ao 4º ano.

**TABELA 1-** Dados socioeconômicos de acadêmicos ingressantes. Picos, PI, Brasil, 2014

Variáveis	N	%	Média $\pm$ DP
<b>Sexo</b>			
Feminino	93	60,4	
Masculino	61	39,3	
<b>Idade</b>			
18-30	137	89,0	21,5 $\pm$ 5,52
31-43	17	11,0	
<b>Cor</b>			
Branca	49	31,8	
Negra	28	18,3	
Amarela	03	1,9	
Parda	74	48,0	
<b>Situação Laboral</b>			
Apenas estuda	110	71,4	
Estuda e trab. Formalmente	32	20,8	
Estuda e trab. Informal	12	7,8	
<b>Classe econômica</b>			
A1-A2	01	0,6	
B1-B2	34	22,1	
C1-C2	79	51,3	
D-E	40	26,0	
<b>Escolaridades dos pais</b>			
Da 1º ao 4º ano	54	35,0	
Fundamental completo	32	20,7	
Fundamental incompleto	11	7,1	
Médio completo	34	22,1	
Médio incompleto	8	5,2	
Superior	15	9,7	
<b>Término do Ens. Médio</b>			
Escola pública	123	80,0	
Escola privada	31	20,0	
<b>Onde mora</b>			
Pensionato	20	13,0	
Casa de parentes	22	14,3	
Casa dos pais	65	42,2	
Com outros estudantes	47	30,5	
<b>Religião</b>			
Católico	103	66,9	
Testemunha de Jeová	9	5,8	
Protestante	19	12,4	
Espírita	01	0,6	





Outras 22 14,3

No tocante as classes econômicas, 51,3% estavam inseridas nas classes C1 e C2, com média de renda de 1.273,8±1.259,77. Outro dado importante, é que a maioria (80%) havia concluído o ensino médio em escolas públicas, sendo que 42,2% ainda residem com os pais e 66,9% são adeptos da religião católica.

O perfil socioeconômico dos participantes corrobora com uma tendência nacional de maioria feminina, com idade ente 18 e 30 anos, pertencentes às classes econômicas C,D,E, advindos do ensino público, tendo estudado integralmente ou parcialmente em escolas públicas (ANDIFES, 2011).

Em relação ao consumo de álcool e outras drogas por estes acadêmicos, uma parcela significativa dos entrevistados relatou fazer uso de álcool (81,1%), porém não faziam uso de cigarro (89%). Apesar do grande número de acadêmicos que fazem uso de bebidas alcoólicas, uma grande parcela (90,3%) referiu nunca sentir fissura por álcool ou outra droga (Tabela 2).

**TABELA 2-** Consumo de álcool e outras droga por acadêmicos ingressantes. Picos, PI, Brasil, 2014

Variáveis	N	%
<b>Uso de drogas *</b>		
Álcool	90	81,1
Maconha	06	5,4
Cocaína	05	4,5
Craque	01	0,9
Cigarro	08	7,2
Outros	01	0,9
<b>Fissura por álcool ou droga</b>		
Sim	15	9,7
Não	139	90,3
<b>Tabagismo</b>		
Fuma 1 por dia	02	1,3
Não fuma diariamente	11	7,1
Deixou de fumar há um mês	04	2,6
Nunca fumou/fumou a menos de um mês	137	89,0
<b>Etilismo</b>		
Zona I	139	90,3
Zona II	11	7,1
Zona III	03	2,0
Zona IV	01	0,6



**TABELA 2-** Consumo de álcool e outras droga por acadêmicos ingressantes. Picos, PI, Brasil, 2014 (continuação)

Variáveis	N	%
<b>Frequência do uso de álcool</b>		
Nunca	65	42,2
Mensalmente ou menos	58	37,7
De 2 a 4 vezes por mês	26	16,9
De 2 a 3 vezes por semana	05	3,2
<b>Quantas bebidas você bebe</b>		
0-1	97	63,0
2-3	42	27,3
4-5	10	6,5
6-7	02	1,3
8 ou mais	03	1,9
<b>Bebe mais que em uma mesma ocasião</b>		
Nunca	87	56,5
Menos que 1 vez ou mês	34	22,1
Mensalmente	27	17,5
Semanalmente	05	3,3
Todos ou quase todos os dias	01	0,6

\*Questão de múltiplas escolhas.

Conforme o AUDIT, instrumento de mensuração do consumo de álcool, 90,3% se enquadraram na zona I no que se refere à frequência de uso e 42,2 % relataram nunca ter usado. Com relação à quantidade de bebidas alcoólicas, 63% consumiam de zero a uma bebida e 56,5% nunca beberam mais que em uma ocasião (Tabela 2). Tais resultados, embora representem baixo risco em relação à frequência de consumo de álcool, o problema quanto ao uso de álcool e seu possível excesso é um fenômeno de alta gravidade, especialmente em grupos mais vulneráveis, uma vez que a periculosidade do uso vai além do problema de saúde, pois este fenômeno está inserido ou é causador de outros problemas, como a violência contra si e os outros, a criminalidade, práticas sexuais inseguras, entre outros (IMAI; COELHO; BASTOS, 2014; PEDROSA et al., 2011 SITRA; FORMIGA, 2012).

Ao adentrar na literatura, verifica-se conforme verificado neste estudo, vulnerabilidade do público-alvo em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2010; BAUMGARTEN; GOMES; FONSECA, 2012; GIL-GARCIA; MARTINI; PORCEL-GALVEZ GOMES, 2010; SILVA et al., 2013).



A organização mundial de saúde (WHO, 2011a,b) destaca este consumo excessivo de álcool e o tabagismo como problema mundial crescentes nas últimas décadas, ocasionando milhões de mortes anualmente, incluindo jovens, principalmente entre 15 e 30 anos, com geração de custos sociais e econômicos elevados, fato que advém da simultaneidade de transições e variados eventos que o jovem universitário experimenta com o ingresso na universidade, uma experiência potencialmente geradora de estresse e riscos à saúde do estudante (DIAS; CONCEIÇÃO, HOLLAIS, 2014).

As motivações para o consumo de álcool e outras drogas são inúmeras, dentre eles destacam-se a motivação familiar e de amigos, prazer, curiosidade e ociosidade, além do fácil acesso, que guarda intrínseca relação com o consumo não moderado. Nesse contexto, cabe ainda ressaltar a mídia, tendo em vista que os jovens são mais suscetíveis aos estímulos das propagandas, e estas por sua vez tem se utilizado de forte apelo comercial ao álcool, por ser uma droga socialmente aceita, evidenciando exclusivamente a promoção do consumo, sem referir as consequências danosas à saúde (BOTTI; LIMA; SIMÕES, 2010; CAVALCANTE et al., 2012; ZEFERINO et al., 2015).

Dentre os fatores protetores quanto ao consumo de substâncias psicoativas, Dalgalarondo et al. (2004) cita a prática de alguma religião como um fator de proteção, devido às possíveis normas e orientações transmitidas por seus seguidores, o que não pôde ser verificado neste estudo, embora os estudantes tenham referido ser de maioria católica (66,9%) (Tabela 1).

Outro fator protetor que tem sido descrito e incentivado diz respeito ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, com destaque para atividades que incentivem a adoção de hábitos de vida saudáveis, especialmente no ambiente universitário, onde milhares de jovens ingressam anualmente. Nesse sentido, Silva et al. (2013) enfatiza a necessidade e relevância das iniciativas preventivas para o consumo de drogas psicoativas por estudantes universitários, não somente a nível nacional, mas somadas a essas políticas, devem ser trabalhadas medidas locais inclusive na própria universidade, cuja função extrapola a formação para o exercício profissional, mas participa ativamente da identificação, do estudo e da solução de problemas, que como este, afligem a sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Verifica-se a necessidade de ações educativas voltadas para os jovens ingressantes em universidades, uma vez que ficou evidenciada a vulnerabilidade dos mesmos em relação ao consumo de drogas, com destaque neste estudo para o consumo de álcool, seja ela decorrente das mudanças individuais e sociais vivenciadas por estes jovens nesta fase da vida, ou mesmo pelas influências de familiares, amigos ou mídia e o fácil acesso às mesmas.

Sendo assim, a partir dos dados encontrados, sugere-se que haja um planejamento e a criação de ações de assistência aos estudantes, além da criação de grupos de estudo permanentes com os acadêmicos ingressantes sobre drogas, que irão proporcionar informações mais concisas e fidedignas, favorecendo o conhecimento dos jovens para a redução de riscos e a ampliação de medidas preventivas no intuito de minimizar as vulnerabilidades encontradas com relação ao consumo do álcool e outras drogas.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR (ANDIFES). Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE). Brasília - 2011. Disponível em: <[http://www.andifes.org.br/wp-content/files\\_flutter/1377182836Relatorio\\_do\\_perfi\\_dos\\_estudantes\\_nas\\_universidades\\_federais.pdf](http://www.andifes.org.br/wp-content/files_flutter/1377182836Relatorio_do_perfi_dos_estudantes_nas_universidades_federais.pdf)> Acesso em: 25 out 2015.
- BAUMGARTEN, L.Z.; GOMES, V.L.O.; FONSECA, A.D. Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande/RS: subsídios para enfermagem. Esc. Anna Nery., v. 16, n.3, p. 530-535, 2012.
- BOTTI, N.C.L.; LIMA, A.F.D.; SIMÕES, W.M.B. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de Enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. Rev. Eletrônica de Saúde Mental., v.6, n.1, p.1-13, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. GRE/IPC-HC/FMUSP, organizadores: Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD. 2010; 284. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios\\_2010/328160.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Universitarios_2010/328160.pdf)> Acesso em: 02 jan 2015.
- CAVALCANTE, D.B.; GOMES, R.I.B.; SOUSA, V.E.C.; SARDINHA, A.H.L.; COSTA FILHO, M.R. Uso de Álcool entre Acadêmicos de Farmácia de uma Universidade Pública. Rev. Enferm. UERJ, v. 20, n.3, p. 312-316, 2012.
- DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M.A.; CORREA FILHO, H.R.; SILVA, C.A.M. Religião e uso de drogas por adolescentes. Rev. Brasileira de Psiquiatria., v. 26, n.2, p.82-90, 2004.
- DIAS, A.A.; CONCEIÇÃO, A.S.; HOLLAIS, A.W. Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Substâncias Psicotrópicas Ilícitas entre Estudantes de uma Universidade do Alto Tietê. Rev. Saúde e Pesquisa., v.7, n.3, p.465-476, 2014.



- FREITAS, R.L.M.; NASCIMENTO, D.S.; FREITAS, R.M.; SALDANHA, G.B.; ROCHA, R.M.M.; SANTOS, P.S. Perfil da utilização de drogas lícitas e ilícitas por universitários de uma instituição privada. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, v.8, n.3, p. 118-26, 2012.
- GIL-GARCIA, E.; MARTINI, J.G.; PORCEL-GALVEZ, A.M. Consumo de Álcool e Práticas Sexuais de Risco: O Padrão dos Estudantes de Enfermagem de Uma universidade espanhola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem de Ribeirão Preto.*, v. 21, n.4, p. 941-947, 2013.
- GOMES, R.I.B. O álcool e a população estudantil. *Rev. Florence.*, v.1, n.1, p.39-42, 2010.
- IMAI, F.I.; COELHO, I.Z.; BASTOS, J.L. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, v.23, n.23, p.435-446, 2014.
- MENDES, F.; LOPES, M.J. Vulnerabilidades em saúde: o diagnóstico dos calouros de uma universidade portuguesa. *Texto Contexto Enferm.*, v.23, n.1, p. 74-82, 2014.
- MÉNDEZ, E.B. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). [Tese de doutorado]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas. 1999.12p
- NARDELLI, G.G.; GAUDENCI, E.M.; GARCIA, B.B.; CARLETO, C.T.; GONTIJO, L.M.; PEDROSA, L.A.K. Perfil dos alunos ingressantes dos cursos da área da saúde de uma universidade federal. *REAS.*, v.2, n.1, p. 3-12, 2013.
- NUNES, J.M.; CAMPOLINA, L.R.; VIEIRA, M.A.; CALDEIRA, A.P. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. *Rev.Psiq. Clín.*, v.39, n.3, p. 94-99, 2012.
- PEDROSA, A.A.S.; CAMACHO, L.A.B.; PASSOS, S.R.L.; OLIVEIRA, R.V.C. Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cad. Saúde Pública.*,v.27, n.8, p.1611-1621, 2011.
- RODRIGUES, P.F.S.; SALVADOR, A.C.F.; LOURENÇO, I.C.; SANTOS, L.R. Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Aná. Psicológica.*, v.32, n. 4, p. 453-466, 2014.
- SILVA, R.P.; SOUZA, P.; NOGUEIRA, D.A.; MOREIRA, D.S.; CHAVES, E.C.L. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. *J. bras. psiquiatr.*, v. 62, n.3, p. 191-198, 2013.
- SINTRA, C.I.F.; FORMIGA, N.S. Condutas desviantes e habilidades sociais em jovens portugueses toxicodependentes e não-toxicodependentes. *Rev. de Psicologia.*, v.15, n.23, p.9-25, 2012.
- SOARES, A.B.; FRANCISCHETTO, V.; DUTRA, B.M.; MIRANDA, J.M.; NOGUEIRA, C.C.C.; LEME, V.R. et al. O impacto das expectativas na adaptação acadêmica dos estudantes no Ensino Superior. *Psico-USF.*, v.19, n.1, p.49-60, 2014.
- SOUZA, L.D.M.; MARAGALHONI, T.C.; QUINCOSES, M.T.; JANSEN, K.; CRUZEIRO, A.L.S.; ORES, L.; SILVA, R.A.; PINHEIRO, R.T. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. *Cad. Saúde Pública.*,v. 28, n.6, p. 1167-1174, 2012.
- VIVAN DE CARVALHO, M.A.; CORREA, M.P.; REUS, T.L.; LIMBERGER, A. Diagnóstico de condutas e hábitos de saúde de estudantes universitários. *Paradigma.*,v.35, n.1, p. 167-179, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneve: WHO; 2011b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the global tobacco epidemic Warning about the dangers of tobacco. Geneve: WHO; 2011a.
- ZEFERINO, M.T.; HAMILTON, H.; BRANDS, B.; WRIGHT, M.G.M.; CUMSILLE, F.; AKWATU, K. Consumo de Drogas entre Estudantes Universitários: Família, Espiritualidade e Entretenimento Moderando a Influência dos Pares. *Texto Contexto Enferm.*, v.24, n.spe, p. 125-135, 2015.



## ESTILO DE VIDA COMO FATOR DE RISCO À SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO DE LITERATURA

*Ellaine Santana de Oliveira<sup>1</sup>, Malvina Thais Pacheco Rodrigues<sup>1</sup>, Renato Mendes dos Santos<sup>1</sup>,  
Sarah de Melo Rocha Cabral<sup>1</sup>, Sabrina Almondes Teixeira<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever os principais fatores de risco à saúde, relacionados ao estilo de vida de estudantes universitários. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura por meio da análise de estudos com estudantes universitários realizados no Brasil, publicados entre 2010 e 2015. As bases de dados consultadas foram MEDLINE, LILACS e SCIELO, utilizando-se os descritores: saúde, estilo de vida, estudantes, por meio da equação: (Health) AND (life style) AND (students). **Resultados:** Foram incluídos oito artigos na amostra final desta revisão. Os principais domínios referentes ao estilo de vida entre os estudantes universitários foram o sedentarismo, alimentação inadequada, consumo de álcool e tabagismo, com diferenças importantes entre sexos e tempo de permanência na universidade. **Considerações finais:** Os estudantes universitários são um grupo de risco para o desenvolvimento de doenças, tendo em vista a alta taxa de exposição a comportamentos de vida inadequados. Assim, verificou-se a necessidade de ações de promoção e prevenção da saúde junto aos estudantes universitários.

**Palavras-chave:** Saúde. Estilo de vida. Estudante. Universidade.

### Introdução

O aumento considerável da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), verificado especialmente nas últimas décadas, reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária associada a dietas inadequadas, além do consumo do tabaco, do álcool e outras drogas, determinantes na ocorrência e progressão destas doenças, que representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações (MELLO et al., 2012; WHO, 2011).

Como forma de reduzir a incidência de DCNT, vários estudos buscam avaliar comportamentos e fatores metabólicos de risco à saúde, em especial direcionado à população de jovens adultos, tendo em vista que os fatores de risco adquiridos durante esta fase podem perdurar no envelhecimento e auxiliar no desenvolvimento de doenças (GASPAROTTO et al., 2015; HVIDTFELDT et al., 2010; PEREIRA; FERREIRA; PAREDES, 2013; SILVA; BRITO; COSTA, 2014; SOUSA; JOSÉ; BARBOSA, 2013).

Remetendo à população acadêmica, predominantemente formada por adultos jovens, o ingresso na universidade representa um momento de intensas mudanças, influenciando inclusive



na readequação ou aquisição de novos padrões de comportamento, que irão repercutir por toda a vida, sejam eles positivos ou negativos (SAVEGNAGO MIALICH et al., 2014).

Assim, a adoção de um estilo de vida saudável caracterizado pela alimentação adequada, atividade física de forma regular, comportamento preventivo e o controle de fatores negativos modificáveis como tabagismo, álcool, drogas e sedentarismo, tem sido compreendido como um fator protetor ao organismo contra disfunções em seu funcionamento, sendo importante na redução do risco de DCNT (WHO, 2007).

Neste contexto, estudar fatores de risco cardiovascular em universitários torna-se importante para entender como esses fatores se comportam dentro dessa população, visto que esses podem se modificar de acordo com o ambiente e o tempo de exposição (VANKIM et al., 2010). Tal compreensão poderá subsidiar a construção de políticas de assistência que contribuam adequadamente para a proteção e promoção da saúde a partir do ambiente acadêmico. Assim, este estudo tem como objetivo descrever os principais fatores de risco à saúde, relacionados ao estilo de vida de estudantes universitários.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma revisão de literatura, tendo como pergunta norteadora: Quais os principais comportamentos adotados pelos estudantes universitários que refletem um risco à saúde?

Foram levantados estudos realizados no Brasil, tendo como sujeitos estudantes universitários de ambos os sexos e idade superior a 18 anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre 2010 e 2015, que pesquisassem os comportamentos de risco à saúde entre universitários. Os estudos que não envolviam estudantes universitários, que não envolviam no mínimo três domínios do estilo de vida, que tratassem de validação de instrumentos e publicações de outra natureza que não artigos, bem como, publicações não disponíveis na versão completa, foram excluídos.

A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, utilizando-se os descritores: saúde, estilo de vida, estudantes, por meio da equação: (Health) AND (life style) AND (students).

Foram observados o título e o resumo dos artigos, sendo rejeitados aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão ou apresentavam algum critério de exclusão. Nos casos de incerteza referente ao título e resumo, o texto completo foi consultado já nesta etapa.



A análise foi feita por meio da leitura reiterada dos 8 artigos selecionados e de sua sistematização com um quadro específico. Esse quadro foi composto por colunas referentes à caracterização geral dos artigos (título, ano de publicação, autoria, metodologia) e por colunas relativas a “principais resultados”.

Os dados relacionados ao estilo de vida foram analisados e são descritos a seguir.

## RESULTADOS

As etapas seguidas desde a busca nos bancos de dados até a seleção final das publicações incluídas são observadas na Figura 1.

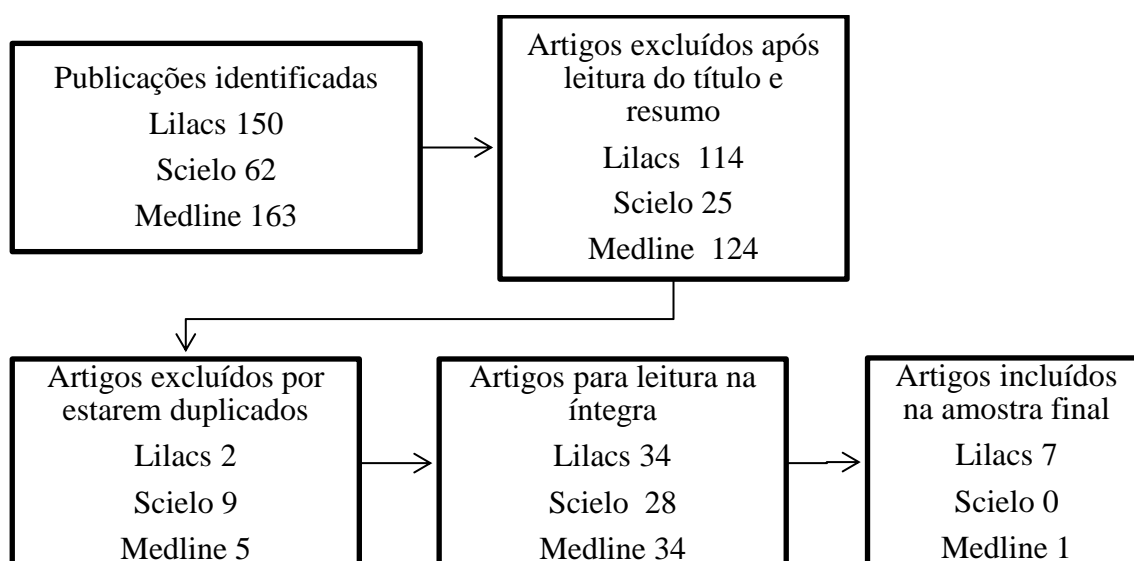


Figura 1. Fluxograma da estratégia de seleção dos estudos.

Quadro 1. Caracterização dos estudos brasileiros sobre estilo de vida entre universitários

Título, ano	autoria,	Tipo de estudo e coleta de dados	Principais resultados
Fatores de risco cardiovascular em estudantes de graduação da Universidade Federal de Viçosa-MG. MORAES et al., 2011.		- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 167 estudantes - Instrumento para coleta de dados: questionário com dados demográficos, antecedente pessoal e familiar de doenças cardiovasculares, hábitos e estilo de vida;	Foram observadas prevalências de 1,8%, 41,3%, 68,9%, 1,2% e 1,2% para tabagismo, sedentarismo, história familiar, hipertensão arterial e obesidade, respectivamente. A prevalência de sedentarismo foi significativamente ( $p<0,01$ ) mais elevada em mulheres (51,6%) do que em homens (27,8%).
Indicadores do estilo de vida e auto avaliação negativa de saúde		- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 217 estudantes - Instrumento para coleta de	Inativos fisicamente (57,7%); alimentação adequada (57,7%); não consumiam tabaco e outros tóxicos (98,1%); ingeriam álcool de maneira adequada (91,2%), eram





em universitários de uma instituição pública do nordeste do Brasil. SILVA, D. A. S. 2012.	dados: questionários sobre auto-avaliação da saúde, condições socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida.	adequados em relação ao sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro (87,4%); inadequados em relação ao tipo de comportamento diário (50,7%); sem problemas de introspecção (78,1%) e satisfeitos com o que realizavam (86,0%).
Estilo de vida de acadêmicos de Educação física de uma universidade Pública do estado de Sergipe, Brasil. SILVA et al., 2012.	- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 217 estudantes - Instrumento para coleta de dados: questionário auto-administrado "Estilo de Vida Fantástico" e questionário com informações sociodemográficas e acadêmicas (sexo, idade, trabalho remunerado, estado civil, escolaridade materna, curso, e nível econômico – NE).	57,4% não atenderam as recomendações para atividade física; 41,9% reportaram uma alimentação inadequada; 1,8% fazia uso de tabaco e/ou outros tóxicos; 8,8% ingeriam bebidas alcoólicas em excesso; 12,5% apresentaram problemas com sono, estresse, e tinham comportamentos ao dirigir e sexuais de risco; 50,7% sentiam-se freqüentemente com raiva e hostis; 22,1% tinham problemas de introspecção, e 14,3% declararam insatisfação com o trabalho.
Association between moment of the undergraduate course and cardiovascular risk factors in university students. GASPAROTTO et al., 2013a.	- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 1599 estudantes - Instrumento para coleta de dados: questionário internacional de atividade física (IPAQ) e Questionário do sistema de vigilância de comportamento de risco juvenil (YRBSS) ;	Os resultados sugerem que os alunos mais perto do final do curso de graduação mostram uma maior possibilidade de apresentar alguns fatores de risco cardiovasculares do que aqueles que estão entrando no ambiente universitário.

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos brasileiros sobre estilo de vida entre universitários (continuação)

Cardiovascular risk factors in college students: comparison among sexes, undergraduation period and study areas. GASPAROTTO, et al., 2013b	- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 1577 estudantes - Instrumento para coleta de dados: Questionário do sistema de vigilância de comportamento de risco juvenil (YRBSS) e questionário internacional de atividade física (IPAQ);	Todas variáveis contínuas foram superiores em homens comparados às mulheres. Apresentaram-se como Insuficientemente Ativos 54,6% dos alunos, 64,8% consumiram álcool no último mês e 92,1% não cumpriram a recomendação de três ou mais porções de frutas por dia.
Estilo de vida relacionado à saúde de	- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 720 estudantes	Os escores de estilo de vida, variaram entre 63,0 e 73,6 pontos, classificando a amostra entre as categorias "bom" e "muito



estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. SANTOS et al., 2014a.	- Instrumento para coleta de dados: questionário auto-administrado “Estilo de Vida Fantástico” e questionário com informações sociodemográficas.	bom”. Os ingressantes obtiveram melhores resultados nos níveis de atividade física, na questão de dirigir e conduzir veículo automotor sob efeito de bebidas alcoólicas e agitação.
Análise do sedentarismo em estudantes universitários. SANTOS et al, 2014b.	- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 101 estudantes - Instrumento para coleta de dados: formulário estruturado abrangendo questões sociodemográficas, prática de atividade física, consumo de álcool e tabaco, além de variáveis clínicas.	O sedentarismo foi detectado em 78 (77,2%) dos universitários avaliados. Na análise dos hábitos de vida, 49 (48,5%) e 5 (5%) dos estudantes afirmaram consumo rotineiro de bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente.
Sociodemographic determinants of university students’ lifestyles – 15. PACHECO et al., 2014.	- Tipo de estudo: Transversal - Amostra: 716 estudantes - Instrumento para coleta de dados: questionário auto-administrado “Estilo de Vida Fantástico” e questionário com informações sociodemográficas;	Um menor nível de escolaridade da mãe teve influência sobre um risco maior para um estilo de vida inadequado. Mais de dois terços da amostra demonstraram prática insuficiente de atividade física. Mais de um terço da amostra foi inadequada em relação ao domínio da nutrição. Menos de 10% demonstraram estilo de vida inadequado para o domínio do tabaco e 15,5% para o álcool.

A adoção de hábitos de vida não saudáveis, como dieta rica em gordura e sal e pobre em frutas e verduras, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo influencia negativamente a saúde do indivíduo, no entanto, caso seja corrigido pode diminuir riscos de morbimortalidade ao contribuir positivamente para a saúde (IMES et al., 2015). Nesse contexto, a investigação acerca dos comportamentos de risco à saúde da comunidade universitária tem tido destaque nos últimos anos no país, sendo usados como ferramenta para o planejamento, desenvolvimento e a implementação de ações que interfiram positivamente na promoção da saúde dos universitários.

O consumo excessivo de álcool e o tabagismo constituem problemas mundiais, ocasionando milhões de mortes anualmente, e assim, os efeitos decorrentes do seu uso interferem não apenas no setor saúde, mas também outras esferas da sociedade, como a da segurança, a da economia e a da previdência social (IMAI; COELHO; BASTOS, 2014).



Gasparotto et al. (2013a, 2013b) e Santos et al. (2014a, 2014b) constataram que tanto a utilização de tabaco como o consumo de álcool foram observados de forma mais frequente em homens, demonstrando que estes dois hábitos geralmente estão associados. Os motivos para aderir ao fumo, cigarro e outras drogas, tem sido apontados como: influência dos amigos, o novo ambiente, o contexto familiar e social, poder aquisitivo, facilidade de acesso e, no caso dos homens, a auto-afirmação para ser aceito no grupo (MORAIS et al., 2011; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; PILLON, 2011).

No Brasil, o uso regular de bebidas alcoólicas pelos adultos jovens começa aos 17,3 anos, em geral, período de transição para o ensino superior, afirma Santos et al. (2014b). Tal constatação demonstra que a universidade como local propício à realização de campanhas institucionais freqüentes, que visem a redução destes comportamentos deletérios à saúde dos estudantes universitários, grupo composto basicamente por adultos jovens (GASPAROTTO et al., 2013b).

Além do consumo de álcool e tabaco, o sedentarismo e a alimentação inadequada foram verificadas nesta revisão como um importante risco à saúde dos universitários, por serem fatores relevantes na disseminação da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis, gerando impactos pessoais, sociais e financeiros sobre a vida da população e do País (SOUZA et al., 2011). Os aspectos predisponentes para o aumento do quadro de sedentarismo e sobrepeso nessa faixa da população se dá pelo ritmo de vida acelerado que os jovens possuem, como dupla jornada de trabalho e estudo e conseqüentemente pouco tempo para a alimentação balanceada e adequada e prática de exercícios (BASTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2014).

Gasparotto et al. (2013a) sugerem que o aumento da demanda de tempo para cumprir atividades acadêmicas e a necessidade de trabalhar durante a graduação influenciam negativamente sobre o tempo despendido com atividades físicas. Os autores destacam ainda a ausência de disciplinas que envolvam atividade física no ambiente acadêmico, deixando esta decisão a cargo do próprio indivíduo, podendo culminar no sedentarismo, fato que justifica-se ainda como uma consequência do estilo de vida ocidental moderno, representando 20% das mortes no mundo, e aumentando em 50% as chances de desenvolver doenças do sistema cardiovascular (LIMA et al., 2012).

Santos et al. (2014b) e Gasparotto et al. (2013a, 2013b) verificaram que o tempo de ingresso na universidade afetou negativamente os níveis de prática de atividade física entre os estudantes, por outro lado Santos et al. (2014a) observaram baixo nível de atividade física entre



interessantes e conclusivos. Já em relação às diferenças entre os sexos, Moraes et al. (2011) observaram maior prevalência de mulheres sendo inativas.

Em relação ao consumo alimentar, Silva (2012) verificou que acadêmicos com hábitos alimentares inadequados apresentaram maior prevalência de autopercepção negativa do estado de saúde que aqueles com alimentação adequada. Observou ainda que a alimentação inadequada relaciona-se com renda e escolaridades mais baixas, sugerindo outros riscos à saúde como dificuldades de acesso a serviços de saúde e condições de moradia desfavorável.

Gasparotto et al. (2013b), constataram os baixos valores de consumo de frutas, saladas e/ou vegetais, e alta prevalência do consumo de doces e salgados, indicando a necessidade de medidas quanto à alimentação disponibilizada nas universidades em seus restaurantes e lanchonetes, o que já seria um passo importante no sentido de contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, que poderiam ser reproduzidos cotidianamente, inclusive fora da universidade.

As recomendações alimentares atuais para saúde são de três ou mais porções de frutas e saladas e/ou vegetais por dia, bem como a diminuição ou exclusão de alimentos ricos em carboidratos simples e com alto teor de gorduras saturadas (US, 2010). A incidência de estudantes cuja a alimentação é inadequada, sugere que a razão para estes achados pode estar centrada no fato de muitos acadêmicos moram distantes de suas famílias, residindo sozinhos ou em repúblicas, e ainda tendo que trabalhar fora para custear seu sustento, além das atividades impostas pelo meio acadêmico (PACHECO et al., 2014; SILVA, 2012). Santos et al. (2014a) destacam ainda não haver diferença entre calouros e veteranos, visto que ambos os grupos relataram dieta não saudável.

Tais achados tornam relevante a preocupação acerca do estilo de vida de estudantes universitários, tendo em vista que a atividade física e a alimentação são dois comportamentos considerados prioritários para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não degenerativas, como diabetes e doenças cardiovasculares em populações contemporâneas (TEIXEIRA et al., 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, esta revisão permitiu contribuir na identificação do estilo de vida do universitário brasileiro, porém deve-se considerar que as pesquisas incluídas nesta revisão, foram realizadas em regiões distintas, com diferentes realidades culturais, econômicas e sociais, além de terem sido somente estudos transversais, o que representa uma limitação do estudo.



Pôde-se verificar que o estilo de vida inadequado é verificado entre os universitários, especialmente em relação ao sedentarismo, à dieta inadequada, ao consumo de álcool e ao tabagismo, revelando a vulnerabilidade a que estão submetidos os estudantes universitários em relação ao risco para o desenvolvimento de DCNT.

Tais informações serão importantes no desenho de novas políticas de assistência estudantil com atenção para o estilo de vida como fator de risco ou promotor da saúde.

## REFERÊNCIAS

- BASTOS, P.C.; SOUZA, J.V.; OLIVEIRA, M.F.A. Analysis of dietary profile and sedentary lifestyle index in university students of health courses. **Revista Práxis.**, v. 1, n.12, p. 85-92, 2014.
- GASPAROTTO, G.S.; GASPAROTTO, L.P.R.; ROSSI, L.M.; BONTORINI, M.S.; CAMPOS, W.C. Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.21, n.3, p.687-694, 2013a.
- GASPAROTTO, G.S.; GASPAROTTO, L.P.R.; SALLES, M.R.; CAMPOS, W. Cardiovascular risk factors in college students: comparison among sexes, undergraduate period and study areas. **Medic.**, v.46, n. 2, p. 154 - 163, 2013b.
- GASPAROTTO, G.S.; LEGNANI, E.; LEGNANI, R.F.S.; CAMPOS, W. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular em universitários: prevalência e comparação entre períodos de graduação. **Rev. Saúde.**, v.41, n. 1, p.151- 160, 2015.
- HVIDTFELDT, U.A.; TOLSTRUP, J.S.; JAKOBSEN, M.U.; HEITMANN, B.L.; GRONBAEK, M.; O'REILLY, E. Alcohol Intake and Risk of Coronary Heart Disease in Younger, MiddleAged, and Older Adults. **Circulation.**, v.121, n.1, p. 1589-1597, 2010.
- IMAI, F.I.; COELHO, I.Z.; BASTOS, J.L. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v.23, n.3, p. 435-446, 2014.
- IMES, C.C.; LEWIS, F.M.; AUSTIN, M.A.; DOUQUERTY, C.M. My Family Medical History and Me: Feasibility Results of a Cardiovascular Risk Reduction Intervention. **Public Health Nursing.**, v.32, n.3, p. 246-255, 2015.
- LIMA, W.A.; SANTANA, F.; VENÂNCIO, P.E.M.; SILVA, I.O.; TEIXEIRA, C.G.O. Associação entre fatores de risco cardiovascular em adolescentes e pré-adolescentes com obesidade abdominal. **Pesq. Edu. Física.**, v.11, n.2, p.15-22, 2012.
- MELLO, M.V.O.; BERNARDELLI JUNIOR, R. MENOSSI, B.R.S.; VIEIRA, F.S.F. Comportamentos de risco para a saúde de estudantes da Universidade Estadual do Norte do Paraná (Brasil) - uma proposta de intervenção online. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.19, n. 1, p.159-164, 2012.
- MORAIS, C.A.S.; OLIVEIRA, S.H.V.; BRANDÃO, F.C.; GOMES, I.F.; LIMA, L.M. Fatores de risco cardiovascular em estudantes de graduação da Universidade Federal de Viçosa-MG. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde.**, v.29, n.4, p.261-264, 2011.
- PACHECO, R.L.; SANTOS-SILVA, D.A.; GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.; BIANCHINI, D.E.; PETROSKI, E.L. Sociodemographic determinants of university students' lifestyles. **Rev. salud pública.**, v.16, n.3, p.382-392, 2014.
- PEREIRA, M.G.; FERREIRA, G.; PAREDES, A.C. Apego aos pais, relações românticas, estilo de vida, saúde física e mental em universitários. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.26, n.4, 762-771, 2013.
- SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ, C.M.; PILLON, S.C. Smoking among college students: characterization of use in the students' perspective. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 19, n. spe, p. 730-737, 2011.



- SANTOS, J.J.A.; SARACINI, N.; SILVA, W.C.; GUILHERME, J.H.; COSTA, T.A.; SILVA, M.R.A.G. Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. **ABCS Health Sci.** v.39, n.1, p.17-23, 2014a.
- SANTOS, L.R.; BRITO, E.C.C.B.; NETO, J.C.G.L.; ALVES, L.E.P.; FREITAS, R.W.J.F. Análise do sedentarismo em estudantes universitários. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 22, n.3, p. 416-421, 2014b.
- SAVEGNAGO MIALICH, M.; COVOLO, N.; CHELI VETTORI, J.; JORDÃO JUNIOR, A.A. Relationship between body composition and level of physical activity among university students. **Rev. chil. nutr.**, v.41, n.1, p.46-53, 2014.
- SILVA, D.A.S. Indicadores do estilo de vida e auto avaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fís e Saúde.**, v.17, n.4, p. 263-264, 2012.
- SILVA, D.A.S.; PEREIRA, I.M.M.; ALMEIDA, M.B.; SILVA, R.J.S.; OLIVEIRA, A.C.C. Estilo de vida de acadêmicos de educação física de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. de Ciênc. do Esporte.**,v.34, n.1, p.53-67, 2012.
- SILVA, M.A.S.; BRITO, I.S.; COSTA, J.M.C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.19, n.6, p.1901-1909, 2014.
- SOUSA, T.F.; JOSÉ, H.P.M.; BARBOSA, A.R. Conduas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. **Ciênc. Saúde Colet.**,v.18, n.12, p.3563-3575, 2013.
- SOUZA, E.A.; BARBOSA FILHO, V.C.; NOGUEIRA, J.A.D.; AZEVEDO JÚNIOR, M.R. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. **Cad. Saúde Pública.**, v.27, n.8, p. 1459-1471, 2011.
- TEIXEIRA, A.S.; PHILIPPI, S.T.; LEAL, G.V.S.; ARAKI, E. L.; ESTIMA, C.C.P.; GUERREIRO, R.E.R. Substituição de refeições por lanches em adolescentes. **Revista Paul. Pediatr.**, v.30, n. 3, p. 330-337, 2012.
- U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines For Americans, 2010.
- VANKIM, N.A.; LASKA, M.N.; EHLINGER, E.; LUST, K.; STORY M. Understanding young adult physical activity, alcohol and tobacco use in community colleges and 4-year post-secondary institutions: A cross-sectional analysis of epidemiological surveillance data. **BMC Pub Health.**, v.10, n.1, p.2008-2017, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk, 2007.

## APRENDIZAGEM COLABORATIVA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DROGAS: EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

*Bruna Silva de Oliveira Alves<sup>1</sup>, Brenda Lia Pinheiro de Araújo Leite<sup>1</sup>, Luís Eduardo Soares dos Santos<sup>1</sup>, Algeless  
Milka Pereira Meireles da Silva<sup>2</sup>, Ana Karla Sousa de Oliveira<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

<sup>2</sup>Universidade de Barcelona

### RESUMO

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



O presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência de acadêmicos de Enfermagem em relação ao desenvolvimento de ações de extensão universitária realizadas no âmbito de um projeto sobre a promoção de saúde e uso de drogas dirigido a estudantes universitários. O uso das drogas é compreendido como fenômeno complexo que deve ser estudado sob uma perspectiva interdisciplinar que auxilie a prevenção, conscientização e a desmistificação acerca do tema a serviço da promoção de saúde. A atenção em saúde em relação ao usuário de drogas e à sua família requer competências profissionais que extrapolam a formação técnica, estendendo-se ao âmbito da humanização que deve perpassar a formação em saúde. Dessa maneira, o projeto de extensão tem por finalidade apoiar o processo de formação do profissional de saúde, ao desenvolver competências e habilidades para compreender, acolher, manejar e intervir sobre os problemas que afetam a saúde em decorrência do uso de drogas. O trabalho possui enfoque qualitativo, utilizando diários de campo e a fala dos sujeitos como recursos para descrever as experiências de participação no projeto como mediadores das ações realizadas. A descrição e discussão das experiências partem das seguintes categorias de análise: mediação das ações realizadas; concepções acerca do impacto do projeto sobre os participantes; e o próprio processo de formação universitária. Os estudantes consideram que o projeto os auxilia no desenvolvimento de competências profissionais para trabalhar com a temática junto aos usuários, a suas famílias e a comunidade em geral.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Educação em Saúde. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Usuários de Drogas.

## INTRODUÇÃO

A presença de drogas na sociedade é hoje um fenômeno complexo, que incide sobre diferentes dimensões da vida, sejam elas sociais, psicológicas, econômicas, políticas, entre tantas outras, atingindo pessoas nas mais diferentes faixas etárias e nos contextos mais diversos. De acordo com o último relatório expedido pelo UNODC (*United Nations Office on Drug and Crime*), estima-se que o número de usuários de drogas ilícitas em todo o mundo é de aproximadamente 246 milhões de pessoas com idades compreendidas entre 15 e 64 anos (UNODC, 2015).

No Brasil, a magnitude dos problemas sociais e sanitários decorrentes do uso abusivo de drogas tem fomentado a realização de pesquisas por vários órgãos e em diferentes áreas do conhecimento, as quais oferecem contribuições relevantes para apoiar as práticas de êxito no âmbito da prevenção e do tratamento a usuários (BRASIL, 2009; CAETANO et al., 2013; LARANJEIRA et al., 2010; MADRUGA ET AL., 2012; MADRUGA et al., 2010; ZALESKI et al., 2009).

Estudos sobre o uso de drogas dentro de uma perspectiva antropológica discutem que as drogas sempre estiveram presentes nas várias sociedades e culturas (BILBAO, 2003; VILLALOBOS, 2010). Essa visão fomenta a ideia de que o debate sobre as drogas deve



extrapolar o plano da legalidade e da segurança pública, buscando compreender a complexidade e a multiplicidade de aspectos que envolvem a função que cumprem na sociedade, o que representam para cada cultura e as estruturas e formas de organização política e social que ajudam a manter.

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas com respeito às políticas públicas no âmbito da saúde para tratar da problemática das drogas, ainda é verificada uma série de desafios a serem superados, entre eles, destaca-se, de modo especial, a necessidade de transformar as concepções que os profissionais de saúde e a sociedade como um todo possuem a respeito desse fenômeno e dos sujeitos nele envolvidos.

A partir da perspectiva sócio-construtivista adotada neste trabalho, considera-se que as concepções das pessoas sobre o uso de drogas e seus usuários constituem artefatos culturais que se constroem a partir dos significados social e culturalmente compartilhados. Tendo em vista a ampla rede de significados culturais que permeiam determinadas enfermidades e suas causas, o trabalho do profissional de saúde não pode ser pensado desvinculado de suas concepções sobre os processos de saúde e doença de um modo geral.

De acordo com as diretrizes e paradigmas atuais para a atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, as práticas realizadas nos vários níveis de atenção à saúde devem considerar a educação para a prevenção como via de promoção de saúde, o que faz com que a formação dos profissionais de saúde constitua um tema de especial relevância.

A formação em saúde vem sendo amplamente debatida e o que tem observado é que, em grande parte, os processos formativos não têm conseguido garantir o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado integral. Isso demonstra a necessidade de que sejam realizadas transformações substanciais, entre elas, as que se referem à desconstrução de preconceitos e estigmas em relação a esse público, bem como no resgate do seu protagonismo dentro das ações de cuidado.

Como via de transformação, faz-se necessário que os processos formativos estejam pautados em práticas pedagógicas que promovam a aproximação teórica e prática dos acadêmicos ao fenômeno das drogas, preferencialmente por meio de atividades dinâmicas e problematizadoras, que os mobilizem e os impliquem verdadeiramente com as questões que perpassam tal fenômeno em toda a sua complexidade.

Em face desse cenário, foi proposto e executado o projeto de extensão “Tecendo redes na universidade: articulando recursos acadêmicos para educação em saúde sobre drogas”, que tem como foco desenvolver ações de educação em saúde sobre drogas com acadêmicos ingressantes





de um curso de bacharelado em Enfermagem de uma universidade pública federal do interior do Piauí. Estas ações têm por objetivo promover a formação em saúde, concretamente a través do desenvolvimento de competências profissionais e habilidades para acolher, compreender, manejar e intervir sobre os problemas associados ao uso de drogas que comprometem a saúde da população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e com o compromisso de empreender esforços para a sua consolidação (BRASIL, 2003).

O projeto teve, portanto, a educação em saúde como estratégia orientadora das ações, pautada em uma forma de conceber, explicar e intervir sobre os problemas de saúde distanciada dos objetivos tradicionalmente propostos de mera transmissão de informações e adaptação social. Nesse sentido, partiu-se da análise crítica da realidade social que serve de cenário ao tema de saúde considerado, tendo em vista desvelar suas características, contradições e relações que a condicionam e determinam (PEREIRA, 2008). Dessa maneira, busca-se fomentar a capacidade crítica, a aprendizagem colaborativa, a problematização e a atribuição de significados, tendo como referencial teórico-metodológico o marco sociocultural de educação, conforme orientação do psicólogo russo Lev Semenovitch Vygotsky e seus sucessores (COLL, 2010; VYGOSTKY, 1991a; 1991b; WERTSCH, 1988; WERTSCH, DEL RÍO, ALVAREZ, 1998).

Tendo como base os processos vivenciados pelos universitários no decorrer das atividades do projeto, o presente manuscrito se propõe a descrever as experiências dos acadêmicos extensionistas com respeito à mediação das ações de educação em saúde realizadas tendo como foco o uso de drogas. Sua relevância reside em problematizar as ações desenvolvidas a partir do ponto de vista dos sujeitos cujo papel envolveu não somente o desenvolvimento das atividades, mas que, ao fazê-lo, tiveram também a oportunidade de aprender e de ampliar conhecimentos e práticas em relação ao fenômeno das drogas e às estratégias de educação em saúde.

## **METODOLOGIA**

O trabalho possui enfoque qualitativo (CRESWEL, 2013), utilizando diários de campo com os registros das sessões realizadas e a fala dos sujeitos como recursos para descrever as experiências de participação no projeto como mediadores das ações realizadas. Destarte, trata-se de um estudo reflexivo baseado no relato da experiência de acadêmicos extensionistas na condução e mediação de parte das atividades previstas para o já referido projeto de extensão, através de ações de educação em saúde sobre drogas com acadêmicos ingressantes de um curso de bacharelado em Enfermagem de uma universidade pública federal do interior do Piauí.



A descrição e discussão das experiências partem das seguintes categorias de análise: mediação das ações realizadas; concepções acerca do impacto do projeto sobre os participantes; e relação entre a mediação das ações e o processo de formação universitária. Como se trata das experiências dos extensionistas, as categorias de análise e suas respectivas categorias serão analisadas a partir da perspectiva dos sujeitos (WILLIG, 2013), não constituindo um relato rigorosamente sistemático acerca das atividades realizadas no marco do projeto de extensão. Isso significa dizer que o foco do trabalho não é exatamente o passo metodológico que guia as ações do projeto, mas como os extensionistas vivenciam seu papel de mediadores destas ações e que significados são construídos a partir delas. Dessa maneira, são respeitadas as ênfases que os estudantes dão a determinados aspectos das ações, como a metodologia utilizada, os tipos de atividades realizadas ou mesmo os processos de interação e desenvolvimento de competência que delas se derivam.

Para tanto, assumiu-se como suporte teórico-metodológico a perspectiva sociocultural acerca dos processos educativos (CARVALHO; IBIAPINA, 2009; COLL, 2004; 2010; VYGOTSKY, 1991; 1991) pressupõe que o conhecimento se dá na interação com o meio e que, portanto, não está dado, necessitando ser construído, de forma especial através de atividades dinâmicas e colaborativas, e da contextualização do conteúdo, a fim de que os sujeitos possam atribuir significados ao conhecimento partilhado. Considerando os objetivos e as características próprias do projeto, incluindo seu caráter de extensão intimamente articulado a princípios formativos, o marco teórico-metodológico eleito foi assumido no planejamento das ações de educação em saúde, na operacionalização das ações e, sobretudo, nas reflexões realizadas a partir das categorias de análise das experiências dos sujeitos.

## **RESULTADOS**

Os resultados são apresentados em função das categorias com que os dados foram abordados, considerando-se as mesmas como relevantes para analisar os vários aspectos das experiências dos sujeitos e alcançar os objetivos do presente estudo, conforme se pode apreender a seguir.

### Descrição das ações e perspectiva dos sujeitos sobre a mediação das ações realizadas

Do ponto de vista operacional, as ações foram desenvolvidas ao longo de três encontros conduzidos por universitários matriculados a partir do quinto semestre do curso de enfermagem e



direcionados a estudantes do primeiro período, selecionados segundo a disponibilidade e interesse em participar. A decisão de compor um grupo por estudantes de diferentes semestres foi orientada pelo propósito de que os acadêmicos dos semestres mais avançados, com mais experiência e, portanto, com maiores níveis de competência no âmbito da formação profissional, subsidiasse o desenvolvimento dos ingressantes. Dessa maneira, a ideia foi criar um espaço propício para a aprendizagem colaborativa através da atuação em zonas de desenvolvimento proximal, sendo que os estudantes ingressantes aprendem com os mais experientes, ao passo que estes ampliam sua capacidade de desenvolver competências e consolidam as próprias aprendizagens (DURAN; MONEREO, 2005; SHARAN, 2010).

O planejamento prévio realizado pela equipe de trabalho foi complementado, ampliado, e reconstruído tomando por base a apreensão das perspectivas dos acadêmicos sobre o tema das drogas, suas demandas claramente expressas, bem como o que foi reconhecido pela equipe como demanda a partir dos relatos, tendo os acadêmicos extensionistas papel de protagonistas na condução e análise dos resultados, sob supervisão docente.

Os encontros tiveram início com breves questionamentos levantados pela equipe, estimulando os sujeitos à reflexão e expressão de suas concepções sobre o tema em debate, questionamentos estes organizados no formato de um roteiro para grupo focal no intuito de conhecer o ponto de vista deles sobre o conceito e os tipos de drogas, as formas e finalidade de uso, os efeitos provocados e onde encontrá-las. Na oportunidade, foi favorecido o debate acerca de aspectos como o contexto histórico, o uso de substâncias psicoativas dentro de religiões, condições dos sujeitos dependentes e abordagem atual ao problema em diferentes dispositivos. Como fruto desse primeiro momento, foram observadas as impressões e opiniões dos acadêmicos durante e após a apresentação, todas registradas para posterior análise e reflexão, tendo em vista o planejamento das próximas sessões para alcançar os objetivos pretendidos.

Os principais pontos levantados pelos acadêmicos ingressantes nesse debate serviram de base para o planejamento do encontro seguinte, realizado a partir de uma aula expositiva dialogada com informações gerais que haviam sido demandadas por eles sobre o fenômeno das drogas.

Tendo em vista a apreensão de concepções estigmatizantes em relação ao usuário de drogas, o terceiro encontro teve início com a exposição de um vídeo (DROGAS E CIDADANIA – EPISÓDIO 05, 2012) com depoimentos de usuários de drogas em diferentes contextos sobre suas histórias de vida e o preconceito ao qual estão sujeitos, seguido de uma roda de discussão sobre os trechos do vídeo que chamaram mais a atenção dos acadêmicos ingressantes. Ao final, foi



solicitado a estes que, de forma anônima, fizessem uma avaliação das atividades desenvolvidas, destacando os pontos positivos e negativos e o que acrescentou ao conhecimento e pensamento deles a respeito da droga e dos sujeitos que fazem uso dela.

Embora todas essas atividades tenham sido desenvolvidas sob supervisão docente, privilegiou-se o protagonismo dos extensionistas nesse processo. Coube, portanto, aos acadêmicos extensionistas apropriar-se do referencial teórico-metodológico que ampara a proposta do projeto, entre outros elementos teóricos de interesse para o tema, através do estudo sobre diferentes dimensões que perpassam o fenômeno das drogas, apresentação de seminários e discussões em grupo. Ademais, as atividades envolveram o planejamento das ações, registro e análise das falas e diversas formas de expressão dos sujeitos, proposição de estratégias dinâmicas e interativas a partir dessa análise, produção de material para a execução das estratégias propostas e condução e mediação das ações desenvolvidas diretamente com acadêmicos ingressantes.

Um dos pontos chave do projeto consistiu em que o formato teórico-metodológico assumido por meio das ações do projeto fomentou a proximidade entre acadêmicos extensionistas e acadêmicos ingressantes, favorecendo o diálogo por meio do qual a linguagem se manifesta como mediadora, possibilitando a aprendizagem colaborativa entre os mesmos.

Nesse sentido, o marco sociocultural de educação contribui com o desenvolvimento de uma visão dos estudantes sobre a atividade humana como a capacidade de transformação de si e do outro, mediada pela linguagem. Tal compreensão põe em destaque a interação social como fator determinante na constituição da sociedade como tal e dos atores sociais que nela transitam, fornecendo muito mais do que a mera justaposição de perspectivas, posto que pressupõe processos a partir dos quais há possibilidades efetivas de fazer emergir o novo, permeado pela transformação (FAVA; NUNES; GONÇALVES, 2013).

#### Concepções acerca do impacto do projeto sobre os participantes

Esta categoria aborda as concepções dos extensionistas acerca do impacto das ações do projeto de extensão sobre os estudantes do primeiro semestre do curso de enfermagem. Vale ressaltar que se tratam das visões e reflexões dos extensionistas a partir da vivência das atividades e dos registros das sessões realizadas.

Como ponto de partida, resgatam-se as ideias dos participantes acerca das drogas e seus usuários a partir das discussões fomentadas durante a primeira sessão descrita na categoria



anterior. Nesse momento, ressaltam-se que as concepções iniciais se caracterizam por visões preconceituosas e estereotipadas, dentre as quais prevalecem as que situam a conduta dos usuários de drogas desde um ponto de vista de moral e através de rótulos que reforçam a exclusão e o preconceito. Dessa maneira, foi registrado o emprego de expressões como: “maconheiro”, “drogado”, “crackreio”, etc., em referência ao usuário de drogas; “quem usa crack rouba”, em associação do ato de usar drogas a comportamentos delitivos; “falta” ou “fraqueza de caráter”, como explicação das possíveis causas que levam as pessoas ao uso de drogas.

Tendo como base essas concepções iniciais e os avanços percebidos durante as sessões posteriores, acredita-se que o espaço para o diálogo criado em tal contexto resultou numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança. Essa visão se baseia na observação de que as expressões preconceituosas e radicais acerca do uso de drogas foram cedendo espaço a expressões mais amenas e compreensivas acerca da temática e, principalmente, sobre a contextualização do uso de drogas com as condições de existências dos sujeitos que as utilizam. Destarte, supõe-se que o ambiente de grupo facilitou o aumento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de ideias entre os sujeitos, conforme afirmado por Oliveira (2005).

Autores como Clarindo e Colaço (2014) também destacam que, sob o marco sociocultural, o grupo se mostra como um espaço simbólico de interação de pessoas, no qual ocorrem aprendizagens que impulsionam o desenvolvimento. Trata-se de um ambiente rico, um instrumento psicológico que por si só medeia a ação humana (de seus integrantes), conduzindo à construção do conhecimento por meio de seu domínio.

Cabe aqui evidenciar que a maneira como as sessões foram organizadas rompeu com a lógica tradicional de que educar em saúde consiste em fornecer informações de saúde a indivíduos ou grupos, esperando-se que os sujeitos sigam mecanicamente as orientações recebidas, ignorando a existência de importantes fatores intervenientes que dificultam o exercício da autonomia individual (SOUZA; et al, 2005).

Fornecer informações é, pois, diferente de co-construir conhecimentos a través do diálogo sobre os temas pertinentes à saúde individual e coletiva. Ao reconhecer tal diferença, a partir do enfoque assumido, observou-se que os acadêmicos do primeiro semestre de enfermagem utilizaram, efetivamente, o espaço de diálogo para ampliar as possibilidades de expressão de ideias e de escuta do outro. Isso possibilitou a construção de novos significados e atribuição de sentido a respeito das drogas, seus usuários e dos fatores que conduzem ao uso de drogas.



Atuar segundo o referencial sociocultural implicou em fomentar estratégias pedagógicas que permitiram a interação entre sujeitos sociais, mediada por aparatos e dispositivos culturalmente situados e de significado para aquele que aprende, por entender-se que somente assim é possível empreender uma aprendizagem preñe de significados, com a qual os sujeitos se veem implicados e envolvidos, tendo-se como resultado mudanças substanciais em sua compreensão e atitude em relação ao meio em que vive.

Considerando todos aspectos discutidos e os registros realizados, acredita-se que, uma vez situados como aprendentes, os acadêmicos do primeiro semestre do curso de enfermagem e os extensionistas que conduziram as ações foram capazes de ampliar seus repertórios de saberes e fazeres com elementos de uma prática em saúde emancipatória, que permitiu reconhecer os seus interlocutores como sujeitos dotados de capacidade crítica, cuja experiência encontra-se perpassada das mais diferentes formas pelo tema discutido. Além disso, observou-se que o protagonismo se articulou de forma importante à proposta de aprendizagem colaborativa, pois esse lugar assumido pelos acadêmicos extensionistas teve ressonância no lugar atribuído aos acadêmicos ingressantes, resultando no reconhecimento do protagonismo desses últimos na construção da aprendizagem, conforme já apontado anteriormente. Nesse sentido, foi reconhecido o valor dos educandos por meio de um diálogo pedagógico entre sujeitos que se reconheciam em sua proximidade e função dentro do espaço acadêmico, refletindo no aumento da construção crítica e na troca de ideias (SILVA, 2014).

#### Mediação das ações e o processo de formação universitária

Para discutir esta categoria de análise, é fundamental admitir que falar sobre drogas não constitui uma tarefa fácil e demanda, primeiramente, repensar as próprias convicções e sentimentos para não reafirmar de maneira estereotipada os preconceitos e tabus que circundam o tema. Isso significa dizer que mediar as ações educativas do projeto demandou um trabalho de reflexão prévia acerca da temática e de como cada extensionista se situa frente ao tema desde uma dimensão cognitiva, afetiva, atitudinal e comportamental. Diante desse desafio, buscou-se debater o tema através de uma abordagem diferenciada, com um caráter mais humano, interativo, criativo, estimulante e menos condenatório, favorecendo o diálogo aberto e crítico, a troca de saberes e a construção de uma aprendizagem significativa.

As reflexões levaram a ideia de que para exercer de forma eficaz uma profissão em saúde comprometida com o cuidado integral ao usuário de drogas é necessário reconhecer a



subjetividade do outro e entendê-lo como um sujeito ativo, aspectos que são difíceis de alcançar por meio de concepções e práticas pedagógicas tradicionais. Assim, a condução das ações sob o marco sociocultural da educação abriu possibilidades concretas de contrapor-se ao modelo tradicional de educação em saúde que ainda contamina o cotidiano do cuidado, pautado na mera transmissão de informações para indivíduos concebidos como mero receptáculos, aos quais não é dada a oportunidade de problematizar e ressignificar o conteúdo abordado.

Dessa maneira, a forma como os extensionistas compreendem o cuidado na enfermagem e a educação em saúde os conduziu a encontrar em Paulo Freire (1983) um referencial importante para problematizar a educação em saúde tradicional. Assim, em essência, este referencial amplia os horizontes acerca da ideia de educação como estratégia para mudar comportamentos individuais (“educação bancária”) e das relações de poder perpetuadas a través de uma intervenção educativa que oprime, sendo que quem ensina se posiciona como detentor do saber e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que vai passivamente aprender os conhecimentos ensinados, e que são, portanto, “depositados” neles. Nestes termos, a educação bancária dificulta o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos, na medida em que parte do pressuposto de que este nada sabe e que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que haja espaço para que possam ser questionados.

Frente a essa constatação, entende-se que ignorar que as estruturas e as diferenças socioculturais e econômicas influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis e não-saudáveis, levam os profissionais de saúde, que utilizam o modelo tradicional de educação em saúde, a considerar os indivíduos como os únicos responsáveis pela sua condição de saúde (SOUZA, et al., 2005), o que, obviamente, confere limitações importantes ao cuidado integral.

Dito isso, é salutar comentar a respeito de outro grande desafio que constitui o fato de dar concretude ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse aspecto, admite-se que a formação de um profissional de saúde não pode se limitar ao desenvolvimento de habilidades e competências técnicas, devendo incluir de modo especial o manejo da intersubjetividade, condição necessária ao reconhecimento da condição de sujeitos daqueles a quem o cuidado se dirige, aqui representados pelos acadêmicos aos quais as ações de educação em saúde foram direcionadas (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Um aspecto que merece ser destacado como um dos principais pontos que favoreceu o desenvolvimento de competências se refere ao protagonismo assumido pelos extensionistas nas



ações, pois, como protagonistas, foi possível exercer funções com autonomia, experimentando a gestão autônoma do processo educativo e de cuidado.

A esse respeito Corcetti (2007) afirma que a tônica da educação está no aprender, na capacidade de interpretar e intervir crítica e criativamente na realidade. Isso só será possível se o indivíduo que aprende tiver oportunidades de reflexão-ação, que o estimulem de modo a construir sua autonomia, autoconfiança e auto-organização, aspectos esses fortemente favorecidos pela posição de protagonistas.

O protagonismo nas ações abriu, portanto, espaço para o desenvolvimento de habilidades e competências para analisar sua própria prática de forma crítica, subtraindo dessa análise o material teórico e prático para propor e planejar estratégias adequadas às demandas observadas além da oportunidade de atuar como protagonistas no processo de ensino e aprendizagem, saindo da tradicional posição de mero expectadores que ainda marca a posição dos estudantes nos processos formativos em saúde, para se inserir de forma ativa na dinâmica nesse processo. Tudo isso implicou não somente na experimentação da prática profissional do enfermeiro como educador, mas, sobretudo de uma prática profissional dinâmica e problematizadora de si e da realidade do fenômeno abordado, partindo das verdadeiras necessidades dos sujeitos do cuidado.

Vasconcelos (2011) aponta em linhas gerais que as iniciativas de extensão universitária permitem a construção de caminhos de atuação social com potencial para a renovação do ensino superior, permitindo que seja forjada uma nova Universidade, que produz conhecimento em articulação e diálogo legítimos com o saber popular, através da “colaboração, do diálogo de saberes, de relações humanizantes” (p.23). Nessa direção, reafirma-se a visão da Universidade como uma instituição formativa socialmente inserida e implicada com as demandas da realidade na qual se insere, às quais deverá responder continuamente, transformando-se e transformando os setores sociais com os quais interage.

No caso específico da área da saúde, e tendo o conceito de Promoção da saúde como eixo estruturante das práticas educativas, o compromisso social da Universidade está essencialmente nos processos formativos em nível de ensino, pesquisa e extensão, conceder importância à redução das desigualdades sociais que determinam o processo de produção da saúde e doença tendo em vista a redução dos efeitos danosos da organização social sobre a vida da população.

Cabe ressaltar que as experiências com a extensão universitária foram especialmente favoráveis para dar concretude a propostas dessa natureza, ao permitir não somente a aproximação da realidade de vida e saúde dos sujeitos do cuidado (suas concepções práticas de





vida e saúde), como também a experimentação e invenção de novas formas de cuidar e de produzir conhecimento no contexto acadêmico, constituindo um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político (FORPROEX, 2012). Na experiência em questão, a extensão aparece, pois, como oportunidade de dialogar em proximidade com um público específico, trocando experiências, conhecendo seus modos de compreender e se relacionar com as drogas, problematizar preconceitos e estigmas e promover uma visão mais humana do sujeito usuários de drogas, em coerência com o que há de mais atual em termos de conhecimentos científico sobre o tema. Trata-se, pois, de uma oportunidade especial de cuidar e de, ao fazê-lo, aprender, ensinar e produzir conhecimento sobre o fenômeno em questão, articulando de forma potente as dimensões do ensino, da pesquisa e da extensão.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que uma grande parte da população é menos favorecida de possibilidades de reflexão sobre muitas das particularidades que envolvem o fenômeno das drogas, decorrente da inexistência de um processo educativo que desenvolva a consciência crítica, reflexiva e política, as estratégias utilizadas do presente projeto se constituíram em uma proposta que viabilizou o rompimento com essa prática limitadora, estimulando reflexões e melhor entendimento sobre conceitos e, por que não dizer, propostas de mudanças no agir em relação aos usuários de drogas.

A experiência em discussão evidenciou que, ao inserir de forma dinâmica qualquer tema que seja relevante para a formação acadêmica, tendo em vista a qualificação do cuidado, há, efetivamente, uma construção conjunta de saberes. Como foi possível observar, o processo de aprendizagem gerado pela educação em saúde com caráter dinâmico reafirma o pressuposto sociocultural de que o conhecimento se dá na interação, na construção mútua, trazendo consigo a possibilidade de realizar ações que favoreceram uma solidificação da relação interpessoal e, como consequência, um debate enriquecedor, com claras repercussões sobre o processo de ensino-aprendizagem dos extensionistas e demais sujeitos que participaram das atividades.

Dito isso, cabe destacar aqui que a interação entre acadêmicos de períodos distintos propicia a aprendizagem colaborativa, abrindo espaço para trabalhar em sintonia, romper “pré-conceitos” para atuar no cuidado a saúde em seus diferentes níveis de atenção. Nesse aspecto, considera-se que foi a mola mestra deste trabalho, desvelando um modo de atuar mais condizentes com as demandas de aprendizagem que poderão fundamentar as transformações necessárias à superação dos preconceitos e estigmas direcionados aos usuários de drogas, em



direção a um cuidado integral em articulação às reais demandas de saúde da população e de consolidação do SUS.

Por fim, os resultados aqui descritos e suas repercussões sobre a formação pessoal e profissional dos acadêmicos extensionistas encontram ressonância na afirmação de Fava, Nunes, Gonçalves (2013) de que a apropriação do marco sociocultural vygotskyano como referencial para enfermagem “constitui uma das possibilidades para o desenvolvimento de suas ações, quer seja na educação, na assistência, na gerência e na pesquisa, como agente transformador da realidade” (p. 114). Desse modo, a execução do projeto nesses moldes abre a possibilidade de agregar um referencial importante e eficaz à prática dos futuros enfermeiros em diferentes dimensões de atuação, tendo em vista um cuidado qualificado e integral.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D., MIRANDA, M.C.G., BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, Supl.1, p.20-31 jun. 2007.
- BILBAO, A. Sujeto, drogas y sociedad. **Psicoperspectivas**, n. 2, p. 35-52, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do. **Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009.
- CAETANO, R.; et al. Drinking patterns and associated problems in Brazil. *Adicciones*, n. 25, v. 4, p. 287-293, 2013.
- CARVALHO, M. V. C., IBIAPINA, I. M. L. M. A abordagem histórico-cultural do desenvolvimento. In: CARVALHO, M. V. C. de; MATOS, K. S. A. L. de. **Psicologia da educação: teorias do desenvolvimento e da aprendizagem em discussão** (pp. 163-199). 2. Ed. Fortaleza: Edições UFC, 2009.
- CLARINDO, J.M., COLAÇO, V.F.R. O papel do grupo na relação entre mediação e construção do conhecimento. **Revista de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 85-95, jul./dez. 2014.
- COLL, C. Concepções e tendências atuais em psicologia da educação. In: COLL, C; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação escolar** (pp. 29-64). Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- \_\_\_\_\_. Enseñar y aprender, construir y compartir: procesos de aprendizaje y ayuda educativa. In: COLL, C (Coord.). **Desarrollo, aprendizaje y enseñanza en la Educación Secundaria** (pp. 31-61). Barcelona: Graó, 2010.
- CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4.ed. Thousands Oaks, CA: Sage Publications, 2013.
- DROGAS E CIDADANIA, EPISÓDIO 05: “+ uma história”. Conselho Federal de Psicologia. Produção e Direção de Angel Luis; Farid Abdelnour. São Paulo: Estúdio Gunga, 2012. Disponível em: < <http://drogasesaude.org.br/>>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- DURAN, D., MONEREO, C. **Tramas: procedimento para aprendizagem cooperativa**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- FAVA, S.M.C.L., NUNES, Z.B., GONÇALVES, M.F.C. Abordagem histórico-cultural como referencial teórico para pesquisa em Enfermagem. **REAS [Internet]**. v.2, n. 2, p.107-115, 2013.



- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Coordenação Nacional do FORPROEX. Manaus, 2012.
- LARANJEIRA, R., et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev Bras Psiquiatr**. n. 32, v.3, p. 231-41, 2010.
- MADRUGA, C. S., et al. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil- a national survey. **Addict Behav**. n.37, v.10, p.1171-1175, 2012.
- \_\_\_\_\_, C. S., et al. Tobacco use among the elderly: The first Brazilian National Survey (BNAS). **Aging & Mental Health**, v.14, n.6, p. 1-5, 2010.
- MORETTI-PIRES, R. O., BUENO, S. M. V. Relação docente-discente em Enfermagem e problemas na formação para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paul Enferm**. v.22, n. 5, p. 645-51, 2009.
- OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino – am Enfermagem**. vol 13, n. 3, p. 423 – 431, 2005.
- PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- SHARAN, Y. Cooperative learning for academic and social gains: valued pedagogy, problematic practice. **European Journal of Education**, n.45, v.2, p. 300-313, 2010.
- SOUZA, A. C., et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre. vol. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUG AND CRIME. **World drug report 2015**. New York: United Nations, 2015.
- VASCONCELOS, E. M. Apresentando – Educação Popular na Universidade. In: VASCONCELOS, E.M., CRUZ, J.S.C. (Org.). **Educação Popular na Formação Universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.
- VILLALOBOS, L. B. Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. **Cuicuilco**, n. 49, p. 61-81, 2009.
- VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1991a.
- \_\_\_\_\_, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1991b.
- WILLIG, C. **Introducing qualitative research in psychology**. McGraw Hill: London, 2013.
- WERTSCH, J. V. **Vygotsky y la formación social de la mente**. Barcelona: Paidós, 1988.
- WERSTCH, J. V., DEL RÍO, P., ALVAREZ, A. **Estudos socioculturais da mente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ZALESKI, M., et al. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian national alcohol survey. **Journal of Interpersonal Violence**, v.20, n. 10, p. 1-18, 2009.

## BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS IDOSAS

Tamires Ferreira Mendes<sup>1</sup>, Isabel Pacheco dos Santos Mendes Coelho<sup>1</sup>, Ana Larissa Gomes Machado<sup>1</sup>, Nélida Amorim Silva<sup>2</sup>, Ronaldo César Feitosa Formiga<sup>3</sup>, Laura Maria Feitosa Formiga<sup>1</sup>

1Universidade Federal do Piauí

2UESPI

3FACID

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A atividade física é um componente fundamental para o bem-estar e um dos principais determinantes da saúde, sendo considerada atualmente um fator primordial para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. **OBJETIVOS:** Identificar o percentual de idosos fisicamente ativos e descrever os benefícios proporcionados pelo exercício físico na terceira idade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no mês de novembro de 2015, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para seleção dos artigos foram usados os descritores: idoso, qualidade de vida e atividade motora. A busca foi realizada utilizando os descritores em português, associando-os ao conectivo booleano and. Consideraram-se artigos originais, na íntegra e em português, sendo analisados oito artigos. **RESULTADOS:** Com relação ao perfil sócio demográfico, predominaram nos estudos a população feminina, idosos entre 70 e 75 anos, casados, aposentados e com nível de escolaridade baixo. Os resultados apresentaram que a maior parte dos idosos identificados na pesquisa são fisicamente ativos e como principais benefícios da prática de atividade física foram destacados: prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, manutenção da autonomia, melhor desempenho cognitivo, redução da ansiedade e do risco de quedas. **CONCLUSÃO:** Através desse estudo pode-se concluir que o comportamento ativo pode produzir inúmeros benefícios na terceira idade, tornando-se um mecanismo importante de prevenção e redução dos efeitos deletérios do envelhecimento, contribuindo para promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

**Palavras-chave:** Idoso. Qualidade de Vida. Atividade Motora.

## INTRODUÇÃO

Com o processo de envelhecimento nosso corpo passa por inúmeras transformações morfológicas e funcionais, tornando-se foco de atenção para saúde pública, sobretudo no que se refere à promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que a população de pessoas com mais de 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050 (OMS, 2014).

A manutenção da autonomia e da independência durante o envelhecimento é uma meta que pode ser alcançada por meio de medidas preventivas como a prática de atividade física e alimentação saudável. A atividade física é um componente fundamental para o bem-estar e um dos principais determinantes da saúde, sendo considerada atualmente um fator primordial para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (CLÁUDIO E PORTELADA, 2013).

De acordo com Torres *et al.* (2013), os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais proporcionados pelo exercício físico são: melhora do funcionamento corporal, redução do risco de morte por doenças cardiovasculares, controle da pressão arterial, melhora da densidade mineral óssea, melhora da qualidade do sono e ampliação do contato social.



Pensando nos inúmeros benefícios que esta prática pode trazer, em 2010 a OMS publicou as “Recomendações Globais de Atividade Física para a Saúde”, focando na prevenção primária, através da atividade física, das doenças crônicas não transmissíveis. Para alcance dos objetivos, propõe-se a prática de 150 minutos de atividades de intensidade moderada por semana, tais como: caminhar, pedalar ou praticar esportes, trazendo benefícios para saúde.

A prática de qualquer atividade física é importante para o processo de envelhecimento saudável (SILVA *et al.*, 2012). Embora ainda exista uma discordância em saber qual tipo de atividade é mais benéfica para o idoso, estimulando exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular, os exercícios de resistência/força muscular além de diminuir a incidência de quedas, melhoram a densidade óssea, sendo, portanto a atividade de preferência para manter a capacidade funcional e independência (BRASIL, 2007).

Antes da prática de exercícios físicos, algumas recomendações devem ser dadas. As orientações de fundamental importância incluem a ingestão de água antes, durante e após os exercícios físicos, uso de roupas leves e confortáveis, manter a respiração constante, além de manter uma alimentação à base de frutas, legumes e verduras, a fim de melhorar o rendimento físico e não prejudicar a saúde.

A atividade física, portanto, deve ser entendida como promotora da qualidade de vida e saúde dos idosos, pois influencia de forma positiva nos aspectos físico, mental e social. Assim, o presente estudo teve como objetivos identificar o percentual de idosos fisicamente ativos e descrever os benefícios proporcionados pelo exercício físico na terceira idade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual consiste em um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidência (PBE), que sintetiza pesquisas disponíveis em fontes secundárias sobre um determinado tema, para posterior análise e utilização dos resultados obtidos para prática clínica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Em virtude das inúmeras publicações na área da saúde, tornou-se necessário a criação de um novo modelo de pesquisa, capaz de definir etapas metodológicas mais concisas proporcionando aos profissionais melhor utilização das informações contidas em inúmeros estudos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A busca dos artigos foi realizada no mês de novembro de 2015, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).



Para seleção dos artigos foram usados os descritores: idoso, qualidade de vida e atividade motora. A busca foi realizada utilizando os descritores em português, associando-os ao conectivo booleano *and*.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: estar disponível na íntegra, no idioma português, publicado no período de 2010 a 2014 e responder a questão norteadora: quais o benefícios da prática de atividade física para pessoas idosas? Mediante o atendimento aos critérios de escolha dos artigos, foram analisadas dez publicações.

Para análise dos estudos utilizou-se um questionário elaborado pelo pesquisador, o qual foi preenchido para cada artigo analisado. Os resultados encontrados foram interpretados por meio de estatística descritiva, com apresentação em quadros, e discutidos a partir do conhecimento teórico acerca da temática do estudo.

## RESULTADOS

### 4.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS

Após a análise de 10 artigos selecionados para compor a amostra do estudo, pôde-se traçar o perfil sócio demográfico dos idosos que foram alvo de pesquisas, onde se buscou conhecer o nível de atividade física realizadas por esses, bem como os benefícios proporcionados aos mesmos em virtude da prática de atividades físicas. Para facilitar a identificação, os artigos utilizados na pesquisa receberam um código com frequência alfanumérica.

**QUADRO 1** - Distribuição dos dados sócio demográficos dos idosos identificados nos artigos revisados. Picos-PI, Nov., 2015.

Artigos	Sexo	Idade	Escolaridade	Renda	Estado Civil	Trabalho/Ocupação
A1	57,3% F 42,7% M	—	—	—	—	—
A2	—	65-69 (25,4%)	—	—	—	—
A5	58,9% F 41,1% M	60-101 Média de 71,9	53,7% ensino Fundamental completo	—	55,5% casados	—



		anos				
<b>A6</b>	70,7% F 29,3% M	60-90 Média de 70,9 anos	52,4% ensino Fundamental completo	–	59,9% casados	87,7% aposentados
<b>A7</b>	77% F 23% M	–	–	–	–	–

De acordo com a análise da Tabela 1, pode-se observar que dentre os 10 artigos revisados, 04 contemplaram a variável sexo. Desses, todos mostram um predomínio de participação feminina nas pesquisas. Silva *et al.*, (2012) em seu estudo realizado no Rio de Janeiro com 50 idosos sedentários e fisicamente ativos constatou que 68% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino.

Em virtude da grande maioria das pesquisas analisadas nos artigos serem realizadas em grupos de convivência para idosos e esses apresentarem uma predominância de participação feminina, Bittar e Lima (2011) afirmam que o grande quantitativo de mulheres pode ser explicado devido às questões de sociabilidade, de motivação, de vínculos afetivos e de novas conquistas.

Com relação à faixa etária, pôde-se constatar de acordo com os artigos revisados que houve uma maior participação de idosos com idade compreendida entre 70 e 75 anos, seguidos da faixa etária que varia de 65 a 69 anos. Em consonância com esses dados, a pesquisa realizada por Benedetti, Mazo e Borges (2012) com idosos participantes de grupos de convivência de Florianópolis mostraram que a média de idade dos idosos que comporam a pesquisa foi de 72,6 anos, aproximando-se dos valores encontrados nas pesquisas analisadas. Sendo esse, o grupo que mais tem crescido atualmente e que tem se tornado um fenômeno mundial.

No que se refere ao nível de escolaridade, constatou-se através das pesquisas analisadas que a maior parte dos idosos entrevistados possuíam um nível de instrução baixo, possuindo apenas o ensino fundamental completo, o que para Benedetti, Mazo e Borges (2012) pode estar relacionado à baixa renda, pois a participação em grupos de convivência, local oportuno para a realização de pesquisas envolvendo esse público é uma alternativa de baixo custo economicamente acessível para aqueles que recebem baixas aposentadorias ou pensões, sendo essa uma realidade vivenciada em diversas regiões do Brasil.

No que concerne ao trabalho ou ocupação, pôde-se verificar que grande parte dos idosos entrevistados durante as pesquisas eram aposentados e já haviam deixado as suas atividades laborais. Nessa linha, Alvarenga *et al.*, (2009) afirma que a aposentadoria envolve uma série de



situações difíceis, estando essas interligadas entre si e que interferem na qualidade de vida do idoso podendo ser vista como benefício para uns, por promover uma reorganização da vida, e malefício para outros, afetando sua estrutura psíquica.

Quanto à renda, pode-se observar que dentre os 10 artigos analisados nenhum contemplaram a variável renda, pois de acordo com Veras *et al.*, (2007) dados sobre a renda das pessoas, quando auto informados, possuem grande imprecisão, dadas a reticência dos declarantes sobre informações consideradas muito particulares.

Em relação ao estado civil, verificou-se que em 02 dos artigos analisados houve um predomínio de idosos casados. Em contraposição, Tamai (2010) em seu estudo constatou que 48,8% das idosas entrevistadas eram viúvas, representando a maioria em sua pesquisa. Para BRASIL (2012) a justificativa mais plausível para o elevado índice de viuvez entre mulheres se deve ao fato dos homens estarem mais expostos a situações de risco em seu ambiente trabalho, à menor procura aos serviços de saúde e a maior prevalência no consumo do álcool e uso do tabaco, além de outros motivos.

#### 4.2 PERCENTUAL DE IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS

Pôde-se identificar o percentual de idosos fisicamente ativos em apenas seis pesquisas, como descrito no Quadro 2.

**QUADRO 2** – Percentual de idosos fisicamente ativos identificados nos artigos revisados. Picos-PI, Nov., 2015.

Artigo	População	Percentual de idosos ativos
A1	124	78%
A2	238	65%
A4	775	66,7%
A5	1.062	60,6%
A6	147	62,6%
A7	50	70%

Através da análise do quadro 2, pode-se verificar que a maior parte dos idosos investigados nas pesquisas referiu praticar algum tipo de atividade física sendo, portanto classificados como fisicamente ativos. O estudo de Rogatto, Candolo e Brêtas (2011) realizado com 291 idosos mostrou que 38,1% dos idosos foram classificados no nível “alto” de atividade





física e 49,8% no nível moderado. Apenas 12,1% dos que compuseram a amostra, classificaram-se no nível “baixo” de atividade física ou fisicamente inativos.

Nessa mesma linha, a pesquisa de Silva, Duarte e Arantes (2011), realizada com 50 idosas de centros de convivência e Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Itabira (MG) mostrou que 72% dessas realizavam semanalmente algum tipo de atividade física, enquanto que 28% declararam não executar nenhum exercício físico, aproximando-se dessa forma dos valores encontrados nas pesquisas analisadas na presente revisão.

Para Castro *et al.*, (2010) esse aumento no percentual de idosos fisicamente ativos pode estar associado às condições socioeconômicas da população, pois pessoas com baixo poder aquisitivo, com intensas atividades ocupacionais e que dependem de transporte público tendem a dedicar mais tempo na realização das atividades cotidianas, contribuindo dessa forma para a redução dos índices de prevalência do sedentarismo.

#### 4.3 BENEFÍCIOS PROPORCIONADOS PELO EXERCÍCIO FÍSICO AOS IDOSOS

Foram destacados cinco benefícios proporcionados aos idosos em virtude da prática de atividade física, a partir da análise dos artigos selecionados.

**QUADRO 3** – Principais benefícios identificados nos artigos revisados. Picos-PI, Nov., 2015.

Benefícios	Artigos						
	A1	A2	A3	A4	A7	A8	A10
Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis							
Manutenção da autonomia	A1	A6	A8	A9			
Melhor desempenho cognitivo	A1	A6	A7	A8			
Redução da ansiedade	A4	A6	A7				
Redução do risco de quedas	A8	A9					

Dentre os benefícios assegurados aos idosos em decorrência da prática de atividades físicas destaca-se a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em sete publicações revisadas. Talvez pelo fato das DCNT proporcionar altos custos ao sistema de saúde, por comprometer a autonomia e independência do idoso com impacto direto em sua qualidade de vida.

A pesquisa realizada por Turi *et al.*, (2011) mostrou que há evidências concretas de que a realização sistemática e contínua de atividades físicas ao longo da vida configura-se como item fundamental para a prevenção, controle e/ ou tratamento de tais patologias, pois através dessa



prática pode-se manter o perfil glicêmico, lipídico e a pressão arterial dentro dos limites desejáveis.

Em relação à manutenção da autonomia quatro artigos citam esse benefício como um dos principais, pois segundo Borges, Benedetti e Farias, (2011), a autonomia é um componente central no processo do envelhecimento, pois quando se promove a autodeterminação e a autonomia da pessoa idosa mantêm-se a sua dignidade, integridade e sua liberdade de escolha.

Cordeiro *et al.*, (2014) em sua pesquisa constatou que idosos fisicamente ativos apresentam maior disposição e autonomia para executar suas atividades cotidianas, quando comparado com idosos insuficientemente ativos. Isso se associa ao fato de que idosos ativos apresentam maior aperfeiçoamento na densidade óssea, no estado funcional global, na força e no equilíbrio dinâmico, podendo até mesmo atenuar ou reverter à síndrome da fragilidade física (JERÔNIMO *et al.*, 2011; JÚNIOR, J. R. V. *et al.*, 2012)

No que se referem à melhora do desempenho cognitivo, estudos tem evidenciado que pessoas fisicamente ativas estão menos susceptíveis ao declínio cognitivo e a demência em períodos mais tardios da vida, quando comparado com pessoas inativas. Isso se deve aos inúmeros efeitos que a atividade física exerce sobre as funções cognitivas, dentre os quais: melhora na circulação cerebral, modificação na síntese e degradação dos neurotransmissores, alterações endócrinas, humorais e aumento dos fatores de crescimento (CORDEIRO *et al.*, 2014).

A pesquisa de LEITE *et al.*, (2012) realizada para avaliar a qualidade de vida e o nível cognitivo de idosos de grupos de convivência mostrou que no domínio funcional 56,5% dos idosos que praticavam atividades físicas não apresentavam declínio cognitivo. Isso mostra a grande importância dessa prática na manutenção da qualidade de vida, pois segundo Oliveira, Pivoto e Vianna (2009) além dos benefícios já mencionados anteriormente, há liberação de hormônios que promove além da excitação física e mental, melhora no estado de humor, fazendo com que os idosos tenham melhor percepção de si e de seu potencial.

A redução da ansiedade foi benefício citado em quatro artigos revisados. De acordo com Minghelli *et al.*, (2013) a redução dos níveis de ansiedade por meio da realização de atividades físicas pode ser explicado por um aumento na liberação de determinados hormônios que exercem função tranquilizante e relaxante, como as catecolaminas, vasopressina, dopamina, serotonina, dentre outros.

Outro benefício citado nas publicações analisadas se refere à redução do risco de quedas, pois segundo Vieira, Aprile e Paulino (2014) o processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de alterações no aparelho locomotor, as quais culminam em uma maior fragilidade



óssea, alterações no equilíbrio, dores articulares e déficit de funções. Entretanto, a manutenção da prática regular de atividades físicas pode reduzir ou atenuar esses efeitos, pois através desta pode-se minimizar a degradação do sistema de controle postural, diminuindo ou atenuando os déficits que advém do envelhecimento, além de garantir uma menor perda de massa muscular com conseqüente diminuição do risco de quedas e melhor equilíbrio postural.

## CONCLUSÃO

É notável que o aumento da população idosa está ocorrendo devido a queda da fecundidade, controle das doenças crônicas e o aumento da expectativa e qualidade de vida. Juntamente com o envelhecimento surgem as alterações físicas, sociais e mentais, que levam a diminuição gradual da qualidade de vida.

A atividade física realizada regularmente é necessária para garantia do envelhecimento de forma saudável e autônoma, reduzindo a incidência de agravos e doenças crônicas não transmissíveis, favorecendo a preservação da independência e, por conseguinte a melhora do estado de humor e autoestima.

Portanto, através desse estudo pode-se concluir que o comportamento ativo pode produzir inúmeros benefícios na terceira idade, tornando-se um mecanismo importante de prevenção e redução dos efeitos deletérios do envelhecimento, contribuindo para promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, L. N. *et al.*; Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.
- BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física de idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.8, p 1413-8123, 2012.
- BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. O. Impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 101-118, 2011.
- BORGES, G. F.; BENEDETTI, T. R. B.; FARIAS, S.F. Atividade física habitual e capacidade funcional percebida de idosas do Sul do Brasil. **Pensar a Prát.**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL, G. L. P. **Perfil dos idosos participantes dos grupos de promoção à saúde**. 2012. 57f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.
- CASTRO, J. *et al.*, Nível de atividades físicas em mulheres idosas frequentadoras das agências de assistência do idoso residentes em Belém do Pará. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 18, n. 4, p 39-44, 2010.



- CLÁUDIO, B.; PORTELADA, M. **Atividade física e funcionalidade em pessoas idosas**. 2013. 74 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade de Aveiro, Portugal.
- CORDEIRO, J. *et al.*; Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.17, n.3, p. 541-542, 2014.
- JERÔNIMO, D. P. *et al.*; Avaliação da autonomia funcional de idosos fisicamente ativos e sedentários. **Rev. Bras. Ciênc. Envelhec. Hum**, v. 8, n. 2, p. 173-178, 2011.
- JUNIOR, J. S. V. *et al.*; Atividade física como indicador preditivo para incapacidade funcional em pessoas idosas. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 2, 2012.
- LEITE, M. T. *et al.*; Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n. 3, p. 482-492, 2012.
- MINGHELLI, B. *et al.*; Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013.
- OLIVEIRA, L. C.; PIVOTO, E. A.; VIANNA, P. C. P. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. **Acta Fisiatr**, v. 16, n. 3, p. 101-104, 2009.
- OMS. **Organização Mundial da Saúde**. Envelhecimento populacional. Brasília, (DF), 2014.
- ROGATTO, P. C. V.; CANDOLO, C.; BRÊTAS, A. C. P. Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de convivência. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL**, v.14, n.3, p. 521-533, 2011.
- SILVA, E. C.; DUARTE, N. B.; ARANTES, P. M. M. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de queda em idosos. **Fisioter. Pesq.**, v.18, n.1, p. 23-30, 2011.
- SILVA, M. F. *et al.*; Relação entre os níveis de atividade física e a qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n.4, p. 635-642, 2012.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- TAMAI, S. A. B. **Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos**. 2010. 158p. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina da Escola de São Paulo, 2010.
- TORRES, A. G. *et al.* Efeitos da prática de caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. **Rev. J Manag Prim Health Care**, v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013.
- TURI, B. *et al.*, Associação entre doenças crônicas em adultos e redução dos níveis de atividade física. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.44, n.4, p. 389-95, 2011.
- VERAS, R. P. *et al.*; Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 34, n. 1, p. 5-12, 2007.
- VIEIRA, A. A. U.; APRILE, M. R.; PAULINO, C. A. Exercício físico, envelhecimento e quedas em idosos: Revisão Narrativa. **Rev. Equilíbrio Corporal Saúde**, v. 6, n. 1, p. 23-31, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar meus sinceros agradecimentos aos que me ajudaram na elaboração desse trabalho, pois o mesmo não seria concluído sem a ajuda de algumas pessoas, que de diversas formas deram sua contribuição em diferentes etapas.

Em especial gostaria de agradecer à minha amiga Isabel Pacheco que me ajudou bastante na construção desse trabalho, às professoras Ana Larissa e Nélida Amorim, ao meu colega Ronaldo César e a minha orientadora Professora Laura Formiga pelas sugestões e ensinamentos.



## QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA

*Eveline Fontes Costa Lima<sup>1</sup>, Ana Klisse Silva Araújo<sup>1</sup>, Karla Nayana Carvalho Santos<sup>1</sup>  
Ronaldo César Feitosa Formiga<sup>2</sup>, Tamires Ferreira Mendes<sup>1</sup>, Laura Maria Feitosa Formiga<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

<sup>2</sup>Faculdade Integral Diferencial

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** o aumento da população maior de sessenta anos implica na necessidade de assistência, informação, bem como incentivo para o envelhecimento ativo e melhoria na qualidade de vida. O estudo objetivou analisar as publicações em periódicos indexados que tratem do envelhecimento ativo. **METODOLOGIA:** refere-se a uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de 02/07/ 2013 à 20/07/2013 nas bases de dados: Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2009 a 2013, artigo com texto completo, publicados em língua portuguesa, espanhola ou inglesa. Encontrou-se 135 artigos científicos, após aplicação dos critérios restaram 20 publicações. As informações retiradas dos artigos foram inseridas no instrumento criado para esta pesquisa. **RESULTADOS:** na grande maioria, (57,1%), sugerem a promoção da saúde e a prevenção de doenças; (28,9%) citaram o desenvolvimento de uma rede de apoio com envolvimento familiar e comunitário; (14,45%) sugere uma mudança na estrutura social; (14,45%), ao estímulo da espiritualidade dos idosos como forma de ajudar na saúde física e mental; (14%) o aprofundamento e a socialização da pesquisa sobre a temática, bem como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do grau de envelhecimento ativo. **CONCLUSÃO:** portanto é preciso estimular e garantir que pessoas com mais de sessenta anos possam alcançar a longevidade com saúde, vitalidade e acima de tudo conscientes de seu papel na contribuição do êxito para o envelhecimento ativo.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Ativo. Saúde do Idoso. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

É notório o crescimento demográfico da população idosa durante os últimos anos, seja devido ao aprimoramento científico-tecnológico ou a melhoria das condições de vida. Ladeada a ampliação da expectativa de vida ocorrem alterações na representação da saúde da população maior que sessenta anos, fato que merece zelo, pois se trata de um público que necessita de conservação e progresso da qualidade de vida.

O aumento da população maior de sessenta anos implica na necessidade de assistência, informação, bem como incentivo para o envelhecimento ativo e melhoria na qualidade de vida. Dentre as expectativas do envelhecimento saudável, está a de manter a capacidade funcional,



condição que é naturalmente minimizada de forma inversamente proporcional a idade (IBGE,2010).

Para que a pessoa idosa possa levar uma vida com independência e autonomia é imprescindível a manutenção da capacidade funcional, esta pode ser conceituada como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Conseguir realizar as ABVD, para a pessoa idosa, significa algo cotidiano e indispensável para a sua sobrevivência, mantendo-o envolvido na execução dos afazeres domésticos e no gerenciamento dos cuidados com a própria saúde (FERREIRA et al., 2012).

O foco da Promoção da Saúde do idoso precisa ser direcionado ao bom funcionamento físico, mental e social, bem como à prevenção de doenças e incapacidades. Este foco está presente na Política Nacional do Idoso (PNI), que propõe: a promoção do envelhecimento saudável; manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, sendo que isto em grau máximo; prevenção das doenças; recuperação da saúde dos que adoecem; e reabilitação daqueles que possam vir a ter sua capacidade funcional restringida, ao passo que lhe garantem a continuação no ambiente em que vivem, desempenhando seu papel na sociedade de forma independente (LUNARDI et al.,2009).

A Organização Mundial de Saúde apresentou no final dos anos 90 o conceito de “envelhecimento ativo”, como uma política de saúde no intuito de acrescentar além dos cuidados com saúde a busca por modos de vida mais profícuos (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2010) a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve criar táticas para adoção de hábitos saudáveis que abrangem a prevenção de doenças e a promoção da saúde com o intuito de alcançar um processo de envelhecimento saudável e ativo. Os profissionais de saúde podem contribuir muito para o estímulo da independência e o envelhecimento ativo dos idosos, planejando a “atenção” e levando em conta os recursos indispensáveis para responder de forma maleável às necessidades de saúde dos idosos e suas famílias (COSTA, 2010).

O profissional enfermeiro, membro da ESF, é um dos protagonistas na busca de qualidade de vida dos idosos, devendo atuar através de educação em saúde, incentivo a prática de atividade física, mostrando os benefícios que isto pode trazer, bem como a realização de trabalhos de grupo. Realizando buscas de estudos sobre a temática feitos no Piauí, foi possível constatar carência a respeito do tema, o que despertou o interesse pela realização desta pesquisa que será útil para futuros trabalhos na área da saúde, poderá contribuir para a construção de debates sobre



a temática, bem como, para pesquisas do público que tenha interesse sobre o envelhecimento ativo.

Este estudo torna-se relevante, pois com a evolução global do processo de envelhecimento é necessário que os idosos tenham qualidade em seu cotidiano através de modos de vida saudáveis. As principais buscas para este êxito podem se resumir em: melhoria do cuidado, informação e planejamento de ações que contribuam para o envelhecimento ativo, trazendo assim resultados de impacto social.

O presente estudo têm como objetivo geral analisar as publicações em periódicos indexados que tratem do envelhecimento ativo. E como objetivos específicos: caracterizar a produção científica quanto ao período de publicação e periódico, locais de realização das pesquisas e delineamento dos estudos; Identificar as propostas de intervenção de enfermagem apontadas nos estudos, voltadas à promoção do envelhecimento ativo.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo refere-se a uma revisão integrativa da literatura. Segundo Polit e Beck (2011), é um método que tem como intuito agrupar e resumir resultados encontrados em pesquisas sobre determinado tema ou questão, de forma ordenada e sistemática.

Para a elaboração do presente estudo, seguiu-se o processo de elaboração da revisão integrativa presente no estudo de Sousa, Silva e Carvalho (2010), que apresenta seis etapas que buscam a otimização da coleta de informação sobre a promoção do envelhecimento ativo: elaboração da pergunta norteadora; Busca ou amostragem da literatura; Coleta de dados; Análise crítica dos estudos que foram inclusos; Discussão dos resultados; Apresentação da revisão integrativa.

A primeira fase da revisão é a mais importante, trata-se da seleção do tema e pergunta norteadora relacionada ao raciocínio teórico. Para guiar este estudo formulou-se a seguinte questão: Quais as intervenções propostas nos artigos para promoção do envelhecimento ativo?

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de 02/07/ 2013 à 20/07/2013 usando as seguintes bases de dados: Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores contemplados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): Envelhecimento Ativo, Saúde do Idoso, Enfermagem utilizando o conectivo *and*.



Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre o corte de tempo de 2009 a 2013, artigo com texto completo disponível para acesso online e artigos publicados em língua portuguesa, espanhola ou inglesa. Foram excluídos durante a busca: teses, dissertações, artigos relativos a experiência de outro país que não o Brasil, artigos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

Encontrou-se 10.680 artigos científicos, após aplicar critérios de inclusão e exclusão restaram 20 publicações. Todas as informações retiradas dos artigos selecionados foram inseridas no instrumento criado exclusivamente para este trabalho (APÊNDICE A). O referido instrumento fez-se necessário na caracterização dos artigos e organização dos principais dados, norteando os resultados e ajudando na construção das conclusões sobre a investigação do tema.

Por se tratar de pesquisa com material de livre acesso em base de dados virtuais, não houve necessidade de solicitação de parecer em Comitê de Ética em Pesquisa ou dos autores dos estudos.

## RESULTADOS

O ano com maior quantidade de publicações foi 2009, que pode ser justificado ao fato de estar mais próximo ao ano de 2006 em que houve o lançamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. Logo após observa-se um decréscimo até 2010, e em seguida um crescimento exponencial até o ano de 2011. Entre o ano de 2011 até julho de 2013 tem-se a mesma quantidade de publicações. Através deste achado é possível afirmar que existe uma preocupação constante voltada para pesquisa sobre o envelhecimento ativo. Em conformidade com este achado, o estudo de Vicente, Santos (2013), fala que o aumento acelerado do envelhecimento populacional traz consigo uma preocupação social em relação à saúde. Isto porque não basta aumentar os anos de vida, é preciso focar também na qualidade de vida dos idosos, fazendo com que os mesmos possam desfrutar de um envelhecimento saudável.

No que concerne aos periódicos de saúde que buscam pesquisar sobre o envelhecimento ativo, observa-se que a maioria dos artigos analisados está no periódico Texto Contexto Enfermagem. O resultado encontrado se assemelha a pesquisa de Ravelli, et al.,(2009), onde o mesmo ressalta que o periódico Texto Contexto Enfermagem apresenta números temáticos o que pode justificar a grande demanda de artigos sobre envelhecimento identificados nela.

Em seguida observa-se que os periódicos: Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Psicologia Reflexão e Crítica, Revista Brasileira de Medicina e Esporte aparecem com publicação expressiva revelando outras áreas da saúde estão realizando pesquisas sobre a melhoria da qualidade de vida dos idosos através do envelhecimento ativo.





A maioria das pesquisas aparece na região Sul (38%), em seguida o Nordeste (24%), em terceiro lugar o Sudeste (19%) e na quarta colocação o Centro- Oeste (5%), a região Norte (0%) não apareceu com pesquisas, em ultimo lugar as pesquisas que não mencionaram o local totalizando (15%).

Os dados encontrados corroboram com a pesquisa de Ravelli et al.,(2009), cuja qual mostra que as regiões Sul, Sudeste e Nordeste também lideram em pesquisas sobre a temática de envelhecimento, não necessariamente nesta ordem. Logo percebe-se que há necessidade de maior produtividade de pesquisas sobre a referido assunto nas demais regiões do país.

Ao analisar as intervenções de enfermagem para a promoção do envelhecimento ativo, é possível descrever que algumas se assemelham trazendo soluções mais práticas. Já outras, abordam um contexto de amplitude maior que demandam de mais tempo e planejamento para serem implementadas.

Na grande maioria (57,1%), sugerem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, intervindo na manutenção da capacidade funcional dos idosos, garantindo o acesso equitativo aos cuidados com qualidade. Ressalta-se ainda que é preciso levar em conta a multiplicidade e peculiaridade de cada idoso, respeitando assim sua história de vida e evitando tentativas igualitárias.

Entre as intervenções de enfermagem (28,9%) citaram o desenvolvimento de uma rede de apoio com envolvimento familiar e comunitário, destacando a mobilização de pessoas jovens mais equipe multiprofissional, para trabalhar no estímulo de mudanças de hábitos e a modificação de alguns fatores comportamentais. Buscando assim a consolidação da política de envelhecimento ativo e conjecturando estratégias para atender todos os aspectos dos determinantes do envelhecimento ativo.

Uma observação relevante trata-se da discriminação e o preconceito por parte da sociedade em geral. Para combater esta realidade (14,45%) sugere uma mudança na estrutura social no intuito de que ao terem suas vidas prolongadas, os idosos tenham qualidade de vida e não se afastem do espaço social nem se alienem, instigando nestes a busca por formas de combater a inatividade e incapacidade física e garantindo seu bem estar físico e psicológico.

Em consonância com as observações anteriores, foi encontrado a sugestão, também de (14,45%), ao estímulo da espiritualidade dos idosos como forma de ajudar na saúde física e mental. Segundo a pesquisa de Zenevicz; Moriguchi; Madureira (2013), notou-se que os idosos após realizarem uma oração, provocam o alívio de tensões mostrando que a religião é uma estratégia poderosa contra uma crise existencial, principalmente em idosos.



Ainda como estratégia de promoção do envelhecimento ativo, apresentou-se com (14%), o aprofundamento e a socialização da pesquisa sobre a temática, bem como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do grau de envelhecimento ativo, visto que a teoria revelou uma carência em relação a este item. A dedicação em pesquisa pode contribuir bastante, e de forma mais específica para os profissionais de saúde que trabalham com esse público, colaborando no entendimento das individualidades de cada idoso e ajudando e reorientar suas práticas.

Continuando no aspecto de contribuição com ações que envolva bem estar, interação social, atividade física, equipe multidisciplinar, sugere-se a participação dos idosos em grupos voltados para a terceira idade, em convênio com a Universidade. É possível citar como exemplo em Picos- PI o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI).

O NETI é um projeto de extensão de promoção da saúde no envelhecimento, que funciona em convenio com a Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Estadual do Piauí(UESPI), Faculdade R. Sá e recebe o apoio do Cáritas da Paróquia de São Francisco de Assis(Bairro Junco) e da Secretaria Municipal de Saúde. Funciona nas terças e quinta-feira, no horário de 8:00 às 11:00 e conta com um total de 30 idosos.

Conta com a participação dos cursos de Administração, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Letras, Nutrição, Pedagogia e Sistema de Informação. Realiza ações de educação em saúde, pratica corporal, avaliação nutricional e as demais são temas de interesse em comum do grupo. Estas iniciativas devem ser reproduzidas, pois proporcionam momentos de conhecimento, troca de experiências, ensinamentos. Isso mostra que estes idosos tem interesse na reelaboração do viver e no trabalho para a construção de um envelhecimento saudável, e que muitas vezes, há carência de oportunidade para que pessoas da terceira idade encontrarem uma instituição de referência, com profissionais preparados para atender as necessidades que esta clientela exige no que tange a qualidade de vida durante seguintes anos de vida.



## CONCLUSÃO

A mudança demográfica traz consigo a longevidade, fazendo com que se leve a modificar hábitos antigos na busca de uma vida mais saudável. A literatura mostrou que os próprios idosos estão em busca dessa melhora da qualidade de vida, buscando grupos de convivência que proporcionem atividades que trabalhem a mente e o corpo.

A literatura estudada apontou muitos pontos positivos associados a pesquisas com idosos que realizavam alguma atividade física, comprovando que o sucesso do envelhecimento ativo está diretamente relacionado à movimentação corporal do idoso.

Medidas de estudar e estimular a espiritualidade nos idosos foram ilustradas como algo muito positivo para o corpo e a mente. Mostrando que a religião pode ser um forte aliado na prevenção de crises existenciais que são algo muito comum nesta fase da vida.

Encontrou-se uma aresta no quesito de educação em saúde para idosos. Esta é uma ação garantida por direito, mas que pouco é mencionado dentre os artigos selecionados para esta pesquisa. Este fato pode ocorrer porque talvez o foco da promoção da saúde no envelhecimento ainda esteja muito voltado para praticas de atividades corporais. Porém é sabido que o ganho de conhecimento sobre saúde pode ajudar e muito para contribuição da qualidade de vida nos anos seguintes.

As dificuldades encontradas para realização deste estudo permeiam no fato de que encontrou-se poucos artigos recentes, e os que foram encontrados, grande parte não estava disponível para o livre acesso a pesquisa.

Para concluir a sugestão de mais pesquisas sobre a temática e principalmente sobre formas de como promover a saúde do idoso. É preciso estimular e garantir que pessoas com mais de sessenta anos possam alcançar a longevidade com saúde, vitalidade e acima de tudo conscientes de seu papel na contribuição do êxito para o envelhecimento ativo.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, 2010.
- BRASILEIRO, M. D. S. et al. Do diagnóstico à ação: uma proposta de lazer ativo e envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.16, n.3. 2011.
- CORREA, Leandro Quadro; ROMBALDI, Airton José; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Atividade física e sintomas do envelhecimento masculino em uma população do sul do Brasil. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 17, n. 4, ago. 2011.



- COUTO, Fernanda Bueno D'Elboux; PERRACINI, Monica Rodrigues. Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, dez. 2012.
- COMBINATO, Denise Stefanoni et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, dez. 2010.
- COSTA, M. F. B.N. A; CIOSEK, S. L. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p.437-44, 2010. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 15 fev. 2013.
- DAHER, Donizete Vago; DEBONA, Kamila Vallory. Reelaborando o viver: o papel do grupo no cotidiano de mulheres idosas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, dez. 2010.
- FARIAS, Rosimeri Geremias; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, mar. 2012.
- FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010.
- FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, set. 2012.
- HERNANDES, N. A. et al. Physical activity in daily life in physically independent elderly participating in community-based exercise program. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 17, n. 1, fev. 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://WWW.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 jul. 2013.
- IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; GOMES, Irenio. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, 2011.
- LEITE, A. I. T; GOMES, C.H; SANTOS, S. R. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, 2009.
- LIMA, T.A.S; MENEZES, T.M.O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa logeava. **Rev. Bras. Enferm.** v.4, n.64, p. 751-8, 2011.
- LUNARDI, V. L. et al. Impacto dos resultados das pesquisas em enfermagem na prática profissional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, 2009.
- MAZO, G. Z. et al. Do Diagnóstico à Ação: grupos de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.14, n.1, 2009.
- OLIVEIRA, L. P. B; MENEZES, M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** v.20, n.2, p.301-9, 2011.
- PAULIN, Grasielle Silveira Tavares; OLIVEIRA, Marina Leadrini de. Terapia Ocupacional no processo de envelhecimento e aposentadoria: construção de espaços saudáveis. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.2, 2009.
- PIMENTEL, Renata Martins; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2009.
- POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RAVELLI et al. A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.**, v.18, n.3, 506-12, 2009.
- RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado; As práticas de bioescase e a constituição do idoso ativo. **Cien. Cuid. Saúde**, v.8, n.1, jan/mar, 2009.
- RIBEIRO, P. C.C. et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 501-509, 2009.



ROCHA, Saulo Vasconcelos et al . Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 3, jun. 2013.  
SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Eisntein*, v.8, n.1, p. 102-106, 2010.  
SOUZA, Daniele Barcelos de; SERRA, Adrey Jorge; SUZUKI, Frank Shiguemtsu. Atividade Física e Nível de Depressão em Idosas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.**, v.16, n.1, 2012.  
TORQUATO, Rebecca; MASSI, Giselle; SANTANA, Ana Paula. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 24, n. 1, 2011.  
VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, jun. 2013.  
ZENEVICZ, Leoni; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA Valéria S. Faganello. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v.47, n.2, 2013.

### AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder sabedoria e força. À minha família, pelo incentivo e apoio incondicional. E à minha orientadora, Professora Laura Formiga, pelas brilhantes colocações durante a elaboração desse trabalho.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM APLICADOS À IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

*Mariana Rodrigues da Rocha<sup>1</sup>, Aparecida do Espírito Santo de Holanda Rocha<sup>1</sup>, Henrique Rafael Pontes Ferreira<sup>1</sup>, Hiugo Santos do Vale<sup>1</sup>, Sinderlândia Domingas dos Santos<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

A população idosa vem crescendo gradualmente no Brasil e no mundo, aumentando assim a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. A importância do cuidado ao idoso com doenças crônicas é de grande importância, pois essas se caracterizam como uma das principais causas de morte nos dias atuais. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de natureza qualitativa sobre os cuidados de enfermagem a idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A coleta de dados foi feita em março de 2016 a partir da seleção dos artigos usando os Descritores em Ciências da Saúde: cuidados de enfermagem, idosos e doenças crônicas e cruzando-os com a expressão “and” junto a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. O idoso acometido com alguma dessas doenças geralmente se encontra debilitado devido aos agravos que essas ocasionam, a partir desse contexto torna-se necessário que medidas com relação ao autocuidado sejam tomadas. Os profissionais de saúde especialmente o enfermeiro, devem proporcionar aos idosos e familiares informações e conhecimentos sobre as doenças crônicas, através de práticas de educação em saúde. Os artigos analisados relatam sobre o papel do enfermeiro em promover intervenções necessárias para o melhor tratamento dos idosos portadores dessas

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



doenças, que constantemente necessitam de um cuidado integral e humanizado. Além da interação do enfermeiro com o cliente e família, o bem-estar só é alcançado com a atuação de uma equipe multiprofissional que irão trabalhar para proporcionar a qualidade de vida, desses pacientes em âmbito hospitalar e domiciliar.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem. Idosos. Doenças Crônicas.

## INTRODUÇÃO

O processo prolongado do envelhecimento é uma realidade presente na maioria das sociedades. Estima-se que, em 2050, existirão 2,4 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria vivendo nos países em desenvolvimento (ONU, 2011). No Brasil, estima-se que existam hoje cerca de 21,7 milhões de idosos (IBGE, 2010).

O envelhecimento constitui um processo complexo na vida dos indivíduos, o qual envolve elementos de ordem biológica, sociocultural e econômica e repercute na forma como interagem com os outros e com o meio em que estão inseridos. Além disso, observa-se o frequente aparecimento de agravos crônicos nessa população, nessa fase da vida (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2009).

Com o envelhecimento o indivíduo tem dificuldade, em função do processo dinâmico e progressivo de modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas, e psicológicas, de evidenciar equilíbrio na atividade e na dimensão relativa ao repouso. Esse desequilíbrio tende a piorar com a presença de doenças crônicas que requerem do organismo processos adaptativos multisistêmicos para o alcance da homeostase (FERNANDES, et al., 2012).

A OMS, (2005) define as doenças crônicas como tendo uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Coelho, Burini, (2009) ressaltaram que a quase totalidade das DCNT aumenta sua prevalência, incidência e mortalidade com o envelhecimento. Os autores chamam a atenção para o fato de os idosos terem uma exposição mais prolongada a este grupo de doenças, o que pode levar a uma perda da importância de fatores hereditários na determinação de algumas patologias, prevalecendo os fatores adquiridos no decorrer da vida e resultantes do próprio processo de envelhecimento.



Segundo o Ministério da Saúde, (2011) o envelhecimento da população brasileira aumenta a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que somadas a doenças igualmente crônicas, incapacitantes e com risco de eventos agudos, tornam-se onerosas para os indivíduos, para as famílias e para os sistemas de saúde a medida que as pessoas envelhecem.

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas as DCNTs, como doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais (SCHMIDT, et al., 2011).

Considerando o cuidado a pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, identifica-se crescimento de publicações científicas com enfoque na saúde do idoso, enquanto no campo da saúde emergiram estudos voltados para a necessidade de implantar estratégias para promover o envelhecimento saudável e prevenir complicações decorrentes das doenças próprias da velhice. No cuidado de enfermagem ao idoso é essencial que as ações sejam permeadas pela promoção da saúde. Compreendendo que o envelhecimento se caracteriza por alterações específicas, o profissional deve ter habilidades para lidar com a diversidade de situações apresentadas por essa população (VALCARENGHI, et al., 2015).

Linck e Crossetti, (2011) lembram que envelhecer caracteriza-se como um processo tangível a todo o ser humano e que o mesmo envolve uma enorme gama de questões biopsicossociais. Diante disso, as autoras ainda relatam que é dever de todo o profissional de saúde, e nesse contexto insere-se o enfermeiro, implantar metodologias estratégicas de assistência consoantes com um acompanhamento holístico do paciente/cliente, no qual todas as suas necessidades são atendidas.

A enfermagem deve elaborar um plano de cuidados que objetive organizar a assistência e direcionar as ações, além de possibilitar a avaliação da eficiência e eficácia das intervenções realizadas. Todo este planejamento estratégico para o cuidado faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Instrumento do cuidado profissional que permite o acompanhamento integral do paciente/cliente, bem como de todas as necessidades humanas básicas (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

Por esse motivo, percebe-se que os idosos necessitam de uma atenção à sua saúde por parte das políticas públicas disponibilizadas pelo governo e que os profissionais principalmente os enfermeiros que estão diretamente envolvidos no cuidado constante dos idosos portadores de DCNT, devem priorizar um atendimento humanizado, integral e



individualizado, visando assim o tratamento e a promoção de saúde a uma população que cresce cada dia mais em nosso país e no mundo.

Tendo em vista esta temática, o presente estudo se torna relevante na medida em que busca disseminar conhecimento e apontar as eventuais fragilidades no cuidado de enfermagem aplicados à idosos portadores de doenças crônicas. Deste modo, surgiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento científico disponível sobre os cuidados de enfermagem aplicados à idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)? Para responder esta questão, este estudo tem por objetivo analisar as publicações científicas entre 2009 a 2015 sobre a importância dos cuidados de enfermagem à idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, buscando assim promover aos profissionais da saúde, familiares e aos portadores dessas doenças uma alternativa para a contribuição de um melhor tratamento e a promoção da saúde a esses idosos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa de natureza qualitativa sobre os cuidados de enfermagem a idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no qual busca-se a síntese do conhecimento acerca desta temática, visando apontar as lacunas que carecem de ser preenchidas com novos estudos.

O procedimento para o desenvolvimento da seguinte revisão foi feito inicialmente com a elaboração da questão norteadora, a seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão, além da extração e avaliação dos mesmos.

A coleta de dados foi feita em março de 2016 a partir da seleção dos artigos usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) cuidados de enfermagem, idosos e doenças crônicas e cruzando-os com a expressão “and” junto a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no qual gerou um número de cinquenta e um artigos, sendo que apenas vinte e dois fizeram parte da amostra, pois retratavam na íntegra sobre essa temática.

Os estudos incluídos na presente revisão integrativa obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: texto completo que tivesse elo com os cuidados de enfermagem à idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis; idioma de publicação português; período de publicação compreendido entre 2009 a 2015; tipo de documento sendo artigo.

## **RESULTADOS**

Após feita a leitura dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão, buscou-se identificar e relacionar os conhecimentos e as informações científicas sobre os





cuidados de enfermagem aplicados à idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Observou-se que dentre os vinte e dois artigos lidos, a maioria relata sobre a importância da consulta de enfermagem em proporcionar ao seu paciente e familiares, informações específicas sobre as doenças crônicas que os mesmos foram diagnosticados como portadores, a fim de que esses pacientes e cuidadores adquiram conhecimentos sobre sua enfermidade, contribuindo assim para o seu tratamento, seu autocuidado e sua autonomia.

O processo de enfermagem é um método para a organização e prestação da assistência, composto por cinco etapas (avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação) que buscam identificar as necessidades assistenciais do paciente, estabelecendo um plano de cuidados para a satisfação dessas necessidades. A fase diagnóstica, do processo de enfermagem, tem tornado possível uma postura mais madura dos profissionais, por meio da prática de uma profissão mais estruturada. Esta fase envolve um processo de investigação cuidadosa e direcionada, com exame e análise descritiva dos dados da pessoa e das condições e circunstâncias de sua vida, na tentativa de se explicar ou entender a natureza de suas condições existentes (TESTON, MARQUES, MARCON, 2010).

O enfermeiro tem um papel fundamental para identificar suas necessidades por meio dos diagnósticos de enfermagem, planejando intervenções individualizadas e eficazes proporcionando melhoras do seu bem-estar (FERNANDES et al., 2012).

Fernandes et al. (2012), destaca que a assistência de enfermagem aos idosos em tratamento hemodialítico é de fundamental importância, visto que estes apresentaram respostas diagnósticas que têm implicações significativas na sua dimensão atividade/repouso. Ressalta-se, também, que a identificação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções específicas podem auxiliar os enfermeiros no cuidado à população idosa em tratamento hemodialítico nos diferentes cenários de prática de atenção à saúde, promovendo, especialmente, melhora em sua qualidade de vida.

Os diagnósticos de enfermagem são definidos como julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais



reais ou potenciais que constituem a base para seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (COFEN, 2011).

No estudo de Teston, Marques, Marcon (2010) eles destacam algumas intervenções de enfermagem eficazes para a maioria dos idosos da pesquisa que tiveram o diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada”, dentre essas intervenções temos: Evitar que o paciente repouse sobre a extremidade paralisada por muito tempo; Orientar quanto à necessidade de manter o alinhamento correto do corpo com o auxílio de um travesseiro quando assumir as posições: dorsal, lateral e ventral; Estimular a utilização de coxins de forma a evitar úlceras de pressão ou até mesmo rotação externa de quadril; Estimular a realização de exercícios de amplitude de movimento e exercícios terapêuticos, sob a supervisão ou orientação de um profissional; Encorajar a utilização de apoios para a movimentação; Orientar o paciente e a família quanto à importância da realização de exercícios/movimentos quando possíveis.

Os profissionais de saúde têm papel importante em relação ao idoso e sua família, principalmente na promoção de ações educativas para conviver com a doença, dando apoio e orientações. A educação em saúde pode influenciar comportamentos positivos do idoso, para o controle de complicações e aderência ao tratamento, com o intuito de promover uma vida saudável, mesmo em condição crônica. A consulta de enfermagem é vista pelos autores como ação singular para estabelecer vínculos e orientar a promoção da saúde (VALCARENGHI, et al., 2015).

Os profissionais de saúde devem estimular o idoso a ser proativo na participação do seu processo de cuidado (LOPES, 2009). Os idosos precisam ser estimulados a desenvolver competências para seu empoderamento, refletindo de forma crítica na tomada de decisões, visando ao cuidado de si, para promover a sua saúde. O cuidado sensível realizado através do olhar, do sorriso, da atitude compreensiva, da paciência, da comunicação clara, do sentir e do tocar deve fazer parte do processo da assistência de enfermagem, sendo determinantes para desenvolver a relação educativa para o autocuidado (VALCARENGHI, et al., 2015).

Estudo sobre idosos com doença de Alzheimer aborda a supervisão e a educação em saúde, através de orientações aos familiares e idosos sobre manutenção da segurança



física, alimentação e sono, com vistas a promover a independência e estimular o autocuidado (TALMELLI, 2009). Outro estudo sobre a saúde do idoso em diálise peritoneal mostra ser imprescindível a assistência por profissionais de saúde qualificados que proporcionem cuidados conforme as necessidades de cada idoso, de forma individualizada e contínua (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Novais *et al.*, (2009) a qualidade de vida da pessoa com doença crônica assume-se verdadeiramente importante na prestação de cuidados de enfermagem. Os cuidados que vão ao encontro das necessidades dos clientes passam por uma compreensão das suas prioridades e o respeito das suas decisões e opiniões. É, então, importante que se valorize a perspectiva de qualidade de vida por parte do cliente e não guiar os cuidados em função de como os profissionais de saúde assumem a qualidade de vida para este. O cuidado de enfermagem só se manifesta na sua plenitude quando profissionais e clientes se unem e estabelecem uma relação através da partilha de saberes, com o objetivo principal de dar resposta às reais necessidades da pessoa com doença crônica contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida.

Alguns estudos ressaltam que além da interação do enfermeiro-cliente, é necessária a integração de uma equipe multiprofissional para o atendimento dos idosos em âmbito hospitalar e domiciliar.

Gonçalves e Alvarez (2006) observaram a importância da integração entre os profissionais de diversas áreas, cabendo, muitas vezes, ao enfermeiro coordenar e articular tais competências, visando à recuperação do paciente. Ressaltam ainda os autores a necessidade da continuidade da assistência de enfermagem após a alta hospitalar, orientando o paciente e familiar quanto aos cuidados domiciliares, encaminhamentos ambulatoriais e retornos ao serviço de origem.

A interação social da enfermagem com idosos hospitalizados, objeto de estudo de Leite e Gonçalves (2009), demonstrou que a enfermagem cuida de seus pacientes gerontes a partir da própria concepção sobre o envelhecimento em sua vida social. Concluíram que há falta de capacitação da equipe em geronto-geriatria, na interpretação de significados e atitudes de interação. A influência entre a equipe de enfermagem e o idoso hospitalizado, bem como com o acompanhante familiar ou não, é fundamental para a transmissão de conhecimentos e práticas relacionadas aos cuidados domiciliares.

Os profissionais de saúde, ao realizarem orientações em relação ao cuidado domiciliar, precisam estar atentos na utilização de uma linguagem adequada considerando a



realidade cultural e social de cada família. Portanto, o processo educativo desenvolvido no âmbito domiciliar deve estar embasado em uma relação horizontal, dialógica, reflexiva entre os profissionais de saúde e as cuidadoras, possibilitando que estas encontrem formas e alternativas de solucionar os problemas decorrentes da doença do familiar (BRONDANI, BEUTER, 2009).

A proteção exercida pela família, constitui-se, portanto, em uma estratégia utilizada para reduzir o estresse e o desgaste da pessoa com doença crônica, contudo, nem sempre é vista com bons olhos por esta, que se sente desrespeitada e sem utilidade frente aos próprios problemas e sentimentos. Por isso, o profissional de saúde precisa reconhecer essas dificuldades e tentar, sutil e efetivamente, estimular uma boa convivência, permeada pela presença de afetividade e respeito mútuo, de forma que todos os membros se sintam tranquilos e envolvidos nas tomadas de decisões, inclusive, sobre o próprio cuidado que está sendo prestado (GARBIN et al., 2010; FELICIANI; SANTOS; VALCARENGHI, 2011).

A presença da cronicidade na vida da família faz com que as pessoas que cuidam desempenhem um controle sobre as ações e sentimentos da pessoa que se encontra doente, limitando a efetivação de determinadas atividades e suprimindo a tomada de decisões. Atrelada a isso, a presença de uma fase avançada do envelhecimento pode tornar o doente crônico vulnerável a condições como a depressão, por exemplo, uma vez que o indivíduo se sente um empecilho, além de frágil e incapaz diante da família (CECÍLIO; ARRUDA; MARCON, 2015).

Neste sentido Cecílio, Arruda, Marcon, (2015), entenderam que compete ao profissional de saúde, além da implementação do plano de cuidados ao doente, a atenção à família sob um olhar ampliado, que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais da unidade familiar. Ciente de que a dependência de cuidados pelo doente crônico perpassa uma série de mudanças no relacionamento familiar, o profissional de saúde, sobretudo, o enfermeiro, pode desenvolver relevante papel de suporte e apoio.

Finalmente, é válido reforçar que a equipe de enfermagem e saúde deve estar atenta para que todas as necessidades apresentadas pelo paciente/cliente sejam atendidas de maneira integral e humanizadas (SANTOS, ROCHA, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Levando em consideração os resultados encontrados nos artigos utilizados para realização do presente estudo, percebe-se que com o envelhecimento surge também inúmeras complicações de saúde, sendo que na maioria das vezes essas complicações podem levar ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, tornando assim esses idosos frequentemente dependentes de cuidados integral por parte da família e dos profissionais de saúde, especialmente o profissional enfermeiro que tem como função promover um cuidado humanizado, integral e individualizado, com a finalidade de ajudar no tratamento dos mesmos em âmbito hospitalar e domiciliar.

O papel do enfermeiro no cuidado de idosos portadores de DCNTs são de suma importância, pois os mesmos são capazes de identificar cuidados e intervenções necessárias, através dos diagnósticos estabelecidos, além disso esses profissionais são responsáveis por orientar e apresentar aos pacientes e familiares conhecimentos e cuidados acerca das doenças crônicas, podendo proporcionar assim através da educação em saúde a promoção do bem-estar do cliente.

Através desse estudo percebe-se a relevância da realização de mais pesquisas e estudos acerca dos cuidados de enfermagem à idosos portadores de DCNTs, pois os mesmos proporcionam conhecimentos aos familiares e aos profissionais de saúde que estão envolvidos no cuidado desses idosos, contribuindo de forma direta para a promoção da qualidade de vida dessa população que cresce cada dia mais no mundo.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I.M; PAUL, C; MARTINS, M. M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Ciênc Cuid Saúde**. v. 8, n. 2, p. 191-197, 2009.
- BRONDANI, C. M; BEUTER, M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v. 30, n. 2, p.206 – 213, 2009.
- CECÍLIO, H.P.M; ARRUDA, G.O; MARCON, S.S. A dependência do cuidado familiar na perspectiva do doente crônico. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**. v.7, n. 4, p. 3305-3316, 2015.
- COELHO, C.F; BURINI R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev Nutr**. v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n, 358/2009, de 15 de outubro de 2009**: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2011. Disponível em: <[www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br)>.
- FELICIANI, A.M; SANTOS, S.S.C; VALCARENGHI, R.V. Funcionalidade e quedas em idosos institucionalizados: propostas de ações de enfermagem. **Cogitare Enferm**. ; v. 16, n.



- 4, p. 615-21, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/22456/17047>>.
- FERNANDES, M. G. M. et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/ repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. João Pessoa, v. 13, n. 4, p. 929-937, 2012.
- GARBIN, C.A.S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciênc Saúde Colet**. v. 15, n. 6, p. 2941-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a32v15n6.pdf>>
- GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M. O cuidado na enfermagem gerontogerátrica: conceito e prática. In: Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2012.
- LEITE, M.T; GONÇALVES, L.H.T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, v. 18, p. 108-115, 2009.
- LINCK, C.L; CROSSETTI, M.G.O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 32, n. 2, p. 385-393, 2011.
- LOPES, F. **Qualidade de vida dos idosos com diabetes mellitus e os fatores de risco relacionados ao aparecimento de lesão nos pés** [dissertação]. Uberaba (MG): Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>
- NOVAIS, E. et al. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev HCPA**. Lisboa, v. 29, n. 1, 2009.
- OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConSientia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 127-236, 2007.
- OLIVEIRA, M. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.
- ONU (2011). Organização das Nações Unidas. **Population division**. Department of economic and social affairs, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Chronic diseases and their common risk factors**. [Atualizado em 2005; acedido em 2006 Nov 16]. Disponível em: <[www.who.int](http://www.who.int)>.
- SANTOS, R.P; ROCHA, D.L.B. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso, portador de insuficiência renal crônica, hospitalizado. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo (SP), v. 16, n. 3, p.237-253, 2013.
- SCHMIDT, M. I. et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. *Lancet* [Internet]. 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2811%2960135-9.pdf>>.
- TALMELLI, L.F.S. **Nível de independência funcional de idosos com Doença de Alzheimer** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.
- TESTON, E. F; MARQUES, F. R. B; MARCON, S. S. **Diagnósticos e ações de enfermagem a indivíduos com doenças crônicas assistidos no domicílio: estudo descritivo**. Maringá-PR, 2010.



VALCARENGHI, R. V. et al. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 4, p. 705-812, 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar no controle de tudo que faço e por mim dar a paz, a graça e a sabedoria para me sustentar mesmo diante das dificuldades. Agradeço a minha mãe, Maria Solidade, que me ensina e me incentiva sempre a lutar pelos meus objetivos e me conduz desde sempre a caminhos corretos, a minha irmã, Maura Gêssica, que está sempre comigo, me ajudando em tudo que preciso, aos meus amigos que me ajudaram na construção desse artigo e a minha professora orientadora Ana Roberta por sua disponibilidade e incremento a esse trabalho. Enfim, agradeço a todos que me ajudam de forma direta e indiretamente na minha formação pessoal e profissional e especialmente a minha família, meus amigos e meus irmãos em Cristo Jesus que me apoiam muito e me dão carinho e amor.

## QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: REVISÃO DE LITERATURA

*Sinderlândia Domingas dos Santos<sup>1</sup>, Mariana Rodrigues da Rocha<sup>1</sup>, Aparecida do Espírito Santo<sup>1</sup>,  
Henrique Rafael Pontes Ferreira<sup>1</sup>, Ana Míria de Oliveira Batista<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

## RESUMO

O Brasil tem passado, nos últimos tempos, por um processo de transição demográfica, com o aumento crescente do número de idosos e consequente prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Diante disso, a avaliação e monitorização da qualidade de vida de idosos com doenças crônicas é de suma importância para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a esses indivíduos, de modo a garantir não somente um maior tempo de sobrevivência a eles, mas também de melhor qualidade de vida. O presente estudo trata-se de uma revisão de natureza qualitativa. A coleta de dados foi feita em março de 2016 a partir da seleção dos artigos usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) qualidade de vida, idosos e doenças crônicas e cruzando-os com a expressão “and” junto a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com tempo de publicação de 2005 a 2014. A partir da análise da literatura, observou-se que as DCNT afetam a qualidade de vida de idosos, nos domínios físicos, psíquicos e sociais. O perfil dos idosos que tiveram a qualidade de vida mais afetados foram indivíduos do sexo feminino, com idades mais avançadas, que moravam sozinhos, que não exerciam nenhum trabalho remunerado, com baixa escolaridade e renda, e com mais de uma DCNT. Os acometidos por HAS, diabetes mellitus, artropatias, doenças do sistema nervoso, cardíaco e mental de modo geral, foram os que tiveram pior qualidade de vida. Além da presença de fatores de risco para DCNT: obesidade, consumo excessivo de álcool e tabagismo.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Idosos e Doenças Crônicas



## INTRODUÇÃO

O Brasil vem sofrendo um rápido e acentuado processo de envelhecimento e de aumento da longevidade populacional. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), estima-se que existam hoje cerca de 21,7 milhões de idosos. Acompanhando esse cenário, ocorrem intensas e contrastantes modificações na evolução das condições de saúde da população, do conjunto de fatores demográficos, econômicos, sociais e de mudanças nutricionais que interferem no padrão de morbimortalidade no país. O aumento da longevidade populacional chama particular atenção por sua ocorrência de modo acelerado, aumentando também a probabilidade de expressão das enfermidades crônicas, que geralmente se manifestam em idades mais avançadas. (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013)

As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde (SCHMIDT et al., 2011)

Nos últimos anos, houve um aumento do interesse pela monitorização do nível de qualidade de vida, pela sua importância como indicador prognóstico de morbidade e mortalidade. A qualidade de vida é reconhecida como um importante indicador de saúde pública, sendo cada vez mais utilizada para controlar o peso da doença em uma população. Entretanto, estudos estabelecem correlação entre baixos níveis de qualidade de vida, doenças crônicas e fatores de risco. (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013)

As doenças crônicas que têm sido muito estudadas por conta da importância da busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida. A avaliação e o acompanhamento dos índices de qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, já que fornecem informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar





os programas de saúde para que implementem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida aos usuários. (AZEVEDO et al., 2013)

Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. Em geral, pode ser influenciada direta e indiretamente por fatores diversos relacionados à doença. (AZEVEDO et al., 2013)

Doenças crônicas tais como transtornos de ansiedade, depressão, insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração, hipertensão arterial, diabetes, enxaqueca, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e doenças osteomusculares estão associadas com a qualidade de vida diminuída. Alguns fatores que influenciam a avaliação da qualidade de vida já são conhecidos, como: sexo; idade, hábitos prejudiciais à saúde, como fumo e consumo de álcool; estado civil e pobreza. Informações sobre a qualidade de vida de um indivíduo podem ser usadas para monitorar o seu processo de tratamento, comparar diferentes estágios da doença e facilitar a tomada de decisão clínica e cuidados em saúde. (AZEVEDO et al., 2013)

As doenças crônicas degenerativas repercutem, no indivíduo portador, em vários domínios de sua vida. Um dos principais fatores é a dor, que pode dificultar a realização de atividades de vida diária e instrumental ou a dor que pode ser desencadeada pelas mesmas. Podem apresentar marcha dificultosa, instabilidade postural e quedas, com aumento do risco de fraturas e consequente imobilismo. Pode haver presença de incontinência urinária e/ou fecal, perdas cognitivas e declínio sensorial. Estes sinais e sintomas diminuem a sensação de bem-estar e qualidade de vida, predispondo os idosos à depressão, isolamento social e diminuição de atividades físicas e recreativas. (FELIPE; ZIMMERMANN, 2011)

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida. (SANTOS; CUNHA, 2014)



Tendo em vista esta temática, o presente estudo se torna relevante na medida em que busca disseminar conhecimentos acerca da qualidade de vida de idosos com doenças crônicas. Deste modo, surgiu o seguinte questionamento: Quais os impactos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na qualidade de vida de idosos? Para responder esta questão, este estudo tem por objetivo conhecer e avaliar os impactos das DCNTs na qualidade de vida de idosos, a partir da análise das publicações científicas compreendidas entre o período de 2005 a 2014, buscando assim, conhecer os principais fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com DCNTs, contribuindo para e sugerindo o desenvolvimento de políticas públicas e ações de educação em saúde voltadas a manutenção e reestabilização da qualidade de vida desses indivíduos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura de natureza qualitativa sobre qualidade de vida de idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no qual busca-se a síntese do conhecimento acerca desta temática, visando apontar as lacunas que carecem de ser preenchidas.

O procedimento para o desenvolvimento da seguinte revisão foi feito inicialmente com a elaboração da questão norteadora, a seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão, além da extração e avaliação dos mesmos.

A coleta de dados foi feita em março de 2016 a partir da seleção dos artigos usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) qualidade de vida, idosos e doenças crônicas e cruzando-os com a expressão “*and*” junto a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no qual gerou um número de sessenta artigos, sendo que apenas dez fizeram parte da amostra, pois retratavam na íntegra sobre essa temática.

Os estudos incluídos na presente revisão de literatura obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: texto completo que tivesse elo com qualidade de vida de idosos com doenças crônicas não transmissíveis; idioma de publicação português; período de publicação compreendido entre 2005 a 2014; tipo de documento sendo artigo; assunto principal qualidade de vida e doenças crônicas; limite idoso



## RESULTADOS

Após feita a leitura dos artigos selecionados segundo os critérios de inclusão, buscou-se identificar e relacionar os conhecimentos e as informações científicas sobre qualidade de vida de idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Observou-se que dentre os dez artigos utilizados, a maioria relata sobre impactos e limitações decorrentes das doenças crônicas na qualidade de vida de idosos, os domínios da qualidade de vida mais afetados, e correlação com as principais doenças crônicas pelas quais os idosos são acometidos.

A qualidade de vida pode ser influenciada por infraestrutura, logística e serviços públicos. Ações como investimento em educação, geração de empregos, acesso a serviços de saúde e programas direcionados para indivíduos com idade avançada são ações diretas que podem proporcionar uma melhor qualidade de vida. Um aspecto relevante a ser evidenciado é que a percepção de qualidade de vida pode ser influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, expectativa e realidade da vida. (OLIVEIRA-CAMPOS et all, 2013)

De acordo com estudo feito por Oliveira-Campos et all (2013) sobre impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida, entre as comorbidades autorreferidas, os indivíduos que relatam a presença de hipertensão arterial apresentaram uma pior qualidade de vida nas dimensões capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental; de doenças reumatológicas nas dimensões capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais; doenças vasculares nas dimensões limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade; de doença cardíaca nas dimensões capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, aspectos sociais; doença renal nas dimensões capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, vitalidade; de doenças psiquiátricas nas dimensões limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e diabetes mellitus na dimensão estado geral de saúde.

Indivíduos com níveis pressóricos alterados têm maior frequência de sintomas de cefaleia, ansiedade, astenia, distúrbios do sono, que os normotensos. Estudos mostram uma associação entre um bom controle da HAS com tratamento e uma melhora da



qualidade de vida. Além dos níveis pressóricos alterados, a obesidade é outro fator de risco que está associado ao domínio capacidade funcional. As condições debilitantes da obesidade, tais como osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos e infertilidade podem alterar a percepção subjetiva do paciente sobre sua saúde física. (OLIVEIRA-CAMPOS et al, 2013)

A partir da análise dos estudos realizados, verificou-se que a presença de alguns fatores de risco para as DCNTs tem associação com pior qualidade de vida. Os níveis pressóricos alterados, a obesidade e o consumo excessivo de álcool estão associados a uma pior saúde física. O tabagismo está associado a uma pior saúde física e mental. A mudança desses hábitos podem, assim, melhorar a qualidade de vida e/ou evitar uma piora da mesma, nos idosos com DCNT.

A capacidade funcional é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para realização de atividades no cotidiano e as condições de saúde, mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo da vida. A funcionalidade na velhice é também influenciada pelo processo de envelhecimento fisiológico, por características de gênero, idade, classe social, renda, escolaridade, condições de saúde, cognição, ambiente, história de vida e por recursos de personalidade. (SANTOS; CUNHA, 2013)

As doenças crônicas apresentaram forte influência na capacidade funcional do idoso. Alves et al (2013) investigaram a influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos, observando que as condições crônicas exerciam significativa influência na dependência funcional e que a doença cardíaca, a doença pulmonar, a hipertensão e a artropatia apresentaram os maiores efeitos.

A capacidade funcional do idoso é um importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas capazes de reduzir os mecanismos que afetam o declínio e a habilidade de o indivíduo para exercer diversas funções básicas cotidianas. Por outro lado, a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas. (SANTOS; CUNHA, 2013)



Indivíduos do sexo feminino, que não exerciam nenhum tipo de trabalho remunerado, com baixa escolaridade e renda, que moravam sozinhos, que não praticavam nenhuma atividade física, e com predominâncias das doenças crônicas hipertensão e diabetes, apresentaram menor capacidade funcional, de acordo com o estudo de Santos e Cunha (2013)

No estudo de Azevedo et all (2013) no que se refere a doenças crônicas e qualidade de vida, pessoas com doenças do sistema nervoso tiveram médias inferiores nos domínios aspecto físico, em que estão incorporadas as facetas, atividades da vida diária, dependência de substâncias medicinais e ajuda médica, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso e capacidade de trabalho; psicológico, em que estão incluídas imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e positivos, autoestima, espiritualidade/religião/crenças pessoais e pensamento, aprendizagem, memória e concentração; e relações sociais, em que estão incluídas nas facetas as relações pessoais, apoio social e atividade sexual, psicológico e relações sociais. No domínio ambiente, em que estão incluídas as facetas recursos financeiros, segurança, liberdade e segurança física, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade do ambiente doméstico, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/ clima) e transporte, as médias foram menores em indivíduos com doenças mentais.

O estudo encontrou que, na amostra analisada, a percepção da qualidade de vida foi inferior em mulheres; pessoas mais velhas, de classe social baixa, que não viviam com companheiro e com alguma doença crônica. Em todos os domínios da qualidade de vida, as médias mais baixas foram em pacientes com doenças do sistema nervoso, exceto no domínio ambiente, que foi em pacientes com doenças mentais. (AZEVEDO et all, 2013)

As pessoas que sofrem de diferentes doenças crônicas têm de aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, uma vez que a doença exige adaptação do paciente e dos familiares em diferentes aspectos da vida, e geralmente tais mudanças se desdobram com o tempo. Esse ajustamento implica, possivelmente, uma marcada diminuição da qualidade de vida. Os sujeitos que não viviam com companheiro(a) também tiveram percepções de qualidade de vida inferior. Pode-se depreender que a falta de um parceiro pode estar relacionada a sentimentos de solidão e de isolamento e, portanto, a menor bem-



estar. Pessoas que vivem com companheiro dispõem de maior suporte (familiar/ social). (AZEVEDO et all, 2013)

No estudo de Felipe e Zimmermann (2011) sobre doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos, entre os diagnósticos encontrados, destaca-se a presença de osteoartrose, em quase 60% da amostra, uma das doenças crônicas mais prevalentes, de maior impacto sobre a qualidade de vida, com custos sociais e econômicos relevantes. As queixas envolvem dor, incapacidade nas atividades de vida diária e instrumental, rigidez e fadiga. Verificou-se que a HAS, em associação ao diabetes mellitus, afeta mais a qualidade de vida dos indivíduos do que os somente com diabetes, embora hipertensos tenham escalas inferiores em qualidade de vida decorrente dos efeitos adversos das drogas utilizadas em seu tratamento.

Um estudo realizado por Santos et all (2008), sobre o impacto da tontura na qualidade de vida de idosos com vestibulopatia crônica, evidencia que as quedas e o comprometimento na realização das atividades diárias, decorrentes da patologia, afetam a qualidade de vida de idosos portadores vestibulopatia crônica. As quedas podem determinar complicações que alteram a qualidade de vida dos idosos, já que apresentam impactos negativos para o idoso como morbidade importante, mortalidade, deteriorização funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde.

Cita-se ainda que pior qualidade de vida também foi encontrada por Ribeiro et al. (2008) em idosos que caíram no último ano, quando comparados aos que não sofreram quedas neste período, sendo mais evidente no domínio psicológico. O aumento da dependência dos idosos, sentimentos negativos, alterações na memória e concentração, baixa autoestima e alterações na imagem corporal poderiam justificar estes achados, indicando que o desempenho das atividades profissionais, domésticas, sociais e de lazer e também tarefas como, caminhar com auxílio e dificuldade para andar pela casa no escuro, pode aumentar o risco de aparecimento ou piora da tontura, tornando-se mais difícil para idosos com alteração vestibular. E ainda, a realização destas atividades é mais prejudicada nos idosos que sentem tontura de maior intensidade, ou seja, reforçando o caráter restritivo funcional da tontura intensa nessa população.

Um outro fator que influencia na qualidade de vida de idosos com DCNT, encontrado a partir da análise de literaturas, é a qualidade de vida dos cuidadores. Em comparação à



população geral, cuidadores de portadores de doença crônica apresentam significativamente mais sintomas de distúrbios do humor como ansiedade e depressão e maiores níveis de estresse. (FERREIRA et al, 2012) Desse modo a relação entre cuidador-doente é prejudicada, podendo haver um menor nível de tolerância em relação às limitações e dependência do idoso com doença crônica por parte do cuidador, e consequente intensificação dos sentimentos de incapacidade, dependência e sofrimento psíquico do idoso com DCNT, afetando sua qualidade de vida.

Nos artigos analisados o perfil dos idosos com DCNT que tiveram sua qualidade de vida mais afetados foram: indivíduos do sexo feminino, com idades mais avançadas, que moravam sozinhos, que não exerciam nenhum trabalho remunerado, com baixa escolaridade e renda, e com mais de uma DCNT. Os acometidos por HAS, diabetes mellitus, artropatias, doenças do sistema nervoso, cardíaco e mental de modo geral, foram os que tiveram pior qualidade de vida. Além da presença de fatores de risco para DCNT, como: obesidade, consumo excessivo de álcool e tabagismo. Os principais domínios observados eram físicos, psíquicos e sociais.

## **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. E as políticas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde devem o ser também, para assim possibilitar ao idoso bem-estar e qualidade de vida. O envelhecimento saudável é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. O bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre estas dimensões sem, necessariamente, significar ausência de problemas nelas. (FELIPE; ZIMMERMANN, 2011)

Diante dos resultados encontrados, sugere-se o desenvolvimento de políticas públicas e ações de educação em saúde que incentivem os idosos com DCNT a terem hábitos saudáveis, de modo a evitar fatores de risco que afetam a qualidade de vida, como: obesidade, níveis pressóricos alterados, consumo excessivo de álcool e tabagismo.

Incentivar o acolhimento do idoso seja por parte da família do mesmo, caso o tenha ou por instituições com esse fim, considerando que os estudos apontam que idosos que



moram sozinhos tem pior qualidade de vida; atividades de cultura, lazer, e que desenvolvam a capacidade funcional desses indivíduos, diminuindo e/ou retardando a dependência de cuidados; e adaptação dos ambientes de vivência dos idosos de acordo com suas limitações físicas, psíquicas e sociais.

Ressalta-se ainda a importância políticas públicas e ações de educação em saúde voltadas não somente para os idosos com DCNT, mas também à qualidade de vida dos seus cuidadores, que, como já citado, reflete na qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo tem sua relevância por permitir conhecer e avaliar em que e em quais níveis as DCNTs afetam a qualidade de vida de idosos de modo a nortear e incentivar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a manutenção ou reestabilização da qualidade de vida de idosos com DCNT.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C.; LEITE, L.C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, 2010.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set 2013, p. 1774-1782.
- FELIPE, L. K.; ZIMMERMANN, A. Doenças Crônicas Degenerativas Em Idosos: Dados Fisioterapêuticos. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 3, jul./set., 2011, p.221-227.
- FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, 2012, p. 278-84.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2012.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013.
- RIBEIRO, et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008, p.1265-1273.
- SANTOS, et al. Impacto da tontura na qualidade de vida de idosos com vestibulopatia crônica. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 22, n. 4, out-dez 2010, p. 427-32.
- SANTOS, G.S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos para o Desempenho das Atividades Instrumentais da Vida Diária: Um Estudo na Atenção Básica em Saúde. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 820-828, set/dez 2013.
- SANTOS, G.S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação Da Qualidade De Vida De Mulheres Idosas Na Comunidade. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, São Paulo, v. 4, n. 2, maio/ago 2014, p. 1135-1145
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, out-dez 2011, p. 421-423.





## RELATO DE EXPERIÊNCIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

*Karine Rafaela de Moura<sup>1</sup>, Eriândia Maria Silva Sousa<sup>1</sup>, Lays Pereira dos Santos<sup>1</sup>, Kelvane Maria Macedo de Sousa<sup>1</sup>, Mayara Santana Miranda<sup>1</sup>, Gerdane Celene Nunes Carvalho<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí

### RESUMO

Em meio às mudanças no mundo contemporâneo, associados ao aumento da expectativa de vida da população, a saúde do idoso vem ganhando destaque, tornando-se necessário rever a assistência de enfermagem voltada para o idoso intitucionalizado. Diante disso, este estudo tem como objetivo relatar experiências acadêmicas de alunas de graduação de enfermagem vivenciadas durante o período de estágio em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), identificando os cuidados prestados para idosos e comparando-os com os cuidados preconizados pelas legislações vigentes. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, realizada no dia 15 e 16 de outubro de 2015 em uma ILPI localizada no município de Picos, Piauí, subsidiado pelas aulas práticas de campo da disciplina Saúde do Idoso, da grade curricular do curso de bacharelado em enfermagem. A partir da interação com os idosos da instituição e os funcionários, foi possível observar os cuidados oferecidos a estes e as dificuldades na assistência de enfermagem, levando a reflexão que o enfermeiro não deve restringir o cuidado em uma abordagem biomédica e voltada para a satisfação das necessidades humanas básicas, é importante que o profissional esteja capacitado para oferecer uma assistência de qualidade aos idosos intitucionalizados. É imperativo que o enfermeiro estimule à preservação da autonomia e independência do idoso, apesar das suas fragilidades e limitações, visto que o conceito de saúde do idoso está mais ligado a essas características do que a presença ou ausência de doenças orgânicas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Instituição de Longa Permanência. Promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

Em meio às mudanças no mundo contemporâneo, associados ao aumento da expectativa de vida da população, têm sido cada vez mais comuns problemas relacionados à senilidade e ao declínio da capacidade funcional desencadeado pela senescência. No Brasil, essa transição demográfica se deve a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012).

De acordo com o último censo demográfico brasileiro, a população com mais de 60 anos era de 20.590.599 milhões, sendo 331.773 mil no estado do Piauí (BRASIL, 2010). Com isso ocorre a mudança do perfil epidemiológico, onde as doenças infectocontagiosas



dão lugar às doenças crônico-degenerativas, que resultam no uso prolongado de serviços de saúde.

Envelhecer implica deparar-se com situações que trazem desafios à vida cotidiana, como limitações físicas e doenças crônico-degenerativas que podem ser menos ou mais acentuadas, dependendo dos hábitos e estilo de vida que o idoso adotou durante sua vida (NUNES et al., 2014). A maioria dos idosos são portadores de doenças que não os limitam na realização de suas Atividades de Vida Diária (AVD). Sendo assim, o foco da saúde do idoso está intimamente ligado com a capacidade de gerir a vida com sua própria decisão e comando, realizando algo com seus próprios meios (MORAES, 2012).

No que concerne aos dispositivos normativos vigentes, a saúde do idoso vem ganhando uma maior ênfase, têm-se a portaria nº 399/2006 que dispõe sobre o Pacto pela saúde, estabelece a saúde do idoso entre as seis prioridades do pacto pela vida e a portaria 2.528/2006, regulamenta sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e enfatiza a promoção do envelhecimento saudável e a importância da abordagem da equipe multiprofissional de saúde que deve ser global e assume que “o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas de vida diária” (BRASIL, 2006, p.2), o que torna um idoso fragilizado.

A fragilidade é uma síndrome clínica que representa um desafio as ILPI (BORGES et al. 2013), o que implica dizer que um idoso frágil está propenso a quedas, incapacidade, hospitalizações e morte. Esta síndrome reforça a importância do enfermeiro estar preparado para realizar uma avaliação efetiva no idoso, o que pode levar a prevenção do desenvolvimento de limitações ou incapacidades (BORGES et al. 2015), tendo em vista que um idoso mesmo que independente, quando institucionalizado, torna-se fragilizado em razão das dificuldades para aceitar as novas condições de vida.

Devido o aumento da expectativa de vida, as reduções na taxa de natalidade e as mudanças nos arranjos familiares aumentam o número de idosos que não dispõem de um cuidador na família quando requerem auxílio direto, assim, surgem as necessidades pelas ILPIs (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015) definidas na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 como moradias coletivas destinadas a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e que necessitem de cuidados prolongados.



Essas instituições devem preservar os direitos de cidadãos e prevenir os riscos de saúde dos idosos que ali residem e funcionar com os padrões mínimos exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade e higiene, garantindo a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção (BRASIL, 2005). Além disso, devem garantir o bem-estar do idoso, promover aumento da resiliência e interação social entre os mesmos, diminuindo a vulnerabilidade (FREITAS, 2010).

Diante do exposto, é de suma importância que o enfermeiro, juntamente com os outros profissionais da equipe multidisciplinar e a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual a ILPI está adscrita, desenvolvam programas educativos, apresentando propostas lúdicas na instituição, promovendo interação social entre os idosos institucionalizados com os idosos da comunidade local, todas essas ações resultam em promoção da saúde dessa população, auxiliando na prevenção da perda das habilidades físicas e mentais.

O enfermeiro como um dos profissionais inseridos na multidisciplinaridade, tem um papel fundamental nessas instituições, já que também atua diretamente com o cuidado do idoso, desenvolvendo atividades por meio do processo de cuidar, com um olhar holístico, voltado para suas necessidades, assim promovendo saúde e prevenindo vulnerabilidades (NUNES et al 2014). De acordo com Ferreira, Bansi e Paschoal (2014), a adaptação de funções, preservação da autonomia e independência do idoso em uma situação nova, desenvolve-se aos poucos conforme a equipe multiprofissional da ILPI permite, isto é, depende da qualificação desses profissionais e do tipo de tratamento que estes idosos irão receber.

A motivação da produção deste estudo se deu a partir da reflexão do papel do enfermeiro nessas instituições. Visto que a prestação dos cuidados de enfermagem aos idosos em instituição de longa permanência tem integrado de forma mais presente o escopo de ações na saúde, torna-se necessário que assim como as políticas públicas de saúde voltem o olhar para estes, o enfermeiro também possa rever suas ações voltadas para os idosos institucionalizados, que não restringem somente a uma abordagem tecnicista, envolvem a promoção e prevenção de agravos a saúde, o que implica uma assistência biopsicossocial.

Diante disso, esse estudo tem por objetivo relatar experiências acadêmicas de alunas de graduação de enfermagem vivenciadas durante o período de estágio em uma



Instituição de Longa Permanência (ILPI), no município de Picos, Piauí, identificando os cuidados prestados para idosos e comparando-os com os cuidados preconizados pelas legislações vigentes.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa (GIL, 2002). Com finalidade de relatar a experiência vivida por acadêmicas de enfermagem. O trabalho foi realizado através de um estágio em uma ILPI, com 41 anos de fundação, localizada no município de Picos, Piauí, Brasil, com capacidade para residir 30 idosos. A experiência foi possibilitada a partir das aulas práticas de campo da disciplina “Saúde do Idoso”, da grade curricular do curso de bacharelado em enfermagem, que ocorreu no dia 15 e 16 de outubro de 2015 com carga horária total de 12 horas.

Tais procedimentos foram acompanhados durante a visita pela técnica de enfermagem da instituição e pela enfermeira orientadora da disciplina, a qual supervisionou e orientou as práticas de cuidado com o idoso, além de se contar com o apoio dos demais funcionários da instituição. O contato com a ILPI deu-se a partir de convênio com a Universidade, possibilitando o aprendizado em conjunto com os professores, graduandos e a equipe profissional.

É importante ressaltar que a instituição consentiu na realização das atividades aqui citadas, e que estas, foram acompanhadas na íntegra pela enfermeira docente.

## **RESULTADOS**

A princípio, as acadêmicas e a docente foram recepcionadas pela técnica de enfermagem, que dirigiram-se até a sala de administração onde foram discutidas as dúvidas expostas pelos estagiários, referentes a infraestrutura, burocracias, financeira e rotina da instituição; qual o papel do enfermeiro e o impacto da prestação de serviços à saúde do idoso, e as principais dificuldades relacionadas aos cuidados de enfermagem ao idoso institucionalizado.

Mediante os questionamentos, a técnica de enfermagem descreveu a estrutura da instituição que é composta por sala de administração onde fica a parte burocrática; sala de enfermagem na qual são armazenados os medicamentos, equipamentos para reabilitação e fisioterapia; refeitório; dormitórios, banheiros e uma ampla área ao ar livre; relatou que a



estrutura do local ainda não era a ideal, entretanto, as reformas mais simples como pinturas e troca de alguma peça que havia quebrado tinham sido realizadas recentemente.

Quanto a rotina da instituição, a técnica informou que pela manhã todos os idosos são higienizados, os que conseguem realizar o autocuidado, são supervisionados e auxiliados, e nos idosos mais debilitados e acamados são realizados o banho no leito, mudanças de decúbito e hidratação da pele para evitar atritos ou úlceras por pressão, em seguida todos direcionam-se ao refeitório para o desjejum e os idosos acamados recebem seu alimento no leito, onde o funcionário irá auxiliá-lo; são administrados os medicamentos; são verificados os sinais vitais e observadas as queixas dos idosos; e ao mesmo tempo os funcionários realizam a limpeza do local.

Quanto às atividades de promoção da saúde, no pátio, eles senta-se nas cadeiras, batem papo, tomam banho de sol. Após o almoço, os idosos descansam no leito e durante a tarde voltam ao pátio. Acrescentou que o ideal era que esses idosos realizassem práticas de atividades físicas acompanhados por um educador físico, entretanto, a ausência de uma equipe multidisciplinar completa e a vulnerabilidade de muitos idosos que ali residem, não permitiam a realização de tal benefício, sendo assim, eles contam com o apoio dos voluntários e alguns familiares dos idosos que promovem eventos com músicas e brincadeiras trazendo assim lazer e distração para estes.

No que se refere ao estado de saúde dos idosos, foi relatado que a maioria dos idosos da instituição encontram-se muito fragilizados, alguns sem realizarem movimentos voluntários, dessa forma, a assistência de enfermagem a esses idosos requerem um maior tempo de cuidado e uma prestação de serviço mais aprofundado, sendo necessária uma quantidade maior de profissionais para atender a demanda da instituição.

No concernente às dificuldades, foi informado que a instituição, muitas vezes, tem que comprar um número elevado de medicamentos, inclusive alguns que são de acesso gratuito, devido as lacunas no apoio por parte das políticas públicas de saúde e a burocracia em cadastrar estes idosos no Programa Farmácia Popular. Um outro entrave refere-se a uma assistência medicalizada e voltada para a satisfação das necessidades humanas básicas, tendo em vista o quadro reduzido de funcionários para prestar cuidados, e que as medidas de prevenção à saúde ficavam em segundo plano, realizadas à medida do possível, conforme recebiam apoio de voluntários, familiares e dos profissionais da ESF. A enfermeira orientadora relatou que a instituição tem como objetivo prestar assistência em saúde, suprimindo as necessidades humanas e manter o ambiente similar ao doméstico, em



seguida reforçou o papel do enfermeiro como cuidador, devendo assistir ao idoso na realização de suas ABVD e visto que a própria PNSPI afirma que “a prevenção e a promoção de saúde (...) não terminam quando se faz 60 anos” (BRASIL, 2006, p. 7), o enfermeiro deve promover saúde. Esta conversa levou as acadêmicas a refletirem sobre os cuidados ofertados naquela instituição, quais seriam os cuidados ideais, e qual impacto trariam para esses idosos.

Após o diálogo, a técnica de enfermagem apresentou as estagiárias aos idosos e ao mesmo tempo falava sucintamente de cada caso, além de explicar a importância da visita das acadêmicas, que era prestar cuidados de enfermagem, realizar anamnese, exame físico, e estabelecer uma escuta ativa com os institucionalizados. Diante da realidade vivenciada nessa ILPI durante as práticas acadêmicas de enfermagem, verificou-se que os cuidados adequados foram prestados aos idosos pelos funcionários da instituição como: higienização, banho no leito em acamados e administração de medicamentos.

Na anamnese, foram relatadas as queixas dos idosos quanto a sua doença como dores, percepção do avanço da doença, novos sintomas, insônia, e ao decorrer desta, verificou-se o nível de percepção do idoso em relação a sua enfermidade, também falaram de suas necessidades espirituais e sobre a falta de seus familiares e amigos.

O exame físico realizado foi céfalo-caudal, no qual se inspecionavam seus sinais. As estagiárias realizaram os cuidados de enfermagem em procedimentos, tais como trocas de curativos de amputação do 2º pododáctilo, bem como medidas de prevenção: mudanças de decúbito para evitar atrito, além disso, promoveu-se hidratação com emolientes e AGE (ácidos graxos essenciais) e verificação dos sinais vitais de todos os idosos.

Em um segundo momento da visita, foi proposta uma interação maior entre os idosos e as acadêmicas, objetivando oferecer-lhes além dos cuidados de saúde, o acolhimento humanizado. Ao indagar a história de vida do idoso, estes contavam entusiasmados sobre sua bagagem cultural, suas vivências e relembavam suas histórias, ficando na maioria das vezes muito emocionados, seus olhos enchiam de vida, algumas histórias deixavam os idosos emocionados e cativavam os discentes, aflorando sentimentos de alegria ou até mesmo de tristeza, ficando assim constatado a carência que esses idosos possuem por falta de amigos e de membros da família. Em contrapartida, outros idosos mostravam-se retraídos e indisponíveis para o diálogo dificultando a escuta ativa.

Ao término das conversas e dos cuidados prestados, vimos à satisfação dos idosos que participaram do diálogo e que pediam as alunas que não esquecem deles, voltando a



fazer uma nova visita, deixando as estagiárias e a docente emocionadas e satisfeitas em ver que o objetivo da atividade proposta foi atingido.

### **DISCUSSÃO**

Na realidade vivenciada, percebeu-se que a falta de recursos materiais e financeiros dificultam a realização de uma assistência de qualidade, bem como a ausência de uma equipe multidisciplinar completa, a falta de apoio dos familiares e voluntários que constituem-se um entrave na prestação de serviços e elaboração de atividades educativas, essenciais para a promoção da saúde, que juntas deveriam prevenir o agravamento da fragilidade e tornar o idoso mais independente e satisfeito com sua nova condição de vida.

Por outro lado, há um esforço dos profissionais da instituição em reverter esse cenário e superar esse modelo de instituição filantrópica, mas para que isso aconteça é preciso a parceria de gestores públicos e de instituições privadas, para que as ILPIs possam receber um maior apoio e de forma concreta, dando a instituição um acesso sem burocracias aos medicamentos disponibilizados gratuitamente.

Outro pre-requisito para otimizar o cuidado é dispor de uma equipe multidisciplinar, sendo necessário, uma equipe de enfermagem que possa atuar de forma integral, visto que o enfermeiro tem ampla importância no restabelecimento da saúde do idoso, refletindo assim, em uma melhora da assistência aos idosos institucionalizados preservando a autonomia e independência destes, promovendo o estímulo à convivência social entre os institucionalizados, funcionários e profissionais de saúde.

Acredita-se que a demanda por ILPI tende a crescer, não só pelo fato do envelhecimento, mas também pelas mudanças nos arranjos familiares (BORGES et al. 2015) e a principal causa desse aumento advém da aceleração do envelhecimento populacional juntamente com a transição epidemiológica que resultam na maior procura dessas instituições.

Desse modo, os profissionais da saúde devem estar aptos a lidar com essas alterações fisiológicas e sociais, como também oferecer uma assistência de qualidade para os idosos institucionalizados, devendo refletir quanto a suas ações e objetivos a serem alcançados em uma ILPI: promover e prevenir agravos à saúde. Depreende-se que não é uma tarefa fácil, entretanto, os profissionais devem ser capacitados para tornar exequível essa mudança social.

### **CONCLUSÃO**



Os principais problemas de uma ILPI estão associados à falta de apoio por parte dos gestores, embora legislações de promoção à saúde do idoso já tenham sido implantadas no País, as mesmas, muitas vezes, não são executadas na prática, tornando difícil a assistência de enfermagem. Cabe às políticas públicas de saúde operacionalizarem as normas, para que em um futuro próximo melhore o cenário das ILPIs no Brasil.

Reportando-se as práticas realizadas com o cuidado dos idosos institucionalizados vivenciados, esta experiência evidenciou no âmbito de IPLI, que é imperativo que o enfermeiro estimule à preservação da autonomia e independência do idoso, apesar das suas fragilidades e limitações, visto que o conceito de saúde possui um contexto amplo e requer uma assistência em saúde, que exige do profissional qualificação e disponibilidade para escuta.

O estágio foi essencial para o crescimento profissional, enriquecimento dos conhecimentos e a humanização no atendimento em saúde, despertando uma visão crítica e humanizada nos estagiários. A aprendizagem da teoria da disciplina é a base para as ações futuras, porém quando complementada à prática em campo, consegue desenvolver no estagiário um olhar holístico e uma abordagem global no atendimento ao idoso, características essenciais ao profissional.

## REFERÊNCIAS

MORAES, E. N.; **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>> acesso em: 06 de mar. de 2016.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,22&cat=-1,-2,8,128&ind=4711>> acesso em: 07 de mar. 2016.

NUNES, J. T. et al. Reflexões sobre os cuidados de enfermagem a idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol. 17 n. 1, p. 355-373, mar. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/sevem/Downloads/21390-54780-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sevem/Downloads/21390-54780-1-SM%20(1).pdf)> Acesso em: 07 de mar. de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006: **Pacto pela Saúde 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)> Acesso em: 06 de mar. de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 2.528, de 19 de outubro de 2006: **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>> Acesso em: 06 de mar. de 2016.





BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de agosto de 2003: **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acesso em: 08 de mar. de 2016.

SALCHER, E. M. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. de M.; Cenários de Instituições de Longa Permanência para Idosos: retrato da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 259-272, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000200259&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200259&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> acesso em 06 mar. 2016.

FREITAS, D. C. de C. V.; Vulnerabilidade e resiliência em idosos institucionalizados. **Revista Kairós**, Caderno Temático; 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3923/2563>> acesso em: 07 de mar de 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Resolução- RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005; **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2005. Disponível em: <[http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/resolucao\\_283\\_idosos.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/resolucao_283_idosos.pdf)> Acesso em: 07 de mar. de 2016.

BORGES, C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm.**, Fortaleza-CE, v. 26, n. 4, p. 318-22; ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a04.pdf>> acesso em: 10 mar. de 2016.

BORGES, C. L. et al. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 381-7; 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a15.pdf>> acesso em: 08 de mar. de 2016.

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P.; Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidados domiciliares e institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, dez. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400911&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400911&script=sci_abstract&tlng=pt)> acesso em: 07 de mar de 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: <[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)> Acesso em: 10 de mar. de 2016.

## Agradecimentos

Aos funcionários e idosos residentes da Instituição de Longa Permanência de Picos.

## VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Samara Gleice de Melo Costa<sup>1</sup>, Lindalva de Moura Rocha<sup>2</sup>, Marina Lacerda Barbosa<sup>2</sup>, Priscila Sousa Claro<sup>2</sup>, Aurítemes Marques e Silva<sup>3</sup>, Julianne Viana Freire Portela<sup>2</sup>*

1Faculdade de Ensino Superior do Piauí/ FAESP

2Universidade Federal do Piauí/CSHNB

3Universidade Norte do Paraná

## RESUMO

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



A longevidade é considerada uma grande conquista social, porém com o aumento da população idosa elevou-se também os índices de violências contra essa parcela da população. Nos últimos anos o Brasil passou a formular uma série de recursos legais para proteção da pessoa idosa contra a violência. Entretanto, apesar da formulação desses suportes legais é perceptível que os índices de violência contra essa parcela da população permanecem a crescer com o passar dos anos. Nesse contexto, o presente trabalho optou-se pelo levantamento bibliográfico de caráter qualitativo em livros, revistas e artigos disponíveis na internet, com o objetivo de caracterizar os principais tipos de violência praticados contra a pessoa idosa no Brasil. Os resultados obtidos com essa pesquisa revelaram que em termos de violência contra as pessoas idosas o Brasil, não se distingue dos demais países do mundo e vêm apresentando índices assustadores especialmente quanto aos aspectos de violência familiar como atos de negligências, extorsões e violência física. Mediante a importância da temática adotada neste trabalho, espera-se que o mesmo sirva para ampliar os conhecimentos acerca da caracterização da violência contra a pessoa idosa no Brasil.

**Palavras - chaves:** Idosos. Violência. Direitos.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é considerado uma conquista social advinda das mudanças políticas sociais que permitiram que a população tivesse a seu dispor uma melhor qualidade de vida, melhores condições de trabalho, previdência social, saneamento básico dentre outros aspectos (IBGE, 2010).

A longevidade traz consigo uma série de questões sociais e culturais visto que, a pessoa idosa traz consigo o aumento susceptibilidade a doenças crônico-degenerativas; isso conseqüentemente requer a necessidade de maior atenção que dependendo a estrutura

sociocultural e intrafamiliares podem estimular atos de violências contra esses indivíduos (BRASIL, 2014).

No Brasil, os índices de violência contra a pessoa idosa têm aumentado conforme a proporção de crescimento dessa parcela da população, porém a atenção das políticas públicas na prevenção e combate a essas práticas desumanas só começaram a discutir sobre tal assunto a pouco mais de duas décadas. Para Dias (2010) a visibilidade em torno dessa problemática se deve, principalmente, pelos movimentos sociais realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas que buscam a garantia dos direitos sociais dessa parcela da população (DIAS, 2010).

No entanto, nos últimos vinte anos o Brasil passou a formular uma série de recursos legais para proteção da pessoa idosa contra a violência. Entretanto, apesar da formulação desses suportes legais é perceptível que os índices de violência contra essa parcela da



população permanecem a crescer com o passar dos anos. Ao tratar das leis existentes no Brasil que aparam a pessoa idosa contra a violência (FLORÊNCIO, 2007).

Nesse contexto, o presente trabalho optou-se pelo levantamento bibliográfico de caráter qualitativo em livros, revistas e artigos disponíveis na internet, com o objetivo de caracterizar os principais tipos de violência praticados contra a pessoa idosa no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Para a realização do estudo optou-se pelo levantamento bibliográfico de caráter qualitativo em livros, revistas e artigos disponíveis na internet. A bibliografia foi embasada em documentos que normatizam os direitos e a proteção das pessoas idosas como a Lei nº 8.842 de janeiro de 1994 que determina a Política Nacional do Idoso, a Constituição Federal de 1988, Estatuto do idoso (2003) e autores como Minayo (2005), Sales (2014), Faleiros (2007) dentre outros documentos e autores que ressaltam sobre a proteção, amparo e dignidade social para as pessoas idosas no Brasil. Tais documentos e autores foram o alicerce para a fundamentação de conceitos básicos sobre essa temática.

## **RESULTADOS**

O envelhecimento da população brasileira é considerado uma conquista social advinda das mudanças políticas sociais que permitiram que a população tivesse a seu dispor uma melhor qualidade de vida, melhores condições de trabalho, previdência social, saneamento básico dentre outros aspectos. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) a população idosa é a que mais tem crescido no Brasil e o número de brasileiros com idade superior a 65 anos tende a quadruplicar até 2060 (IBGE, 2010).

Esse fenômeno é apontado pelo IBGE (2010) como resultado das mudanças no comportamento social que reduziu consideravelmente que a tendência entre as mulheres brasileiras tem sido a redução da natalidade e com as melhorias políticas sociais passa-se a considerar pessoas ativas para o mercado de trabalho as pessoas 15 a 64 anos. Mediante essa pesquisa evidencia-se que a população jovem tende a reduzir cada vez mais enquanto que a população idosa está crescendo assustadoramente (IBGE, 2010).



De acordo com Cavalcante (2011) a prevalência da longevidade das mulheres sobre os homens já vem acontecendo ao longo dos censos demográficos brasileiros; os dados do IBGE vêm mostrando ano após anos essa realidade. Esse fator do crescimento populacional idoso advém das conquistas sociais e políticas dos brasileiros e a questão da prevalência do sexo feminino sobre o sexo masculino se deve ao fato de que, apesar de nascerem mais homens, como as mortalidades dos homens são superiores à das mulheres ao longo da vida, no final, você tem um contingente maior de mulheres. Dessa forma, entende-se que o envelhecimento da população brasileira é um aspecto positivo mediante as mudanças nas estruturas políticas socioculturais, porém junto com tais mudanças percebe-se que vem sendo acentuados os índices de violência contra as pessoas idosas (BRASIL, 2014).

Segundo Dias (2010), a velhice além de ser considerado um estado sociocultural de um indivíduo de uma determinada época ou sociedade também está associada a certas formas de tratamentos das pessoas para com os idosos. Ainda segundo DIAS (2010), as agressões a pessoa idosa não é um fenômeno novo e a figura sociocultural da velhice tem sido distintamente formulada ao longo dos séculos, porém um fator que merece destaque diz respeito a ideia convergente de que o idoso é um peso e um ser imprestável que atrapalha a vida social. De acordo com Paschoal (2007, p. 11), a “velhice tem sido pensada, quase sempre, como um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso, como se nessa etapa da vida deixasse de existir o potencial de desenvolvimento humano”. Para o autor a sociedade desde os primórdios tem deixado prevalecer o estereótipo de que velhice é a etapa da vida humana da não produtividade onde o indivíduo torna-se doente, incapaz, dependente, demente, rabugento, impotente, ou seja, na velhice as pessoas param de produzir e se torna um

problema, uma carga para a sociedade

A longevidade traz consigo uma série de questões sociais e culturais visto que, a pessoa idosa traz consigo o aumento susceptibilidade a doenças crônico-degenerativas; isso conseqüentemente requer a necessidade de maior atenção que dependendo a estrutura sociocultural e intrafamiliares podem estimular atos de violências contra esses indivíduos (BRASIL, 2014).

As agressões contra a pessoa idosa pode variar em grau e intensidade, esse tipo de violência em todos os países e requer atenção e mudanças comportamentais, pois a tendência de todo o planeta é que o número de idosos sobre a população jovem cresça ainda mais. De acordo com Elsner, Pavan e Guedes (2007) as previsões sobre o aumento



da população idosa é que em 2025 existirão em todo o planeta 1,2 bilhões de pessoas idosas e o Brasil dentro desta projeção ocupará a sexta posição mundial com a estimativa de 34 milhões de idosos com idade superior a 60 anos.

De acordo com Araneda (2007), as razões pelas quais as pessoas idosas sofrem violência frequentemente estão associadas à fragilidade das relações familiares, o autor destaca também que as pessoas responsáveis pelos cuidados com os idosos são psicologicamente fragilizadas e requerem maior atenção e um trabalho em equipe. A questão em pauta não é que se justifique a ação de violência de uma pessoa que cuida do idoso, porém para o autor, uma ação multifuncional das mais diversas esferas sócias em torno do idoso podem prevenir os atos de violência.

Percebe-se que a complexidade em torno de gerir ações para conter a violência contra a pessoa idosa começa desde o processo de definição de seus termos, muitos autores como Dias (2010), Sales (2014), Mercadante (2007) são unânimes em afirmar que muitos casos de agressão passam por despercebidos perante a sociedade e o governo.

As circunstâncias supracitadas segundo Queiroz (2007) permitem uma ideia mais clara das pessoas que podem eventualmente vir a sofrer violência, o autor ressalta ainda que diante desses fatores tanto os profissionais das mais diversas áreas de atuação junto com a comunidade podem agir de forma conjunta para que identifiquem os sinais de riscos e exerçam o controle sociocultural para que os aspectos relativos a violências não venham a acontecer, esse mesmo autor ressalta ainda que é imprescindível que se faça um apoio aos profissionais que lidam os idosos e não promover uma "caça às bruxas".

No Brasil, os índices de violência contra a pessoa idosa têm aumentado conforme a proporção de crescimento dessa parcela da população, porém a atenção das políticas públicas

na prevenção e combate a essas práticas desumanas só começaram a discutir sobre tal assunto a pouco mais de duas décadas. Para Dias (2010) a visibilidade em torno dessa problemática se deve, principalmente, pelos movimentos sociais realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas que buscam a garantia dos direitos sociais dessa parcela da população. Os dados sobre os índices de violência contra a pessoa idosa no Brasil são alarmantes, as causas das mortes dessa parcela da população são diversas, mas o comprometimento desses óbitos por sequelas da violência tem crescido com o passar dos anos. Brasil (2014, p. 45) destaca-se que entre os anos de 1996 para 2011 as mortes por causas externas, ou seja, por violência contra a pessoa idosa está crescendo. Esse



documento destaca que no ano de 2011 “morreram 24.669 pessoas idosas por acidentes e violências no país, significando por dia 68 óbitos. Os homens foram 15.342 (62,2%) e as mulheres 9.325 (37,8%)”.

De acordo com Souza (2015) recentemente os dados sobre a violência contra as pessoas idosas foram atualizados e em novembro de 2014, durante o seminário Políticas Públicas de Combate à Violência Contra a Pessoa Idosa realizado no Distrito Federal, revelou que os maiores índices de violência contra as pessoas idosas acontecem dentro dos ambientes familiares e são praticados pelos filhos ocasionado cerca de 60% e as mulheres são as maiores vítimas com cerca de 64% dos casos. A autora destaca ainda que faixa etária mais atingida compreende a idade de 60 aos 69 anos o que corresponde a 38% dos casos. Para Pessoa (2010) a família constitui a fonte primária das experiências sociais do ser humano e nela o indivíduo tende a aprender sobre o respeito por si próprio e pelos outros. Neste sentido, para o autor, é difícil compreender os motivos os motivos que levam as condutas agressivas a pessoa idosa dentro do contexto familiar. Esse autor enfatiza ainda que com o avanço da idade e a aposentadoria as extensões sociais da pessoa idosa se reduz e a família passa a ser o porto seguro da pessoa idosa.

Ao abordar sobre o conceito de família na contemporaneidade Quintas (2010, p. 122) afirma que essa instituição social primária do ser humano é baseada nas relações interpessoais, nas perdas e ganhos com a distribuição de poder de cada membro, no estabelecimento de papéis, códigos, simbologias para as atitudes e relações. Neste sentido cabe destacar o conceito de violência familiar segundo o Ministério da Saúde (2001) quando diz que a mesma é toda ação ou supressão que intervenha, na integridade física, psicológica, na liberdade e no direito ao desenvolvimento social e humano de qualquer membro de uma família.

Nos estudos sobre a violência contra a pessoa idosa e a contextualização familiar a autora Minayo (2005) destaca que esse tipo de violência constitui em um problema de âmbito mundial, a autora destaca que dois terços das agressões contra as pessoas idosas no planeta são praticadas por algum membro da família. Assim constata-se que no espaço familiar é ocorrem a maioria das formas de violência contra o idoso, e na maioria dos casos, pela fragilidade da vítima e devido às mudanças ocorridas ao longo dos anos na estrutura sócio-familiar, diante dessa realidade, a maior parte dos casos é mantida em sigilo pela família. No âmbito familiar Florêncio (2007) ressalta que o que mais influencia a violência contra a pessoa idosa é o grau de dependência desse indivíduo para com seus parentes e



esse risco se acentua ainda mais por dois motivos que é quando o idoso é a única fonte de recurso da família ou este se apresenta doente com total dependência física.

Percebe-se que as questões voltadas a organização familiar vem sendo reformulada com novos valores sociais, as famílias apresentam-se cada vez mais distantes em suas relações intrafamiliares, os valores morais estão se modificando e mesmo que seja verídico o fato de que a pessoa idosa sempre sofreu atos de violência podemos observar que as atitudes cada vez mais desumanas tem se acentuado no seio da sociedade em geral e especialmente dentro das famílias onde quem mais sofre com tais atos de violências são as pessoas vulneráveis que são as crianças e as pessoas idosas (FLORÊNCIO, 2007).

De acordo com Alves (2007, p. 03 – 04) “a violência familiar é entendida como uma violência ‘calada’, que muitas vezes é sofrida em silêncio, sendo praticada por filhos (as), netos (as), esposos (as), irmãos, conhecidos ou vizinhos que estejam próximos à vítima”. Tais atos, na maioria das vezes levam a vítima a óbito após longos anos de agressões.

Nos estudos sobre a violência contra a pessoa idosa, uma situação desumana é destacada por Faleiros (2007, p. 05) quando diz que muitas famílias abandonam seus idosos em abrigos ou asilos informando endereços de contatos inexistentes. Sendo assim, por todo o Brasil é possível encontrar tais ambientes repletos de pessoas vulneráveis e entregues a própria sorte.

As questões relativas a proteção a pessoa idosa e a integridade social são referências em algumas leis brasileiras desde a constituição Federal de 1988; esse documento dar ênfase a proteção para a pessoa idosa por meio dos artigos 201 inciso I quando diz que a previdência social fará “cobertura dos eventos de doença, invalidez e idade avançada”. Esse artigo da constituição Federal faz referência a questão de amparo por meio de aposentadoria as pessoas idosas; já no artigo 203 desse mesmo documento é definido um modelo de proteção social configurado como um sistema de seguridade social.

No artigo 203 inciso I da Constituição Federal é ressaltado que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social e tem por objetivos: I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”. Neste aspecto cabe o entendimento de que por meio da Constituição Federal de 1988 a assistência social passou a constituir-se como um direito social e não uma filantropia, além disso, as questões da proteção aos direitos da pessoa idosa passam a ser visto como responsabilidade destes profissionais que tem dentre suas inúmeras incumbências o papel de garantir os direitos sociais dessa parcela da população.



Outros aspectos relevantes são apresentados pela Constituição Federal no capítulo VII do artigo 226 a 230; neste capítulo e em seus respectivos artigos é ressaltado sobre a família, a criança, o adolescente e a pessoa idosa. Em se tratando do respeito à pessoa idosa é destacado a não tolerância para atos de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, além disso, ressalta a importância da família e seu papel quanto à proteção a pessoa idosa.

No tocante a saúde pública brasileira, nos documentos normatizadores, mencionam a necessidade de proteção a pessoa idosa e seus direitos sociais. A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, traz dentre os seus princípios a necessidade de preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Já no ano de 1994 em decorrência aos índices de violência contra as pessoas idosas e por influência dos movimentos sociais em prol da defesa dessas pessoas foi promulgada a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso e criou o Conselho Nacional do Idoso.

A Lei n. 8.842/1994 em se tratando da violência contra a pessoa idosa o inciso VI do artigo 10 dessa lei destaca que na área da justiça o governo deve promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos. Pela primeira vez na história do Brasil houve formulações legais que visaram a proteção da pessoa idosa contra quaisquer tipos de violência.

Essa iniciativa deu-se especialmente pelo crescimento dos índices de violência contra as pessoas idosas em todo o país. A Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência priorizou especialmente ações de conscientização popular e atendimento com reabilitação das pessoas idosas vítimas de violência (FLORÊNCIO, 2007).

Outra ação importante que foi realizada no Brasil para o enfrentamento da violência contra as pessoas idosas foi a criação do Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (PAEVPI) no ano 2002. Esse plano teve por influencia II Plano de Ação para o Envelhecimento realizado em Madri, na Espanha.

O Estatuto do Idoso promulgado em 1º de outubro de 2003 por meio da Lei nº. 10.741, veio inovar nos quesitos de proteção aos direitos das pessoas idosas, pois trouxe vários aparelhos programáticos com maiores esclarecimentos quanto à prevenção e contenção da violência e abusos contra os idosos.





Conforme o exposto a cima percebe-se que tal documento buscou apresentar com clareza o papel da família e do Estado para com a proteção e os cuidados para com as pessoas idosas e ressalta o papel da sociedade em geral quanto à necessidade de se atentar para quaisquer tipo de violação dos direitos sociais dessa parcela da população, sendo assim, conforme o Estatuto do Idoso (2003) a proteção aos direitos básicos desses indivíduos é de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade em geral.

O Estatuto do Idoso, em todo o seu contexto, destaca os direitos fundamentais das pessoas idosas nos mais variados aspectos da vida cotidiana como é o caso dos direitos à vida; à liberdade, ao respeito e à dignidade; aos alimentos; à saúde; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação; e ao transporte (BRASIL, 2003).

Em se tratando dos transportes e dos direitos das pessoas idosas foi promulgado em outubro de 2006 por meio do Decreto nº. 5.934 a gratuidade ou desconto no sistema de transporte coletivo interestadual. A partir dessa lei ficou estabelecido que as pessoas idosas com renda igual ou inferior a dois salários-mínimos serão reservadas duas vagas gratuitas em cada veículo, comboio ferroviário ou embarcação do serviço convencional de transporte interestadual de passageiros.

Outras leis criadas que visaram a proteção das pessoas idosas no Brasil foram: Lei Maria da Penha, Lei n. 11.340/2006, o Decreto nº. 6.214, de 26 de setembro de 2007, que dispôs sobre o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso.

Conforme as leis apresentadas acima, o Brasil nos últimos vinte anos passou a formular uma serie de recursos legais para proteção da pessoa idosa contra a violência. No entanto, apesar da formulação desses suportes legais é perceptível que os índices de violência contra essa parcela da população permanecem a crescer com o passar dos anos. Ao tratar das leis existentes no Brasil que aparam a pessoa idosa contra a violência Florêncio (2007, p.47). Percebe-se, pelo pensamento do autor que a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno que ainda precisa de maiores estudos e especialmente de uma mudança sociocultural por meio da educação para incutir na cabeça da sociedade mais jovem que a velhice não deve ser considerada como sinônimo de algo imprestável (FLORÊNCIO, 2007).

Neste sentido compreende-se que as ações contra a violência com as pessoas idosas precisam ser realizadas de forma conjunta, pois embora existam inúmeros



documentos legais que viabilizam a proteção dessas pessoas percebe-se que no seio da sociedade as práticas de violência continuam a acontecer (FLORÊNCIO, 2007).

Para Brito (2013) quando afirma que a forma como os idosos são tratados com discriminação e violência parte a própria cultura social já enraizada ao longo dos séculos, porém o Estatuto do Idoso vem destacando por meio desses dois artigos que tal atitude comportamental frente às pessoas idosas é crime passível de penalidades.

As demais penalidades destacadas pelo Estatuto do Idoso, Brasil (2003), do artigo 97 ao artigo 107 refere-se as questões de negligências como deixar de prestar assistência ao idoso nas mais variadas situações, abandono, exposição ao perigo quanto a integridade e a saúde, física ou psíquica dessas pessoas, extorsão, violência física dentre outros. As penalidades estabelecidas por este documento variam de detenção por seis meses a quatro anos, multas e até mesmo proibição de exercer qualquer cargo público.

Ao tratar das penalidades jurídicas brasileiras aplicadas as pessoas que executam algum tipo de agressão as pessoas idosas Chaves e Costa (2005) destacam que as pessoas idosas têm como o Ministério Público, a Defensoria, os Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso e as delegacias. Todos esses órgãos segundo os autores estão previsto nos artigos 48 a 51 do Estatuto do Idoso.

No tocante aos maiores índices de violência contra as pessoas idosas acontecerem nos ambientes domésticos, na convivência das pessoas idosas com seus familiares ou cuidadores Gondim (2010) ressalva a necessidade de se criar políticas públicas, que abranja diretrizes e penalidade mais efetivas quanto aos crimes praticados contra as pessoas idosas no âmbito familiar.

A autora ressalta que embora na Lei de nº 8.842/94 que regula a Política Nacional do Idoso bem como no Estatuto do Idoso esteja previsto medidas de proteção para as pessoas com sessenta anos ou mais é necessário um olhar mais atento para o núcleo familiar por meio de uma educação social que mude as ideias contemporâneas sobre a visão preconceituosa quanto à pessoa idosa e mecanismo que detecte com mais eficiência os tipos de violências domésticas.

Mediante o exposto, pode-se afirmar que o poder público brasileiro tem investido em leis e projetos sociais com a intenção de garantir a dignidade da pessoa idosa na convivência social e também familiar, porém pelas pesquisas realizadas anteriormente, no eu concerne a elevação dos índices de violência contra as pessoas idosas, percebe-se que tais intervenções não têm surtido tanto efeito e como é ressaltado por Gondim (2010) existe



uma necessidade de conscientizar os próprios familiares para banir os maus-tratos e abusos dos direitos dos idosos (GONDIM, 2010).

## CONCLUSÃO

A realização dessa pesquisa ancorou-se, especialmente, na necessidade de se abordar os tipos de violências praticadas contra as pessoas idosas no Brasil e, conforme o levantamento feito por documentos oficiais das organizações governamentais e não governamentais que visam a proteção e a integridade dos idosos neste país percebeu-se que, as políticas sociais adotadas pelo Manual de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa, Brasil (2014), Constituição Federal de 1988, pela Secretaria Nacional De Promoção Defesa Dos Direitos Humanos (2011), Estatuto do Idoso, Brasil (2003) dentre outras organizações públicas e privadas, no Brasil, não vem garantindo a plenitude dos direitos sociais das pessoas idosas incluindo a proteção contra abusos e outros tipos de violações dos direitos humanos. Portanto, reconhecendo a importância da temática adotada neste trabalho, espera-se que o mesmo sirva para ampliar os conhecimentos acerca da caracterização da violência contra a pessoa idosa no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Alice Gonçala Ferreira de Azevedo. **Segredos de família**: considerações sobre os casos de violência contra a pessoa idosa. 2007. Disponível em: [mpdft.gov.br/senss/anexos/Anexo\\_7.17\\_-\\_Alice\\_Alves.pdf](http://mpdft.gov.br/senss/anexos/Anexo_7.17_-_Alice_Alves.pdf). Acesso em 18 de janeiro de 2013.
- ARANEDA, Nelson García. Violência contra pessoas idosas: uma realidade oculta. In: São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. P. 21-36.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. \_\_\_\_\_ . Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: **manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014. \_\_\_\_\_ . Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. \_\_\_\_\_ . **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 56/2007 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. – 29ª Ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008. \_\_\_\_\_ . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994**. 1ª edição. – Brasília. Reimpresso em maio de 2010. \_\_\_\_\_ . Presidência da República. Casa Civil.



Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 5.934, de 18 de outubro de 2006.** Estabelece mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação do disposto no art. 40 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), e dá outras providências. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.** Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 5.934, de 18 de outubro de 2006.** Estabelece mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação do disposto no art. 40 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), e dá outras providências. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994.** 1ª edição. – Brasília. Reimpresso em maio de 2010. BRITO, Thais. Brasil terá 32 milhões de idosos, aponta estudo do IBGE. *Jornal o Povo online*, 2013. Disponível em <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2013/09/28/noticiasjornalcotidiano,3137628/brasil-tera-32-milhoes-de-idosos-aponta-estudo-do-ibge.shtml>>. Acessado em 20 de agosto de 2015.

CAVALCANTE, Talita. Em dez anos, população feminina superou a masculina em 4 milhões. Agência Brasil: Empresa de comunicação. 2011. Disponível em <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-04-29/em-dez-anos-populacao-feminina-superou-masculina-em-4-milhoes>>. Acessado em 20 de agosto de 2015.

CHAVES, P. G. S; COSTA, P. L. **Violência doméstica contra o idoso também é assunto de polícia.** *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, Pará, v.13, n. 53, p. 344-356. mar/abr. 2005. DIAS, Isabel. **Envelhecimento e violência contra idosos**, 2010. Disponível em <<er.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>>. Acessado em 19 de agosto de 2015. ELSNER, V. R.; PAVAN, F.; GUEDES, J. M. **Violência contra o Idoso: Ignorar ou atuar?** RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n.2, 2007, p. 46-54.

FLORENCIO, M. V.L.; FERREIRA, Filha M.O.; SÁ, L. D. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>>. Acessado em 19 de agosto de 2015.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília: Universa, 2007. 394 p.

GONDIM, Lillian Virgínia Carneiro. **Violência Intrafamiliar Contra O Idoso: uma preocupação social e jurídica**, 2010. Disponível em <[http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/edi002\\_2011/artigos/04-Violencia.Intrafamiliar.Contra.o.Idoso.pdf](http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/edi002_2011/artigos/04-Violencia.Intrafamiliar.Contra.o.Idoso.pdf)>. Acessado em 26 de agosto de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – (IBGE). **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010.** Disponível em <



<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010>>. Acessado em 10 de agosto de 2015.

MERCADANTE, Elisabeth Frohlich. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. P. 16-17.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra os idosos: O avesso do respeito á experiência e à sabedoria.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2º edição, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores.** Canadá, 2002. Disponível em <[http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf) >Acessado em 20 de agosto de 2015.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Envelhecer com Dignidade, um Direito Humano Fundamental. In: São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. P. 10-15.

PESSÔA, Elisângela Maia. **Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul.**/Elisângela Maia Pessôa. – Porto Alegre, 2010. 243 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. Disponível em <<tede2.pucrs.br:8080/tede2/handle/tede/460>>. Acessado em 27 de agosto de 2015. QUEIROZ, Zally P.V. Quem cuida de quem cuida? In: São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. P. 21-36.

QUINTAS, Mariana Lisciotta. **Violência contra o idoso no ambiente familiar.** Rev Enferm UNISA 2010; vol 11. P. 120- 124.

SALES, Diane Sousa Et al. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. Revista Envelhecer. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/download/36910/31001>>. Acessado em 19 de agosto de 2015 as 16:00.

SOUZA, Elane. Violência contra os idosos: dos crimes e das penas. 2015. Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3Hleqt2xxcoJ:lanyy.iusbrasil.com.br/artigos/167858152/disque-100-violencia-contra-os-idosos-dos-crimes-e-das-penas+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acessado em 26 de agosto de 2015.

## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Dayane Dayse de Melo Costa<sup>1</sup>, Lindalva de Moura Rocha<sup>1</sup>, Maria Rosiane de Moura<sup>1</sup>, Antônio Carlos Gonçalves de Carvalho<sup>1</sup>, Adolfo Pinheiro de Oliveira<sup>1</sup>, Julianne Viana Freire Portela<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### RESUMO

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



O envelhecimento populacional em países em desenvolvimento ocorre devido à queda nos coeficientes de mortalidade aliado ao aumento da expectativa de vida do indivíduo, resultante da transição demográfica e epidemiológica. Levando-se em conta o aumento progressivo no número de pessoas acima de 60 anos, a relevância em conhecer a situação de saúde e os elementos nutricionais envolvidos na gênese da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), decidiu-se então, analisar estudos e dados que abordassem o perfil epidemiológico e nutricional de idosos acometidos pela hipertensão. Para a realização do estudo optou-se pelo levantamento bibliográfico, realizada entre novembro e dezembro de 2014, no qual realizou-se uma consulta a livros, artigos e periódicos disponíveis no banco de dados do scielo e da bireme, a partir das fontes Medline. Os resultados obtidos com essa pesquisa revelaram que o aumento da expectativa de vida da população ao longo do tempo promove também uma transição epidemiológica e como também nutricional. É que dessa forma o acompanhamento nutricional funciona como uma medida preventiva, sendo de fundamental importância, servindo assim de subsídio para o planejamento de estratégias eficazes para intervenção e monitoramento do estado de saúde dos indivíduos idosos.

**Palavras-chave:** Idoso. Epidemiologia. Doenças Cardiovasculares.

## INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais esta crescendo de forma desordenada quando comparada com as outras faixas de idade, tal situação é decorrente da transição demográfica irreversível no qual se tem a diminuição da taxa de fertilidade e conseqüentemente há uma elevação do número de pessoas idosas (SILVA et al., 2013).

Os dados apontam que atualmente tem-se 810 milhões de idosos no mundo e 64% vivem em regiões menos desenvolvidas e, as estimativas revelam que para o ano 2025, existirão aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Os dados são mais alarmantes ao fazer uma previsão para o ano de 2050 no qual o número de pessoas idosas serão em torno de 2 bilhões, e aproximadamente 80% destes estarão em regiões menos desenvolvidas de acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2012), (BRASIL, 2012).

As transformações demográficas, epidemiológicas e nutricionais são responsáveis pelas mudanças ocorridas no processo saúde-adoecimento desta população, causando grande impacto no padrão alimentar e nutricional, de atividade física com a presença marcante do sedentarismo, corroborando para o surgimento e a instalação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)(GARCIA et al., 2011).

As DCNT há mais de 40 anos, são responsáveis e lideram as causas de óbito no Mundo e Brasil. Destas a HAS é a que mais se destaca, apresentando aproximadamente 7,1 milhões de mortes por ano no mundo, por se tratar de uma condição



clínica multifatorial caracterizada por elevados níveis de pressão arterial, estando amplamente associada às alterações funcionais e/ou estruturais nos órgãos- alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento significativo do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BORBA e MUNIZ, 2011).

Entre os idosos a hipertensão é altamente prevalente, acometendo de 50% à 70% da população nesta faixa etária, mas, quando adequadamente controlada reduz significativamente as limitações funcionais nos idosos (MARTINS et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), no mundo são 600 milhões de hipertensos, e no Brasil, estima-se que a prevalência seja de 35% da população com 40 anos ou mais de idade, o que daria em torno de 21 milhões de brasileiros (BRASIL, 2011). Desta forma, o diagnóstico correto, a persistência dos pacientes ao tratamento, a adoção de hábitos cotidianos saudáveis, o cumprimento rigorosos da prescrição de medicamentos, a garantia ao acesso atendimento médico e medicamentoso e os avanços no conhecimento e evolução na terapêutica são elementos imprescindíveis para a redução da morbimortalidade cardiovascular e aumento da expectativa de vida da população (BASTOS-BARBOSA, 2012; CARVALHO et al., 2013; GARCIA et al., 2011; ROMERO et al., 2010). Pesquisas científicas identificaram através de estudos prospectivos e transversais, que um dos principais fatores associados a HAS, independente da idade é o excesso de gordura corporal, identificada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é uma medida internacional utilizada para avaliar o nível de gordura, sendo um preditor para a obesidade (MUNARETTI et al., 2011).

Neste contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações no estilo de vida, e alimentação, fundamentais na terapêutica e prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013).

Levando- se em conta o aumento progressivo no número de pessoas acima de 60 anos, a relevância em conhecer a situação de saúde e os elementos nutricionais envolvidos na gênese da HAS, decidiu- se então, analisar estudos e dados que abordassem o perfil epidemiológico e nutricional de idosos acometidos pela hipertensão. Tendo em vista que essa doença crônica expressa um dos grandes desafios enfrentados pela Saúde Pública.

## **METODOLOGIA**



O estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica, baseada em análise qualitativa e quantitativa acerca do envelhecimento e o surgimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Foram selecionados para esta revisão 32 artigos, consultados nas bases de dados Medline, Pubmed, Lilacs, SciELO, Biblioteca Virtual de Saúde, Periódicos do CAPES, entre os anos de 2002 a 2014, para a elaboração do presente trabalho foi utilizado como critérios de inclusão, artigos que abordassem conceitos e termos tanto relacionados ao envelhecimento populacional, quanto as alterações nutricionais sofridas pela população idosas, como também dados relacionados ao acompanhamento prestado a essa população pelo Hiperdia.

## **RESULTADOS**

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo as pessoas acima de 60 anos, considerada como definidora do início da velhice, sendo este, um processo natural e irreversível (BRASIL, 2010).

Segundo projeções populacionais da ONU o processo de transição, a participação de pessoas com sessenta anos ou mais passou de 8% da população mundial em 1950 para 11% em 2010 e, segundo essas mesmas estimativas em 2030 será de 17% e de 22% em 2050. Analisando por região, a participação de pessoas acima de 60 anos na população total por região, em 2050, chegará a quase 34% da população na Europa (maior percentual entre as regiões) e a apenas 10% na África (menor percentual) (ONU, 2010).

A transição demográfica é um fator preponderante para o envelhecimento populacional ocorre em todas as regiões do mundo, em países com vários níveis de desenvolvimento. Sua progressão acentua-se principalmente em países em desenvolvimento, fator este, decorrente do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, que aliados aos avanços tecnológicos e científicos, possibilitam um aumento na expectativa de vida. Entretanto, cada pessoa pode sofrer influências de outros fatores associados ao gênero, raça, moradia, condições sociais e econômicas, região geográfica de moradia, dentre outros (CHAIMOWICZ, 2013).

Estimativas apontam que entre os anos de 2010 e 2015, a expectativa de vida ao nascer passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 nos países em desenvolvimento. Já de 2045 a 2050, os recém-nascidos poderão esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento. É possível que em





2050 o número de pessoas idosas no mundo poderá alcançar dois bilhões de indivíduos, em média, de uma para cinco em todo o mundo (TANNURE, 2010).

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional está ocorrendo em ritmo acelerado, atingindo um percentual de aproximadamente 18 milhões de pessoas (LISBOA e CHIANKA, 2012). A elevação do número de pessoas idosas (indivíduos com 60 anos ou mais) estimula o aumento na demanda dos serviços de atenção básica à saúde, especialmente pelo fato desta população apresentar elevado número de doenças crônico-degenerativas que necessitam de acompanhamento, induzindo adequações nas políticas de saúde, previdenciárias e de assistência social (BENEDITTI, 2012).

O processo de envelhecimento é marcado por uma série de alterações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que repercutem diretamente no estado nutricional desses indivíduos. Em geral, idosos tendem a apresentar um acentuado declínio no peso e estatura devido a osteoporose, osteopenia e achatamento dos espaços intervertebrais, bem como uma progressiva redistribuição da gordura corporal, com diminuição de massa muscular nos membros superiores e inferiores, e acúmulo de gordura visceral na região intra-abdominal, refletindo alterações nas variáveis antropométricas. (NASCIMENTO et al, 2011). O estado nutricional do idoso sofre interferência de diversos fatores, sobretudo, a presença de uma gama de patologias que trazem consigo a necessidade do uso de medicamentos que provocam, dentre outros, o sedentarismo e a diminuição da sensibilidade gustativa e absorvitiva, aos quais prejudicam a manutenção de um estado nutricional adequado, amplamente refletido na prevalência de desnutrição, sobrepeso e obesidade (ALVARENGA et al, 2010).

A avaliação nutricional possibilita através de seus vários instrumentos de coleta de dados, o diagnóstico e classificação de indivíduos com risco aumentado de desenvolver complicações relacionadas ao estado nutricional, servindo de subsídio para o planejamento de estratégias eficazes -para intervenção e monitoramento do estado de saúde (MORETTO et al, 2012).

As medidas antropométricas (peso, estatura, circunferências de cintura e quadril), dentre tantos instrumentos é a que mais se destaca, por ser um método simples e de boa predição para doenças futuras, pouco oneroso, não invasivo e de grande utilidade para avaliação da composição corporal. Para o diagnóstico e acompanhamento nutricional da classe geriátrica, a Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN utiliza como critério prioritário de classificação o Índice de Massa Corporal (IMC), que serve como indicador para



adiposidade geral, embora não consiga distinguir se o excesso de peso é proveniente de gordura ou massa muscular (BRASIL, 2011).

De acordo com o relatório do Estado nutricional dos idosos, pertencentes a ambos os sexos, acompanhados pelo SISVAN no período 2015, de acordo com a abrangência nacional, apresentou um percentual de IMC aproximadamente de 16% para indivíduos com baixo peso, 38% para aqueles que apresentavam um estado nutricional adequado ou eutrófico e 46% para aqueles que apresentavam sobrepeso, no qual foi a grande maioria (SISVAN, 2015). Complementar a este índice, a literatura descreve as circunferências da cintura e quadril, e a relação entre as duas como medida fundamental para detecção de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, como é o caso da hipertensão e diabetes. Ressaltando-se que todos esses parâmetros devem ser analisados cuidadosamente, utilizando pontos de corte diferentes daqueles estabelecidos para adultos, já que os idosos são acometidos por diversas alterações funcionais que refletem principalmente na composição corporal (SANTOS et al, 2010).

De fato, a senescência contribui para uma ingestão alimentar deficiente, mas quando a alimentação ofertada está nutricionalmente adequada e balanceada, é possível atingir-se efeitos promissores na promoção, manutenção e recuperação da saúde de pessoas idosas (MALAFAIA, 2008).

Dentre as doenças cardiovasculares (DCV), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem sido retratada como uma das mais prevalentes na população, cujos riscos aumentam consideravelmente com a idade. Cerca de 40% da população brasileira é portadora desta doença, destes 5 % são representados por crianças e adolescentes e 35% por adultos acima de 40 anos perfazendo um total de aproximadamente 17 milhões de hipertensos no país. Esses números (RIBEIRO, 2012; MARTINS, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência, com evolução lenta e silenciosa, que pode resultar em conseqüências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), cujo diagnóstico é estabelecido a partir das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que reconhece como hipertenso aqueles que apresentarem níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg para a pressão sistólica e diastólica, respectivamente (RABETTI, 2011; PINHO, 2013).

A hipertensão está entre as doenças com maior número de terapias eficazes, farmacológicas e não farmacológicas, cujo plano



terapêutico se baseia no cumprimento rigoroso da prescrição medicamentosa, e na adoção de hábitos de vida saudáveis, tais como alimentação e prática de atividade física. No estando, ainda existe uma baixa adesão ao tratamento, favorecendo, o surgimento de outros agravos, como por exemplo, lesões em órgãos- alvo, representando um substancial problema de saúde pública (ROMERO, 2010; MASSIERER, 2012). Estudos salientam que aproximadamente 17,6% das internações que acontecem anualmente são em decorrência de problemas associados a hipertensão, onerando gastos expressivos para o Sistema Único de Saúde (SUS)(CARVALHO, 2012). Notadamente, o número de óbitos no Brasil decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis tem crescido de forma assustadora desde as últimas décadas, destacando- se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM). Estima- se que cerca de 70% desses óbitos poderiam ter sido evitados apenas com simples medidas preventivas e de promoção da saúde (CARVALHO, 2012).

No entanto, vários são os motivos que induzem o paciente a adesão ou não ao tratamento dessas patologias, dentre eles, a disposição para enfrentar a cronicidade da doença, baixa condição socioeconômica que impossibilita a aquisição de medicamentos, além da disponibilidade em comparecer as consultas agendadas periodicamente (ROMERO, 2010).

Com base no exposto, o Ministério da Saúde (MS) detectou a necessidade em adotar medidas que fossem capazes de identificar, prevenir e acompanhar pacientes diagnosticados com diabetes e hipertensão. Criou- se então, no ano de 2000 o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – Hiperdia, que permite o cadastramento e acompanhamento desses indivíduos em todas as unidades ambulatoriais do SUS (SILVEIRA, 2013).

A base de dados do Sistema Hiperdia é bastante extensa, e oferece ferramentas capazes de realizar um diagnóstico e descrever o perfil epidemiológico dos cadastrados, permitindo o melhor tratamento dessas patologias, através da avaliação e monitoramento do estado nutricional, sendo este fator preponderante para o surgimento de novos agravos, bem como a oferta de informações necessárias para aquisição e distribuição de medicamentos, oferecendo aos gestores, subsídios capazes de desenvolver um planejamento e avaliação de políticas públicas ( LIMA et al, 2011).

## CONCLUSÃO



O envelhecimento caracteriza-se como uma mudança na estrutura etária da população, que por sua vez provoca uma transição demográfica, visto o aumento da expectativa de vida da população ao longo do tempo, que conseqüentemente também proporciona a uma transição epidemiológica e nutricionais, visto que a diminuição progressiva de morte por doenças infectocontagiosas e carências vem dando lugar ao aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a obesidade. Sabendo que o processo de envelhecimento é marcado por uma série de alterações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que repercutem diretamente no estado nutricional desses indivíduos, observa-se que dessa forma o acompanhamento nutricional funciona como uma medida preventiva, sendo de fundamental importância, servindo assim de subsídio para o planejamento de estratégias eficazes para intervenção e monitoramento do estado de saúde dos indivíduos idosos.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. C; FACCENDA, O; AMENDOLA, F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**; v. 44, n. 4, p. 1046-51, 2010.
- ANÇÃO, M. S. et al. **Programa de apoio à nutrição NutWin: versão 1.5**. São Paulo. Departamento de Informática em Saúde, SPDM, UNIFESP/EPM, 2002. 1CD-ROM.
- BASTOS-BARBOSA, R.G. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**; v. 99, n. 1, p. 636/ 641, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Orientações Para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional- SISVAN**. Brasília, DF, 2011. P. 23.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, DF, 2010. P. 11.
- Ministério da Saúde (MS). Fundo de População das Nações Unidas- UNFPA Brasil, 2012. **Envelhecimento do Século XXI: Celebração e Desafio**. Disponível: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/publicacoes/populacao/633-envelhecimento-no-seculo-xxi-celebracao-e-desafio>>. Acesso em: 08 de fevereiro 2014 às 22:23 horas.
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa Idosa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF, p. 20- 22, 2013.
- BENEDITTI, T. R. B; MEURER, S. T; MORINI, S. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 23, n. 1, p. 123-130, 2012.
- BORBA, T. B.; MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema Hiper Dia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n. 1, p. 69/76, jan/mar 2011.
- BUENO, A. L.; CZEPIELEWSKI, M. A. O recordatório de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. **Rev. Nutr.** v. 23, n. 1, pp. 65-73, 2010.



Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000100008).

Acesso em: 16 de julho de 2013.

CARVALHO, V. M. et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq Bras Cardiol.** v.100, n. 2, p.164-174, 2013.

\_\_\_\_\_, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA; J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HiperDia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p.1885-1892, 2012.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. Flávio Chaimowicz com colaboração de: Eulita Maria Marcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Tulio de Freitas Ribeiro. – 2. Ed.- Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013. P.167.

GARCIA, R. S. et al. Perfil nutricional de idosos hipertensos cadastrados no Sistema HiperDia de uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil. **J NursHealth**, Pelotas (RS), v.1, n. 2, p.205-213, jul./dez 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2013. Disponível

em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=220480&idtema=119&search=piailipiranga-do-piaui|estimativa-da-populacao-2013>>. Acesso em: 9 de fevereiro 2014 às 15:42 horas.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 3, p. 482- 7, Brasília 2012.

LIMA, L.M; SCHWARTZ, E; MUNIZ, R. M; ZILLMER, J. G. V; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do HiperDia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)**, v. 32, n. 2, p. 323-9, jun 2011.

MARTINS, M. P. S. C. et al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Rev Bras Cardiol.**, v. 23, n. 3, p. 162-170, mai/jun. 2010. MALAFAIA, G. As conseqüências das deficiências nutricionais, associadas à imunossenescência, na saúde do idoso. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**; v.33, n. 3, p. 168-76, 2008.

MASSIÉRE, D. et al. Prevalência de Hipertensão Resistente em Adultos não Idosos: Estudo Prospectivo em Contexto Ambulatorial. **Arq Bras Cardiol**; v. 99, n.1, p. 630-635, 2012. MIRANDA, D. E. G. A. et al. Manual de Avaliação Nutricional do Adulto e do Idoso. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

MORETTO, M. C; ALVES, R. M. A; NERI, A. L; GUARIENTO, M. E. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**; v. 10, n. 4, p. 267-71, jul- ago 2012.

MUNARETTI, D. B. et al. Hipertensão Arterial Referida e Indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev Assoc Med Bras**; v. 57, n. 1, p. 25/ 30, 2011.

NASCIMENTO, C. M; RIBEIRO, A. Q; SANT'ANA, L. F. R; OLIVEIRA, R. M. S; FRANCESCHINI, S. C. C; PRIORE, S. E. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**; v. 21, n. 2, p. 174-180, 2011.

ONU. **World Population Prospects: the 2010 revision**. New York: Unites Nations, 2011.

PINHO, N. A; PIERIN, A. M. G. O controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. **Arq Bras Cardiol**; v. 101, n. 3, p. 65- 73, 2013.

RABETTI, A. C; FREITAS, S. F. T. Avaliação da ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendidos numa Unidade de Saúde da Família. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun 2010.

SILVA, A. M. et al. Avaliação da depressão e do estilo de vida de idosos hipertensos. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**; v. 15, n. 2, p. 368- 74, abr/jun. 2013.



SILVEIRA, J; SCHERER, F; DEITOS, A; BOSCO, S. M. D. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. SANTOS, A. C. O; MACHADO, M. M. O; LEITE, E. M. Envelhecimento e alterações no estado nutricional. **Geriatrics & Gerontology**; v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010. TANNURE, M. C; ALVES, M; SENA, R. R, CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte- MG, Brasil. **Rev Bras Enferm.** [Internet]. V. 63, n. 5, p 817-22, 2010.

## O CUIDADO DE ENFERMAGEM A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

*Míria Kayny da Silva Leão<sup>1</sup>, Ana Karla Sousa de Oliveira<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, Picos-PI.

### RESUMO

A identificação de mulheres em situação de violência é de extrema importância. Entretanto o setor saúde nem sempre vem oferecendo uma resposta satisfatória para o problema. O estudo é de cunho bibliográfico, em que examina as reflexões surgidas na prática da assistência, diante dos conflitos, impasses e dificuldades vividos por profissionais e famílias envolvidos no problema. Tem como objetivo realizar reflexões a respeito da atuação do enfermeiro no cuidado prestado às mulheres vítimas de violência sexual com vistas à estabelecer uma relação de cuidado. Considerada por especialistas como a mais grave violência depois do assassinato, o estupro ainda vitima milhares de mulheres cotidianamente no País. Cuidar destas vítimas é um desafio para os profissionais de saúde que em sua maioria podem possuir dúvidas, uma vez que não existe um modelo estruturado de como fazê-lo. Entretanto, existem algumas recomendações que acabam por representar linhas gerais para a atuação desses profissionais. O cuidado deve ser planejado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades individuais e, isto, será possível se for estabelecida uma relação de cuidado entre profissional e cliente. A violência contra a mulher é um problema sério e importante na sociedade, tendo como causa e consequência a desigualdade de gênero. No entanto, na prática profissional há uma abordagem reducionista e biologicista com fragmentação da atenção à saúde da mulher, justificado pela falta de formação profissional, suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Violência sexual. Cuidados de enfermagem. Saúde da mulher.

### INTRODUÇÃO

A violência sexual é um crime universal, clandestino e subnotificado, praticado contra a liberdade sexual de uma pessoa. Este tema tem sido foco de diferentes debates e estudos buscando discutir a magnitude global do problema. No Brasil, assim como em diversos países do mundo, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina, compreendendo graves consequências para a saúde da mulher, tais como traumas emocionais, físicos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada entre outros problemas a longo prazo.

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



Dada a sua complexidade, essa questão não deve ser abordada somente do ponto de vista da saúde, demandando uma atuação interdisciplinar e intersetorial, incluindo vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. Trata-se, contudo, de um grande desafio que requer articulação interna e ação integrada com outros setores, tais como Justiça, Ação Social, Educação, entre outros, com o apoio da sociedade.

É difícil, entretanto, estabelecer a prevalência da violência sexual porque os casos denunciados são apenas uma pequena proporção do total. Uma das causas que contribuem para o baixo índice de denúncias é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas, onde existe um vínculo sentimental ou hierárquico entre os agressores e as vítimas. Mas também o medo de vingança, a sensação de culpa, o desconhecimento dos direitos legais e o descrédito na Justiça são fatores que contribuem para a falta de denúncia.

No âmbito da saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para a humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento de forma adequada entre o profissional e a cliente, que dê a essa mulher o espaço necessário à expressão de uma questão tão difícil de lidar, tendo em vista acolher suas necessidades imediatas e protegê-las dos riscos advindos dessa situação, com especial atenção às consequências psicológicas da violência.

Os serviços de saúde, sobretudo os pronto-socorros, em geral necessitam lidar com dois dilemas: perceber/reconhecer a violência sofrida pela mulher e dar credibilidade e legitimidade a uma queixa e, romper com uma recorrente prática de medicalizar os eventos observados. Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por não saber lidar com a situação, e, sobretudo, por temerem os constrangimentos associados a essa situação. Diante disso, terminam por não buscar o serviço de saúde ou o fazem tardiamente, comprometendo, assim, as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras setenta e duas horas após o evento.

Um passo importante no sentido de fortalecer legalmente as ações de proteção e cuidado a essas mulheres foi a promulgação da [Lei nº 12.845 de 1 de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, trazendo maior sustentação jurídica para as ações.](#) (BRASIL. [Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013](#))

Outro avanço significativo consistiu na promulgação do Decreto nº [7.958 de 13 de março de 2013](#), que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, que



possibilitou ampliar o aparato legal às ações desde um ponto de vista da integralidade, envolvendo e comprometendo os setores pertinentes com a proteção e cuidado à mulher vítima de violência sexual. (BRASIL, Decreto nº [7.958, de 13 de março de 2013](#))

Soma-se isso iniciativas direcionadas especificamente ao público feminino, a exemplo do lançamento do “Programa Mulher: Viver sem violência”, iniciativa transformada em programa de governo por meio do [Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013](#). **O objetivo desse programa compreende basicamente** integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. (BRASIL, [Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013](#))

Nos serviços de saúde, as enfermeiras, por atuarem por um período longo de tempo e em muita proximidade com os pacientes, podem ser consideradas as profissionais especialmente habilitadas à identificação da violência sexual e acolhimento das demandas das vítimas. Contudo, é preciso adquirir conhecimento sobre os aspectos assistenciais e legais que envolvem a violência sexual, bem como habilitar e sensibilizar a equipe de enfermagem de forma a oferecer conforto e segurança à mulher vítima de violência sexual. O cuidado de enfermagem às vítimas de violência deve ser planejado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais. Refletir sobre o seu planejamento, pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para o cuidado e proteção das vítimas, bem como a prevenção de agravos futuros.

Diante da complexidade e do impacto da violência sexual na saúde das mulheres, o presente estudo se propõe a contribuir para refletir acerca da atuação da enfermagem diante desse fenômeno tão complexo. Evidencia-se a necessidade de incluir esse tema na formação do enfermeiro, no sentido de instrumentalizá-lo para a uma atuação adequada junto a mulheres em situação de violência sexual, pautada no reconhecimento e legitimação de suas demandas e no cuidado integral.

Nesse sentido, tem-se como objetivo analisar a literatura científica nacional no que se refere ao papel assumido pela enfermagem no cuidado à mulher vítima de violência sexual, identificando elementos que possam dar fundamento à melhoria de sua prática, tendo em vista a oferta de proteção e melhores condições de vida e saúde a essas mulheres.

O interesse pelo estudo do tema se deve à percepção de fragilidades na abordagem da enfermagem e de outras categorias profissionais à violência sexual, que faz emergir conflitos importantes relacionados a normas culturais, éticas e legais, o que requer o desenvolvimento de





competências e habilidades complexas para fazer frente à complexidade desse fenômeno, tendo em vista a garantia de atenção integral às necessidades das vítimas.

## **METODOLOGIA**

Revisão narrativa da literatura científica nacional, desenvolvida no período do fevereiro de 2016, a partir da busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS (Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando os descritores, “violência contra a mulher”, “cuidados de enfermagem” e “saúde da mulher”, aplicados em diferentes combinações por meio de descritores booleanos.

Utilizaram-se os seguintes critérios para a seleção dos trabalhos: tratar da temática em estudo, ou seja, a violência sexual contra mulheres e a atuação do enfermeiro à luz da legislação brasileira sobre o tema, englobando o atendimento imediato e tardio, o acompanhamento ambulatorial e as ações relacionadas à interrupção legal da gravidez decorrente do estupro, tendo sido excluídos os artigos repetidos.

Para a análise dos dados, se procurou interpretar os sentidos das ideias centrais dos artigos a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Após seleção dos textos, procedeu-se à leitura flutuante e organizou-se o corpus de análise, conforme os objetivos do estudo. Após leituras exaustivas, foram identificadas as unidades de registro que foram agrupadas em núcleos temáticos que emergiram das publicações, tais como, caracterização da violência contra a mulher; necessidade de mudança de paradigma; atuação da enfermagem.

## **RESULTADOS**

Inicialmente foram coletadas 77 artigos. Após a implementação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados por sua pertinência e especificidade 31 trabalhos: 16 artigos nacionais, 02 dissertações, 03 teses, e 10 documentos oficiais, constituídos por leis, portarias e normas técnicas brasileiras.

A pesquisa constou de trabalhos realizados por enfermeiros e por outros profissionais que, em sua maioria, contemplam uma abordagem multiprofissional do objeto em estudo. Variaram em frequência, como estudos de relato de experiência (02), reflexão teórica (04), estudos epidemiológicos (05), revisões bibliográficas (03), estudos de caso (07), leis, portarias, normas técnicas federais (10). Entre os artigos, dissertações e teses, 13 são de autoria de enfermeiros, 02, de enfermeiros com outros profissionais, 04, de autoria somente de outros profissionais, e em 02 textos não foi possível identificar a categoria a qual pertencem os autores. As leis, portarias e



normas técnicas federais dispõem sobre a legislação do tema e são originadas dos Ministérios da Saúde e Justiça e da Presidência da República (10). A maioria (15) aborda a violência sexual juntamente com as outras formas de violência contra crianças e adolescentes, enquanto 09 abordam especificamente a violência sexual.

No que se refere à análise propriamente dita do conteúdo dos manuscritos, esta está organizada segundo os núcleos de registro apreendidos, conforme descrito a seguir.

A atenção à saúde das mulheres vitimizadas sexualmente é abordada em várias produções científicas como uma ação multiprofissional e um desafio para o setor da saúde, tendo em vista a necessidade de mudança de paradigma para o enfrentamento do problema. A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros(as), ginecologistas, infectologista, assistentes sociais e psicólogas com protocolos específicos para cada área. Deve-se abrir prontuário para registro e arquivo do atendimento e observações dos diferentes profissionais, anotadas em uma única ficha clínica. (RIGA, 2008, p. 378) Na busca de apresentar o cuidar na dimensão técnica, nos apoiamos na compreensão da habilidade técnica de vários profissionais de saúde em que cada um é responsável por uma função.

A mulher, por ser alvo preferencial desse tipo de violência, tem merecido a atenção por parte de profissionais, principalmente os de enfermagem que, na sua trajetória prática e em qualquer ambiente de trabalho, podem defrontar-se com essa situação, exigindo conhecimento específico e habilidade para realizar esse cuidar como expressão humanizadora da enfermagem, com poder transformador, que deve ser sentido e vivido por parte de quem cuida e de quem é cuidado. (MORAIS, S. C., 2010)

A violência sexual é abordada como questão ética e jurídica que diz respeito ao campo dos direitos humanos, e a atuação da enfermagem é percebida como ampla e complexa, abrangendo a participação no diagnóstico, no tratamento dos agravos resultantes da violência, nas ações educativas (orientação, encaminhamento etc.) e na notificação. (SILVIA, L. M., et. al, 2011)

Assim, recomenda-se a presença de um profissional de enfermagem do sexo feminino, durante todo o atendimento, principalmente durante a consulta ginecológica. É oportuno comentar que a atuação do enfermeiro (do sexo masculino) no atendimento a vítimas de violência sexual, tem sido elogiada pelas mulheres atendidas. Portanto, o profissional de saúde estando adequadamente capacitado, independente do seu sexo, poderá prestar uma assistência de qualidade. (RIGA, R., et al., 2008)

A enfermagem, como ciência do cuidar, vem, ao longo das últimas décadas, buscando aprofundar discussões sobre sua prática, reconhecendo que o cuidar é um processo e, dessa



forma, em evolução e sujeito às mudanças que ocorrem no sistema de saúde e no modo de significância para o ser cuidado. No entanto, a prática tem mostrado que ainda se faz necessário discutir os modos de cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual, para buscar aprofundar conhecimentos que reflitam o exercício de enfermagem – sobre o que fazer? Como fazer? e por que fazer? – de modo que esse atendimento se faça de forma singular e específica.

A revisão da literatura apontou que após a publicação das Normas Técnicas do Ministério da Saúde, muitos serviços de saúde têm oferecido atendimento multidisciplinar às mulheres vítimas de violência sexual, no entanto, as atribuições da enfermeira parecem não estar bem estabelecidas, uma vez que o Ministério da Saúde não definiu o papel da enfermeira nesta assistência. (RIGA, 2008, p. 378)

Conforme Higa (2008) para o atendimento, a equipe de enfermagem deve receber capacitação periódica e participar de oficinas de apoio psicológico para agir de forma imparcial, sem preconceitos, sem fazer julgamentos, sem atuar de forma comiserativa e conhecer as implicações legais, somáticas, psicológicas e sociais da violência sexual e colaborar para que a mulher não tenha que repetir várias vezes a sua história. Cabe à enfermagem acolher, realizar triagem e fazer encaminhamentos de acordo com a avaliação do tipo de violência: no caso de violência física e/ou psicológica em mulher, criança e adolescente e/ou violência sexual em menor de 14 anos não púbere, deve-se encaminhar ao pronto-socorro adulto ou pediátrico. Nesses casos, é preciso atentar para os quando menores de 18 anos confirmam o consentimento da relação sexual, porém, se o responsável legal considerar que esta não estava apta para consentir o ato, deve-se realizar atendimento de violência sexual.

Portanto, infere-se a partir dessa reflexão de que realizar esse cuidar à mulher vítima de violência sexual pela enfermagem requer ainda uma assistência além da técnica, que esteja associado à sensibilidade humana e a subjetividade dessa relação, reconhecendo a mulher como um ser único em suas singularidades.

Nesse sentido, a reflexão desse cuidar à mulher vítima de violência sexual pela enfermagem, a partir da teoria humanística, vislumbra uma prática que valorize o significado da experiência vivida pelo ser que cuida e pelo ser cuidado. Desta forma, quando o profissional compartilha dessa experiência de cuidar no seu cotidiano com quem cuida, permite uma transação intrahumana permeada pela intersubjetividade com a finalidade de compreender o outro, como um ser em potencial. Para a receptora desse cuidar, essa relação estabelecida proporciona o expressar de seus sentimentos e comportamentos negativos.

No atendimento à vítima, deve ser realizada uma entrevista com uma linguagem clara e objetiva, em que o profissional deve evitar questionamentos sobre a violência sofrida e/ou sobre a



decisão de interrupção legal da gestação e respeitar sempre o direito da cliente de responder ou não às perguntas. Nesta entrevista, devem ser coletados dados como identificação pessoal, antecedentes ginecológicos e obstétricos, relato do ocorrido e identificação do risco de exposição à DST/HIV e gravidez. No seguimento ambulatorial, deve-se ainda: questionar o uso de anticoncepcionais, sintomas de intolerância ou de intoxicação aos antiretrovirais (ARV), sinais e sintomas de infecção geniturinária e de gravidez; investigar aspectos emocionais, sociais e sexuais (incluindo a opção sexual); apoiar a família ou pessoa significativa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Os gestores e profissionais da área de saúde dos programas de DST/AIDS e da saúde da mulher devem entender a violência contra a mulher como um problema de saúde pública, que pode ter severas consequências na saúde física e psíquica das pessoas afetadas, entre as quais as DST, a infecção pelo HIV e a AIDS. (SANTOS, N. J., et. al, 2009)

É preciso também observar se há presenças de lesões no corpo da cliente, suas condições emocionais, o nível de consciência e se foi feito uso de drogas, sendo necessário aguardar que cesse o efeito da droga, se for o caso, antes de proceder ou continuar a entrevista. Os exames físico completo e ginecológico serão realizados pelo ginecologista. Nos casos de internação e aborto legal, cabe à enfermagem realizar o exame físico, no momento da evolução da cliente, a cada 24 horas, identificar os possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem e fazer as prescrições de enfermagem de acordo com os diagnósticos identificados para a cliente e familiares/acompanhantes. No que se refere ao registro da atenção prestada, é importante ter o cuidado em dar preferência a palavras tais como refere, informa, narra e atribui, para que fique claro que está se registrando o relato da cliente e não impressões pessoais. (SILVIA, L. M., et. al, 2011)

A qualificação do enfermeiro é um passo inicial para o efetivo enfrentamento da violência sexual e, por outro lado, a falta dessa qualificação é apontada como uma das causas do descompasso entre a atuação do profissional e as necessidades das vítimas. As entidades de classe, as instituições de saúde e de ensino superior são apontadas como responsáveis pelo suporte e pela qualificação dos enfermeiros. O suporte referido abrange desde o estímulo às ações, como campanhas e eventos sobre o tema, até o apoio jurídico. As instituições de saúde também são assinaladas como responsáveis pela qualificação do enfermeiro, sendo a educação permanente considerada imprescindível, devendo ser realizada em parceria com as universidades, o que permitiria uma troca de experiências entre os profissionais da assistência e os docentes. (FERRAZ, M. I., 2009)



Dessa forma, entendemos que o cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual exige mais do que as habilidades técnicas, requerendo uma atenção individualizada que transcenda o sentido de curar e tratar. Portanto, desde o momento em que a mulher em situação de violência sexual procura o serviço de saúde especializado, o profissional de enfermagem tem a oportunidade de acolher a mulher e mostrar a verdadeira essência da sua profissão, o cuidar/cuidado. Acerca dessa questão, o cuidar em enfermagem como ação de acolhimento poderá se concretizar, no momento em que se adota uma atitude de escuta e de silêncio. (MORAIS, S. C., et. al, 2010)

As dificuldades em atender mulheres em situação de violência sexual expressam o quanto a ciência é construída e disseminada nas escolas numa perspectiva masculina, onde a mulher continua sendo invisível tanto no processo de produção como de reprodução social. (OLIVEIRA, C. C.; FONSECA R. M, 2007, p. 611)

São poucos os serviços no Brasil que oferecem atendimento médico às mulheres vítimas de violência sexual. Até novembro de 2002 eram conhecidos 245 serviços médicos, distribuídos irregularmente pelo país 28. A atual estrutura e organização dos serviços de saúde, na maioria dos estados e municípios, não supre adequadamente as necessidades da demanda das mulheres em situação de violência, nem mesmo para o primeiro acolhimento. Na maioria dos locais não se tem condições físicas de suporte e nem uma equipe capacitada para receber essas mulheres (OSHIKATA, 2005, p.197)

## **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A criação e implantação de programas de assistência às mulheres vítimas de violência sexual tem influenciado o ensino de graduação e pós-graduação de enfermagem, tendo em vista, fortalecer os serviços de segurança, campanhas, promoção de combate as causas da violência sexual, dando uma maior visibilidade através dos meios de comunicação, informando os serviços de denúncia e atendimento, procedimentos realizados e a importância da mulher buscar a consulta após a violência; Essa temática é discutida em sala de aula dentro da abordagem da violência de gênero, buscando sensibilizar os(as) alunos(as) quanto a essa questão, por meio de reflexões sobre os fatores históricos, culturais e sociais que contribuem para a manutenção deste tipo de violência em nosso meio. Tendo, também, contribuído fortemente para a formação dos(as) futuros(as) enfermeiros(as) à medida em que mostram o que se pode fazer e o que ainda é preciso ser feito para que a sociedade seja mais humana e justa para com as mulheres.



Apesar dos avanços significativos no combate à violência sexual contra mulheres, muitos problemas ainda persistem, tais como: a implantação de serviços de forma administrativa e burocrática, comprometendo a qualidade do mesmo e mascarando o problema; a violência institucional que as mulheres frequentemente sofrem nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e nos serviços de saúde; a ausência do recorte de gênero no atendimento e nas políticas públicas; a necessidade de implementação de leis, tratados e convenções dos quais o Brasil é signatário; a necessidade do vínculo de programas a secretarias e da garantia de continuidade dos mesmos; a ausência da violência sexual nos currículos universitários; a demanda por capacitação e sensibilização dos profissionais; a rotatividade dos profissionais em função da ausência de supervisão e de apoio e a falta de articulação de programas e iniciativas que isoladas não constituem políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, 2002.
- BONFIM, E. G., et al. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p 97-104, 2010.
- BRASIL. [Lei nº 12.845](#), 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 192º da Independência, 125º da República.
- FERRAZ, M. I., et al. O cuidado da enfermagem vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-759, 2009.
- LATTIERE, A. et. al. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n 3, p. 467-473, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Violência Intra Familiar. **Caderno de Atenção Básica**, n. 8, 2002.
- MORAIS, S. C., et. al. O Cuidar em Enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155.160, 2010.
- OLIVEIRA, E. M., et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.376-382, 2005.
- OLIVEIRA, C. C.; FONSECA R. M. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n.4, p. 606-612, 2006.
- OSHIKATA, C. T., et al. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cad. Pública São Paulo**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 192-199, 2005.
- RIGA, R., et al. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência à Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p.377-382, 2008.
- SCHRAIBER, L., et. al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.41-54, 2003.
- VILLELA, W. V. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n. 1, p. 113-123, 2011.
- SANTOS, N. J. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, 2009.



SILVIA, L. M., et al. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 64, n.5, 2011.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ALEITAMENTO MATERNO UTILIZANDO AÇÕES LÚDICAS**

*Alanna Borges Cavalcante<sup>1</sup>, Jessica Lange Leal da Rocha<sup>1</sup>, Francisco Edson das Chagas Silva<sup>1</sup>,  
Janaína Maia Santos<sup>1</sup>, Dayze Djanira Furtado de Galiza<sup>1</sup>, Valéria Lima de Barros<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

### **RESUMO**

O leite materno é considerado o alimento ideal para o lactente, com benefícios comprovadamente superiores aos demais leites, e deve ser exclusivo até os seis meses de idade. Ademais, o ato de amamentar é uma ação que estimula o aumento do vínculo entre a mãe e o bebê. Assim sendo, necessário se faz informar as mães acerca das vantagens do aleitamento materno exclusivo, bem como sobre as desvantagens do desmame precoce. Diante do exposto, foi estabelecido como objetivo descrever a experiência de uma intervenção sobre aleitamento materno, realizada em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) do bairro São José, na cidade de Picos-Piauí. Participaram da intervenção sete acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Piauí, campus Senador Helvídio Nunes de Barros, vinculados ao Projeto de Extensão Mais Sorriso, Mais Saúde. Participaram, ainda, uma professora supervisora do referido campus e a enfermeira da unidade de saúde. Compareceram à intervenção cinco gestantes. Para a atividade educativa utilizou-se de material didático e da ludicidade, a fim de se trabalhar o tema como uma estratégia de integração entre apresentadores e participantes. Durante a sua realização, tornou-se notório através das expressões e relatos das gestantes principalmente no grau de desconhecimento das mesmas acerca dos cuidados com a mama durante a gestação e da retirada e manuseio correto do leite materno. Portanto, foi identificada a necessidade de uma abordagem mais ampliada sobre todos os eixos da gestação sendo de suma importância para o esclarecimento de dúvidas frequentes na gestação.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Gestação. Enfermagem.

### **INTRODUÇÃO**

O leite materno é considerado o alimento ideal para o lactente, com benefícios comprovadamente superiores aos demais leites. Trata-se de um alimento rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, possuindo propriedades específicas para cada lactente. Ademais, constitui-se em um fator determinante no crescimento e desenvolvimento cognitivo e motor infantil, bem como influenciador no futuro desempenho escolar da criança (BRASIL, 2009).

Assim, inúmeras são as vantagens da amamentação para o binômio mãe-filho. O leite materno protege a criança contra doenças infecciosas gastrintestinais, respiratórias, alérgicas e



cardiovasculares. No que diz respeito aos benefícios maternos, o aleitamento reduz a incidência de câncer de mama e de ovário e auxilia no combate à osteoporose (BRASIL, 2009).

Portanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) 2007, recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do recém-nato. Após esse período, a criança necessita suprir as carências nutricionais por meio de outras fontes, como alimentos ricos em ferro e vitaminas, que podem estar associadas ao leite materno ou não, embora este ainda seja a principal fonte de nutrientes. Nesse momento, a complementação alimentar torna-se viável, pois a criança já possui maturidade neurológica e fisiológica suficiente.

Desse modo, cabe aos profissionais orientar e esclarecer as indagações das gestantes, principalmente o que tange ao preparo das mamas durante a gestação, buscando com essas estratégias proporcionar maior aceitabilidade ao aleitamento materno exclusivo, favorecendo o bem estar e a saúde das mães e dos bebês.

Ação simples em relação ao preparo das mamas, possíveis de acontecer com a orientação adequada às gestantes antes mesmo do nascimento de seus filhos, são de suma importância, pois podem evitar problemas como mamilos doloridos e fissurados, que surgem quase sempre acompanhados de dor. Dessa forma, as orientações sobre os cuidados com a mama nunca devem ser esquecidas durante as consultas de pré-natal (CARVALHO; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

Durante todo o processo do gestar, as mulheres devem deter de conhecimento para realização de exercícios diários de fortalecimento e aumento da elasticidade do mamilo e da aréola. No caso de mamilos invertidos, elas devem compreender que existem exercícios, tais como puxá-los delicadamente, ou fazer movimentos rotatórios, friccionando o mamilo e a aréola levemente com escova ou esponja vegetal macia para deixá-los fortalecidos, lavar com água e sabão somente durante o banho e apenas uma vez ao dia, pois o sabão, assim como o creme, ressecam as mamas e fazem com que esta perca a proteção natural, evitando o uso de pomadas, já que estas aderem à pele sendo difíceis de remover, expor as mamas ao sol ou luz para fortalecimento das mesmas e usar sutiã adequado, de maneira que não dificulte a passagem do leite (CARVALHO; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

À vista disso, a orientação durante o pré-natal é relevante, pois possibilita uma maior aproximação das gestantes com a importância do aleitamento materno para sua própria saúde e para a do bebê. Contudo, algumas gestantes não dispõem de conhecimento necessário, pois





essas elucidações não são realizadas eficazmente por alguns profissionais dos serviços de saúde pública, dificultando assim a aleitamento materno de qualidade e, conseqüentemente, o desconhecimento dos efeitos deletérios causados pelo uso de mamadeira, chupeta, inserção de alimento precocemente e outros hábitos orais (ANDRADE et al, 2009).

Em virtude disso, a educação em saúde deve estar presente em todos os níveis de atenção. Destaca-se, porém, que é na atenção primária que ela encontra mais significado para os sujeitos, pois por meio dela podem-se embasar ações preventivas e promotoras de saúde e bem-estar, além de formar indivíduos que, conscientes de sua cidadania, desenvolvam o poder de decisão sobre sua própria saúde e de responsabilidade sobre a saúde da comunidade em que vivem. Mas, para que isso aconteça de maneira eficaz é necessário que ocorra compartilhamento de conhecimentos, saberes e vivências (FEIJÃO, GALVÃO, 2007).

Diante do exposto, foi estabelecido como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem e Nutrição ao realizarem uma intervenção sobre aleitamento materno voltado para gestantes atendidas em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência. O cenário do estudo foi uma UAPS, localizada no Bairro São José, na cidade de Picos-Piauí.

A ação educativa, realizada em setembro de 2015, se deu por meio de ações lúdicas e contou com a participação de sete acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Piauí, campus Senador Helvídio Nunes de Barros, integrantes do Programa de Extensão Mais Sorriso, Mais Saúde. Participaram, ainda, uma professora supervisora do referido campus e a enfermeira da unidade de saúde. A atividade teve como público alvo as gestantes cadastradas naquela unidade atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), primigestas ou multigesta, identificadas pelos profissionais de saúde que ali atuam, compareceram no total, cinco gestantes.

Antecedendo a realização da intervenção uma busca na literatura por artigos sobre o tema abordado, divulgados nos últimos cinco anos, contemplando ainda os dados e informações mais atualizadas, disponibilizados nas publicações do Ministério da Saúde, com a finalidade de obter o embasamento teórico a ser disponibilizado para as gestantes, evitando informações errôneas durante toda a intervenção.



A intervenção educativa foi dividida em duas etapas. A primeira delas envolveu uma peça teatral, composta por duas cenas, a primeira com a participação de duas personagens (gestante e enfermeira), encenando uma consulta de pré-natal, na qual a enfermeira esclareceu dúvidas sobre atitudes que devem ser evitadas durante o processo gravídico, como também ações cuja prática durante a gestação possuem significativa relevância.

Já na outra, a peça teatral envolveu quatro personagens (enfermeira, mãe, recém nascido e avó). Nessa cena, o enfoque principal foi a tradição de nossos antecedentes, destacando principalmente a presença da avó na criação dos netos, pela sua influencia, diante da dificuldade por em prática a amamentação, à procura de métodos alternativos para suprir as necessidades da criança.

Após o término da encenação, foi discutida e demonstrada a técnica de preparo das mamas para a amamentação e a pega correta, utilizando-se para tanto um material didático (modelos de seios com mamilos diferentes, avental com mamas e um bebê). Foi abordado também a coleta e armazenamento do leite materno, principalmente para as mães que precisam se ausentar de casa por diversos motivos e desejam continuar com a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança, ou até mesmo para aquelas que deixam disponível o leite materno por reconhecerem os seus benefícios para a saúde da criança. Ressalta-se que nesse ponto foi verificada grande interação com a plateia, onde foi possível responder às dúvidas e questionamentos das gestantes.

A educação em saúde foi finalizada com esclarecimentos sobre todos os tópicos contemplados durante a intervenção, sanando-se as dúvidas e indagações das gestantes acerca dos mitos e verdades que envolvem o ciclo gravídico.

Com isso, utilizou-se um dos métodos previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a ludicidade, que abrange uma forma de facilitação do processo de aprendizagem e possui a capacidade de envolver e entusiasmar as pessoas, proporcionando às mesmas se sentirem motivadas, além de possibilitar um olhar diferenciado para a reflexão sobre os conceitos e paradigmas que norteiam a dinâmica lúdica e a atividade educativa (PIRES, 2013). No caso em questão, foi empregada uma vestimenta diferenciada e personalizada, maquiagem e nariz de palhaço e uma linguagem leiga mais divertida e acessível ao público alvo, utilizando como meios de estratégia uma abordagem do tema de forma leve e descontraída para que as participantes pudessem absorver as informações de forma prazerosa e dinâmica.

## RESULTADOS



A gestação é um processo natural que ocorre no corpo da mulher e envolve várias alterações tanto físicas quanto psicológicas, onde o apoio e compreensão dos familiares e amigos são cruciais para o bem estar materno e fetal.

Durante toda a apresentação da peça teatral as gestantes se mostraram bastante observadoras e atentas a cada fala pronunciada, visto que se reconheciam encenadas como próprias da gestação. Este fato pode ser notado principalmente entre as primigestas, que em alguns momentos se espantavam com alguns dos temas abordados, justamente por se espelharem nas atitudes demonstradas na peça.

Nesse contexto, a primeira cena disponibilizou informações acerca do preparo das mamas, com medidas de auto-cuidado diário, através de medidas básicas de fortalecimento do mamilo, contribuindo para a qualidade da amamentação, como também orientações sobre práticas de atividade entre parceiros íntimos, a fim de evitar o estímulo mamário.

Ao se abordar práticas envolvendo o casal, observou-se uma certa inibição por parte das gestantes, bem como a dificuldade em relatar assuntos mais íntimos. Porém, essa situação logo foi revertida pelos acadêmicos ao tratarem o assunto de forma que passava confiança e respeito pelos princípios de cada paciente.

Através de suas expressões faciais, as gestantes logo mostraram mais interessadas pela forma que a intervenção estava sendo conduzida, sobretudo ao se atentarem para falas e gestos que as remetiam às suas realidades em seus eixos familiares. A presença da avó foi um marco na encenação, tendo sido retratada a grande influencia que exercem sobre as gestantes, motivadas pela falta de conhecimento, inexperiência ou mesmo pelo desespero ao verem um filho chorando e assim aceitarem as orientações das mães ou sogras em introduzir outro tipo de alimento.

Desse modo foi quantitativamente significativa os relatos de auxílio das avós no processo de criação da criança, que se inicia ainda durante a gestação, com orientações errôneas sobre a alimentação adequada para as gestantes, baseando-se na afirmação que nossos antecessores criavam mais filhos do que as estimativas de composição familiar atual e os mesmos eram criados em meios com mais dificuldades, não prevalecendo a ocorrência do aleitamento materno exclusivo.

A atenção das gestantes ficou mais evidente durante as demonstrações de pega correta e armazenamento do leite materno, devido ao alto índice de desconhecimento ressaltado pelas mesmas, principalmente no que tange a retirada, manuseio e armazenamento do leite.

Durante toda a intervenção, as mesmas revelavam suas dificuldades sobre o tema, expondo conceitos pré-adquiridos em seu meio social, junto aos familiares e amigos que, no



anseio de tentar auxiliar, acabam por vezes prejudicando as gestantes e gerando transtornos desnecessários, quadro facilmente resolvido se todas elas detivessem conhecimento claro e preciso.

Tornou-se notório, através das expressões e relatos, o grau de desconhecimento acerca dos cuidados com a mama no processo da gestação, pois as mesmas relatavam que desconheciam que esses cuidados eram essenciais durante a gravidez para que quando a criança nascesse à dificuldade de amamentação e pega fosse diminuída.

Outro fator destacado foi em relação à posição correta do recém-nascido e da mãe durante a amamentação, o que acaba contribuindo para que ocorram diversos outros transtornos, principalmente psicológicos, por não conseguirem amamentar a criança.

Durante a demonstração da retirada e armazenamento do leite, as dificuldades das gestantes ficaram ainda mais evidentes, sendo esse o momento no qual ocorreu a maior interação, pois o interesse e dedicação entre as mães para um bom desempenho de suas funções maternas tornou-se ainda mais destacado.

Durante a intervenção, os acadêmicos se depararam com várias situações em que as gestantes já possuíam consciência de alguns eixos abordados e da forma correta de como deveria ser conduzida a gravidez, demonstrando-as humildade em compreender que mesmo já sabendo alguma coisa a respeito, necessitavam de mais esclarecimentos, mesmo porque todas as gestação possuem características próprias e singulares.

Em contrapartida, algumas pacientes, em particular as primigestas, detinham pouco conhecimento sobre a temática abordada, como também sobre as mudanças corporais ocorridas no gestar, porém as mesmas possuíam muita curiosidade para entender as fases do ciclo gravídico pelas quais estavam passando e, principalmente, em obter informações corretas, relatando ainda que sempre, diante de qualquer dúvida, procuravam os profissionais para esclarecê-las, sobretudo durante as consultas de pré-natal.

## **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tendo em vista o objetivo proposto no início do projeto, os resultados evidenciam que as gestantes, em sua grande maioria, possui lacunas de conhecimento em relação a temas essenciais que se relacionam ao processo gravídico, desde o manuseio de suas mamas até o aleitamento, pois embora algumas possuíssem um conhecimento prévio dos temas abordados, este era equivocado ou incompleto.



Assim sendo, evidenciou-se que uma abordagem mais ampliada sobre todos os eixos da gestação é de sumariamente importante para o esclarecimento de dúvidas frequentes na gestação. Com isso, percebeu-se que o projeto pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos daquelas mulheres que participaram da intervenção, pois as mesmas obtiveram um conhecimento sobre medidas que facilitaríamos suas gestações de uma forma diferenciada, proporcionando a interação e o estabelecimento de elos de confiança com as acadêmicas.

Nessa perspectiva, o trabalho da ludicidade me possibilitou aos acadêmicos uma visão ampliada sobre as várias formas de trabalhar com os mais diversos temas, dentre os quais assuntos que exigem uma forma mais dinâmica e interativa em sua abordagem, por se tratar de contextos que para alguns leigos são considerados invasivos, visto envolverem a intimidade do indivíduo, necessitando, pois, de um elo de confiança entre a gestante e o intervencionista, contribuindo para obtenção de pesquisas mais fidedignas, além de oferecer conhecimento de uma forma diferenciada para as gestantes, pois o trabalho da ludicidade permitiu uma maior fixação das informações obtidas.

#### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S.A.B.; UED, F.V. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. **Rev Paul Pediatr**, n. 3, v.33, p.355-362, 2015.
- ANDRADE M. P. et al. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de Saúde em fortaleza-ceará. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 1, p. 104-113, jan./mar.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; 2009.
- BOFF, A.D.G. et al. Mother's social/economic aspects and level of knowledge about breastfeeding. **Audiol Commun Res**, n. 2, v.20, p.141-5, 2015.
- CARVALHO, J. K. M.; CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. **e-Scientia Editora UniBH**, n. 2, v. 4, p. 11-20, 2011.



- DANIELLE, A. M. P.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc**, São Paulo, n.1, v.23, p.313-324, 2014.
- FEIJÃO, A.R, GALVÃO, M.T.G. Ações de Educação em Saúde na Atenção Primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev Rene**, n. 2, v. 8, p. 41-9, 2007.
- GUERREIRO, E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm**, n. 1, v. 67, p.13-21, 2014.
- MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cad. Saúde Colet.**, n. 2, v.23, p.132-139, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Planejamento familiar: um manual mundial para provedores. Genebra; 2007.
- SILVA, D. et al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, n.3, v. 14, p. 269-277, 2014.
- SILVA, P.K.; ALMEIDA, S. T. Evaluation of preterm infants during the first offering of the maternal breastfeeding in a neonatal intensive care unit. **Rev. Cefac**, n. 3, v.17, p. 927-935, 2015.
- PIRES, M. R. G. M.; GUILHEM, D.; GOTTEMS, L. B. D. Jogo (in)dica-sus: estratégia lúdica na aprendizagem sobre o sistema único de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 2, v. 22, p. 379-88, 2013.
- WENZEL, D.; SOUZA, B.S. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, n.3, v. 14, p. 241-249, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de estar cursando o curso que pretendia, ainda agradeço a UFPI por ser uma instituição que proporciona aos discentes atividades de extensão e iniciação científica que rompem os muros da universidade a fim de aprimorar seus conhecimentos sobre diversos eixos da saúde pública, além de possibilitar o contato direto com a comunidade sendo essa a maior beneficiada com essas atividades de intervenções.

Além desses, agradeço profundamente a minha orientadora por toda paciência durante todo o tempo de orientação e estímulo prestado nos momentos de cansaço não me deixando desestimular diante os momentos de dificuldades, e por fim a todos os integrantes do GPeSC na linha da Saúde da Mulher: Saúde Sexual e Reprodutiva por todo o auxílio e dedicação durante os ensaios e intervenções realizadas.

## AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL DE REFEIÇÕES FORNECIDAS POR INSTITUIÇÃO PÚBLICA ATRAVÉS DO PAT

*Sabrina Almondes Teixeira<sup>1</sup>, Andréia Raimunda Luz<sup>2</sup>, Dennisse Dianne Santos Feitosa de Carvalho<sup>2</sup>, Daniela de Araújo Luz<sup>3</sup>, Ellaine Santana de Oliveira<sup>1</sup>, Stella Regina Arcanjo Medeiros<sup>1</sup>*

1Universidade Federal do Piauí

2Instituto Federal do Piauí, Floriano

3Secretaria Municipal de Saúde de Picos

## RESUMO

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



De acordo com um dos objetivos do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador), que é a melhoria do estado nutricional do trabalhador, independente da modalidade do serviço, o programa de educação alimentar visa estimular as empresas a adotar um processo educativo permanente, resgatando da dieta brasileira mudanças desejáveis e aspectos positivos do atual padrão de consumo. Neste sentido objetivo desse estudo foi avaliar a adequação nutricional do cardápio padrão, ofertado por uma instituição de segurança pública, através do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). A pesquisa foi do tipo transversal, de caráter qualitativo e quantitativo. A avaliação abrangeu cardápios direcionados para o almoço, fornecidos nos dias úteis (5 dias), no mês novembro de 2014. A avaliação per capita se baseou no planejamento qualitativo e quantitativo dos cardápios semanais, visto esta ser a porção que teoricamente a instituição dispõe para seus funcionários, avaliando-se posteriormente o *valor calórico, macronutrientes, fibras e NDPCal (%)*, com auxílio do software Nutwin 1.5®, Tabelas de composição de alimentos e rotulagem de alimentos. O presente estudo evidenciou, que os objetivos do PAT não estão sendo alcançados satisfatoriamente nesta instituição, visto os vários parâmetros analisados não se mostrarem de acordo com as regulamentações legais, para a maioria das refeições, tanto em aspecto quantitativo como qualitativo. Este fato dificulta o equilíbrio nutricional, por meio da alimentação fornecida na instituição, podendo esta, ao invés de promover a qualidade de vida do trabalhador, esta fragilizar a saúde dos mesmos, aumentando o risco para doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador. Segurança Alimentar. Nutriente.

## INTRODUÇÃO

As dificuldades impostas pelos longos deslocamentos e a extensa jornada de trabalho das sociedades modernas, impedem que uma expressiva parcela da população realize suas refeições regulares em família. Neste contexto, cresce a preferência dos consumidores por refeições mais convenientes, influenciando cada vez mais o desenvolvimento e crescimento mundial do mercado de alimentação coletiva (CARDOSO; SOUZA; SANTOS, 2005).

De modo geral, toda alimentação, independente da sua origem, deve atender aos aspectos de segurança alimentar, a qual envolve os aspectos de saudabilidade, caracterizando-se como um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais de cada indivíduo conforme sua faixa etária. A mesma deve ser acessível do ponto de vista físico e financeiro, saborosa, colorida, variada, harmônica e apresentar segurança sanitária com o intuito de recuperar ou manter a saúde dos comensais. Além disso, é primordial que se considere a identidade alimentar, cultural, sensorial, comportamental e afetiva das populações e comunidades (BRASIL, 2006).

O alimento é de fundamental importância para o equilíbrio orgânico, e representa não apenas um fator de manutenção da saúde, como também, do ponto de vista econômico, um dos fatores estruturais de competitividade, pois afeta a capacidade para o trabalho (COLARES, 2005).



Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) destinadas ao atendimento de trabalhadores estão completamente relacionada ao aumento da produtividade e diminuição dos riscos de acidentes de trabalho, ou seja, a alimentação adequada é fundamental para a promoção da saúde do trabalhador e para o bom desempenho de suas funções (VANIN, et al., 2007; MARANHÃO; VASCONCELOS, 2008).

Visando todos os benefícios acima citados, em 1976, criou-se uma lei para a promoção de saúde dos trabalhadores brasileiros, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), que desde então define os parâmetros nutricionais considerados ideais para a alimentação fornecida aos trabalhadores. Além disso, com os recentes estudos na área, esses parâmetros foram modificados (em 2006) e adequados a nova realidade epidemiológica nacional. Independentemente de a empresa ser cadastrada ou não ao PAT, seus parâmetros nutricionais, definidos pela Portaria Interministerial nº. 66, de 25 de agosto de 2006, podem e devem ser seguidos, pois garantirão saúde, bem-estar, produtividade e qualidade de vida aos trabalhadores (BRASIL, 2006).

Os cardápios devem ser variados, suprir as necessidades nutricionais dos comensais, levando em consideração hábitos e preferências alimentares da clientela, sazonalidade, oferta, custo alimentício, disponibilidade da área de equipamentos, número e capacitação de funcionários, tipo e quantidade de refeições e tipo de preparação (VEIROS, 2003).

O ambiente de trabalho é reconhecido como um local estratégico de promoção da saúde e alimentação saudável (CHU et al., 2000). A Organização Mundial da Saúde considera que o local de trabalho deve dar a oportunidade e estimular os trabalhadores a fazerem escolhas saudáveis (WHO, 2004). Nesse sentido, a consolidação do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador) como um programa que visa à promoção da alimentação saudável no ambiente de trabalho demanda que seus gestores diretos, responsáveis por sua execução nas empresas, compreendam e aceitam essa questão (BORJES; LIMA, 2004).

De acordo com um dos objetivos do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador), que é a melhoria do estado nutricional do trabalhador, independente da modalidade do serviço, o programa de educação alimentar visa estimular as empresas a adotar um processo educativo permanente, resgatando da dieta brasileira mudanças desejáveis e aspectos positivos do atual padrão de consumo. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar o padrão da refeição e a adequação nutricional de cardápios oferecidos por uma instituição pública cadastrada no PAT.





## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de caráter qualitativo e quantitativo, tendo como local de aplicação uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um órgão de segurança pública, vinculado ao PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador), situada em Picos-PI. A avaliação abrangeu o cardápio padrão semanal, para o almoço, fornecidas nos dias úteis (5 dias), no mês novembro de 2014.

A avaliação per capita se baseou no planejamento qualitativo e quantitativo dos cardápios semanais, visto esta ser a porção que teoricamente a instituição dispõe para seus funcionários.

Os cardápios foram analisados quanto o valor energético Total (VET), macronutrientes, fibra alimentar e NDPcal %. Para a análise da adequação, utilizou-se como base as recomendações do PAT, para tanto foi necessária uma análise dietética prévia dos cardápios por meio do software Nutwin 1.5®, utilizando a Tabela de Composição de Alimentos (TACO), *Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras* e dados de rótulos de alimentos para alimentar o programa.

A adequação nutricional do almoço ofertado por essa UAN foi estabelecida baseando-se na contribuição do VCT per capita do almoço, em relação às necessidades energéticas preconizadas pelo PAT, conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1** – Valores diários de referência para macro e micronutrientes, preconizados pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)

<b>Valor Energético Total diário</b>	2000 Kcal
<b>Valor energético grandes refeições</b>	600 – 800 Kcal (+400 kcal)
<b>Carboidrato</b>	55-75%
<b>Proteína</b>	10-15%
<b>Gordura Total</b>	15-30%
<b>Gordura Saturada</b>	<10%
<b>Fibra</b>	>25%
<b>Sódio</b>	<2400 mg
<b>Ndpcal</b>	6 – 10%

Fonte: BRASIL, 2006.

## Resultados

As preparações servidas na UAN, durante o desenvolvimento da pesquisa, estão dispostos na Tabela 2.



**Tabela 2**– Padrão das preparações servidas na UAN em estudo.

<b>DIA</b>	<b>CARDÁPIO</b>
<b>Segunda-feira (CARDÁPIO 01)</b>	<i>Arroz com cenoura Feijão mulatinho Barbecue chicken Macarrão ao molho de tomate Farofa de mandioca Salada de repolho Maçã</i>
<b>Terça- feira (CARDÁPIO 02)</b>	<i>Arroz com ervilha Feijão mulatinho Picadinho acebolado Farofa de mandioca Salada de tomate, cebola, beterraba e alface Suco artificial de laranja</i>
<b>Quarta-feira (CARDÁPIO 03)</b>	<i>Arroz brasileiro Feijão mulatinho Bife à parmegiana Macarrão ao molho de queijo Farofa de mandioca Salada tropical Banana</i>
<b>Quinta-feira (CARDÁPIO 04)</b>	<i>Baião de dois Maminha ao forno Farofa de mandioca Salada tomate, cebola e alface Vinagrete Macaxeira frita Suco artificial de maracujá</i>
<b>Sexta-feira (CARDÁPIO 05)</b>	<i>Arroz Nordestino Feijão mulatinho Bife à parmegiana Macarrão ao molho de tomate Farofa de mandioca Salada de batata e presunto Creme de laranja</i>

Os cardápios avaliados apresentaram um valor energético médio de 1065,72 Kcal, como mínimo de 929,68 kcal e máximo de 1222,31 kcal. Em todos os dias da semana, o total de calorias esteve acima do recomendado pelo PAT, como pode ser observado na Tabela 3.

**Tabela 3** – Média de calorias do cardápio realizado durante a semana analisada, e comparação com o PAT



DIA	CARDÁPIO ANALISADO	VALOR CALÓRICO PAT*	
		Kcal Min	Kcal Max
	<b>Kcal</b>		
CARDÁPIO 01	1222,31	600	800
CARDÁPIO 02	1011,66	600	800
CARDÁPIO 03	973,85	600	800
CARDÁPIO 04	929,68	600	800
CARDÁPIO 05	1191,1	600	800
<b>MÉDIA</b>	1065,72	600	800

\*Para o valor energético total é aceito um acréscimo de até 400 kcal (20%), assim as grandes refeições podem estender seu parâmetro a valores entre 600 – 1200 Kcal, para grandes refeições.

A análise da energia revelou um valor calórico médio de 1065,72 kcal, resultado superior ao recomendado pelo PAT, de 30 – 40% do VET (600-800 kcal), podendo ser admitido o acréscimo de 20% (400 Kcal) em relação ao Valor Energético Total de 2000Kcal/dia (BRASIL, 2014).

Considerando o valor padrão estabelecido pelo PAT, de 600 – 800 kcal (30 – 40% do VET), observa-se que em nenhum dos dias da semana o valor calórico esteve adequado. No entanto quando usa o adicional de 20% para o VET (400 Kcal), que conseqüentemente resulta em uma contribuição energética de 600-1200 kcal, como critério de avaliação, observa-se que apenas o cardápio 01 não se mostra adequado.

A avaliação demonstrou que o planejamento da maior parte dos cardápios só segue as diretrizes do Programa se for considerado o adicional energético, dessa forma implicando que os trabalhadores podem estar consumindo mais calorias do que o necessário para exercer suas atividades.

Esse dado se torna preocupante, visto que o excesso de calorias na dieta é relacionado ao excesso de peso e, conseqüentemente, a doenças, como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e câncer (GHISLANDI, 2008).

No geral, considerando a média dos valores obtidos, o perfil da dieta oferecida quanto aos macronutrientes (Tabela 04), mostrou-se hipoglicídica, hiperproteica e normolipídica.

**Tabela 4** - Contribuição energética dos macronutrientes com relação ao VET dos cardápios analisados e teor de fibras alimentares.

DIA	CHO		PTN		LIP		FIB. (g)	NDPc al %
	Kcal	%VET	Kcal	%VET	Kcal	%VET		



<b>CARDÁPIO 01</b>	505,3	41,34 %	287,8	23,55 %	429,1	35,11 %	7,34	15,2
<b>CARDÁPIO 02</b>	520,2	51,42 %	274,5	27,14 %	216,9	21,44 %	7,15	17,8
<b>CARDÁPIO 03</b>	512,4	52,61 %	285,6	29,33 %	175,7	18,05 %	7,87	34,6
<b>CARDÁPIO 04</b>	516,0	55,51 %	138,6	14,91 %	275,0	29,58 %	9,58	4,3
<b>CARDÁPIO 05</b>	570,9	47,93 %	376,3	31,59 %	243,9	20,48 %	9,7	18,31
<b>MÉDIA</b>	<b>524,9</b>	<b>49,35</b> %	<b>272,6</b>	<b>25,58</b> %	<b>268,1</b>	<b>25,16</b> %	<b>8,33</b>	<b>18,04</b>
<b>RECOMENDAÇÃO</b>		55- 75%		10- 15%		15- 30%	7-10g	6-10%

Na análise dos carboidratos e proteínas observa-se que apenas no cardápio 04 atendeu as recomendações, que é de 55 – 75% e 10 -15%, respectivamente. Quanto aos lipídios a maior parte dos cardápios se mostrou adequado, exceto o cardápio 01, se mostrando hiperlipídico com valores superiores a 30%.

Na avaliação para macronutrientes observa-se um visível desequilíbrio. Esta falta de equilíbrio entre os nutrientes oferecidos na refeição também foi observada no estudo de Veloso, Santana e Oliveira (2007), em que as refeições eram ricas em proteínas e gorduras e tinham baixa quantidade de carboidratos. Este tipo de dieta não pode ser mantida, já que são trabalhadores com grande gasto de energia, e de acordo com pesquisas da avaliação do comportamento alimentar da população brasileira de Mondini e Monteiro (1994), o consumo reduzido de carboidratos coincide com a diminuição no percentual da participação relativa de carboidratos na dieta e sua substituição por lipídios.

Tais achados enquadram-se na mudança de padrão alimentar que ocorre no Brasil, onde há uma maior ingestão de carnes, leite e derivados ricos em gorduras e diminuição no consumo de cereais (GERALDO; BANDONI; JAIME, 2008). Dessa forma uma das estratégias para equilibrar os cardápios seria adequar o consumo proteico visto este contribuir diretamente para o aporte lipídico, além de essa ingestão hiperproteica estar relacionada ao aumento do risco de problemas renais, doenças crônicas e de osteoporose (MORAIS; BURGOS, 2007; BRANDÃO; GIOVANONI, 2011; VANIN et al., 2007).



O teor de fibra foi outro variável avaliada, apresentando um valor médio em conformidade ao exigido pelo PAT para as grandes refeições (7-10g), tendo uma média de 8,33. De forma individualizada, esta adequação se mostrou em 100% dos cardápios.

A quantidade de fibras alimentar esteve de acordo com o PAT em todos os dias de análise, isso se deve principalmente à composição qualitativa dos cardápios, sendo composto, dentre outras preparações, por salada e frutas (BRASIL, 2014). Estudos apontam que as fibras alimentares têm ação na prevenção e tratamento da doença diverticular do cólon, na redução do risco de câncer, no controle do diabete mellitus, na prevenção da obesidade e de doenças cardiovasculares (NEUTZLING et al., 2007).

Outro parâmetro padronizado pelo PAT é o NDPCal% (Net Dietary Protein Calories %), que deverá ser de no mínimo 6% e no máximo 10%. O NDPCal% estima a quantidade de proteínas líquidas da refeição, ou seja, proteínas que serão realmente utilizadas pelo organismo.

Como observado na Tabela 04, o NDPCal% foi inadequado em 100% dos cardápios analisados, estando o Cardápio 04 abaixo do recomendado, com 4,3% e os demais acima da variação de 6-10%.

No terceiro dia (Cardápio 03) foi verificado um valor de 34,6% para o NDPCal%, sendo este o dia que mais excedeu as recomendações, levando em consideração ao grande teor de proteína animal que obteve no almoço, que além do prato principal, que foi o estrogonofe de frango, houve um acréscimo de linguiça no feijão e salsicha na farofa.

A inadequação observada quanto ao NDPCal%, estando acima das recomendações na maioria dos cardápios, afirma o alto consumo de fontes proteicas anteriormente citado estas advindas principalmente de produtos de origem animal.

Vale ressaltar que dentre os inúmeros fatores que predispõe o ambiente a este diagnóstico, um de grande influência é a ausência do profissional nutricionista dentro da UAN, o qual estaria apto a planejar e gerenciar um cardápio de qualidade sensorial e nutricional.

## **CONCLUSÃO**

Esse estudo, que analisou cinco dias do cardápio de uma Unidade de Alimentação e Nutrição, representa uma significativa demonstração dos vieses existentes quanto ao segmento das normas do PAT. Este é um programa voltado para os trabalhadores, mas precisa da colaboração de gestores, funcionários, nutricionista e do governo principalmente, no caso de órgãos públicos.



A importância da alimentação evidencia-se no equilíbrio orgânico, não apenas como fator de manutenção da saúde, mas também do ponto de vista econômico, como condição para maior dispêndio de energia e, conseqüentemente, maior capacidade para o trabalho.

O presente evidenciou, que os objetivos do PAT não estão sendo alcançados satisfatoriamente, visto os vários parâmetros analisados não se mostrarem de acordo, para a maioria das refeições, com as regulamentações legais, tanto em aspecto quantitativo como qualitativo. Este fato dificulta o equilíbrio nutricional, por meio da alimentação fornecida na instituição, podendo esta, ao invés de promover a qualidade de vida do trabalhador, esta fragilizar a saúde dos mesmos, aumentando o risco para doenças crônicas não transmissíveis.

De forma a embasar os impactos e esta alimentação possa estar influenciando à saúde dos trabalhadores, novas pesquisas que avaliem o perfil antropométrico, os índices de triglicerídeos, glicemia, dentre outros parâmetros clínicos, se tornam relevantes.

## REFERÊNCIAS

- BORJES, L.C.; LIMA, J.S. Programa de Alimentação do Trabalhador: avaliando o conhecimento por parte dos gestores administrativos e técnicos. **Demetra**, Rio de Janeiro, RJ, v.9, n.1, p.107-119, 2004.
- BRANDÃO, A.R.; GIOVANONI, A.C. Comparação dos cardápios oferecidos em uma Unidade de Alimentação e Nutrição do município de Teutônia com o Programa de Alimentação do Trabalhador. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 3, n. 3, pp. 89-94, 2011.
- BRASIL. Portaria Interministerial do Trabalho, nº 66, de 25 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2006.
- BRASIL. Portaria nº101, de 12 de dezembro de 2014. Avaliação do PAT. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 2014.
- CARDOSO, R.C.V.; SOUZA, E.V.A.; SANTOS, P.Q. Unidades de alimentação e nutrição nos Campi da Universidade Federal da Bahia: um estudo sob a perspectiva do alimento seguro. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v.18, n. 5, p. 669-680, 2005.
- CHU, C.; BREUCKER, G.; HARRIS, N.; STITZEL, A.; GAN, X.; GU, X.; DWYER, S. Health promoting workplaces: international settings development. **Health Promot. Int**, v. 15, n.2, p. 157-167, 2000.
- COLARES, L.G.T. Evolução e perspectivas do programa de alimentação do trabalhador no contexto político brasileiro. **Nutrire: J.Brazilian Soc.Foof Nutr.**, São Paulo, SP, v.29, p. 141-158, 2005.
- GERALDO, A.P.G; BANDONI, D.H.; JAIME, P.C. Aspectos dietéticos das refeições oferecidas por empresas participantes do Programa de Alimentação do Trabalhador na Cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 23, n. 1, pp. 19-25, 2008.
- GHISLANDI, A.M.P.; ALVES, F.S.; BORTOLATTO, J.; SACHET, J.; DUTRA, J.S.; ROSSO, L.D.; OSELLAME, V.M. Adequação dos cardápios da empresa "x" em relação aos novos parâmetros nutricionais do programa de alimentação do trabalhador. **Revista de Iniciação Científica**, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2008.



- MARANHÃO, P.A.; VASCONCELOS, R.M. Análise do cardápio servido no almoço de uma UAN de acordo com o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, SP, n.88, p. 56-61, 2008.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação na população brasileira (1962-1988). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, SP, v.28, p. 433-439, 1994.
- MORAIS, G.Q.; BURGOS, M.G.P.A. Impacto dos nutrientes na saúde óssea: novas tendências. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, SP, v. 42, n. 7, pp. 189-194, 2007.
- NEUTZLING, M.B.B.; ARAÚJO, C.L.P.; VIEIRA, M.F.A.; HALLAL, P.C.; MENEZES, A.M.B. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 41, n. 3, pp. 336-342, 2007.
- VANIN, M.; SOUTHER, N.; NOVELLO, D.; FRANCISCHETTI, V.A. Adequação nutricional do almoço de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de Guarapuava – PR. **Revista Salus**, Guarapuava, PR, v. 1, p. 31-38, 2007.
- VEIROS, M.B. **Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma Unidade de Alimentação e Nutrição: um estudo de caso**. 2003. 225 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós -Graduação em Engenharia de Produção/Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2003.
- VELOSO, I.S.; SANTANA, V.S.; OLIVEIRA, N. O Programa de Alimentação do trabalhador, PAT, e o seu impacto sobre o ganho de peso e sobrepeso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 41, n. 5, pp.769-776, 2007.
- WHO. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health, 2004. **Food Nutr Bull**, v. 25, n.3, p.292-302, 2004.

## EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: EXPERIÊNCIA EM CUSTANEIRA-TRONCO, PAQUETÁ-PIAUI

Glúcio Ramon Araújo Costa Oliveira<sup>1</sup>, Sabrina Gomes de Moura<sup>1</sup>, Larissa Campos Rodrigues Pinheiro<sup>1</sup>, Edmara Mayara Holanda Lima<sup>1</sup>, Samia Luiza Coelho da Silva<sup>1</sup>, Andréa Conceição Gomes Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí

### RESUMO

A Educação Popular em Saúde valoriza os saberes da comunidade e suas realidades culturais na construção de novos saberes, valorizando o saber do povo criando um vínculo de afetividade entre profissionais e comunidade. O objetivo desse estudo é relatar a aplicação dos conceitos relativos à Educação Popular em Saúde, realizada na comunidade Custaneira-Tronco pelos Residentes em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí em março de 2016. Foi realizada a construção coletiva de conceitos sobre a temática, com a apresentação da comunidade de Custaneira-Tronco através de aula expositiva. Logo após, durante oito dias, foi feito o planejamento das atividades que seriam realizadas, com discussões e ensaios, dentre elas, o acolhimento, roda de conversa, rádio comunitária, ginástica laboral, gincana infantil e a mesa de anemia falciforme e hábitos bucais. Nas ações foram discutidas questões pertinentes de saúde

Anais do II Congresso Regional de Saúde Coletiva. Revista Saúde e Ciência online, v. 6, n. 1, suplemento (julho de 2017). 789p.



para a comunidade, como a doença de chagas, anemia falciforme e DST's, trabalhando sempre a confiança, o respeito, e o cuidado com o outro. Como forma de avaliação pediu-se a comunidade que ao final dissesse uma palavra que representasse o que tinha sido o dia deles. Ao final da atividade verificou-se a importância de ações de educação em saúde, enfatizando o trabalho transdisciplinar e a construção de um vínculo com a população. Por fim, essa experiência não se coloca como um ponto final e sim como mecanismo e forma de percebermos que pode ir além.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Educação em saúde. Origem étnica e saúde. Saúde da população negra.

## INTRODUÇÃO

A Educação Popular em saúde é um método de educação que valoriza os saberes prévios do [povo](#) e suas realidades culturais na construção de novos saberes. Está implicada com o desenvolvimento de um olhar crítico, que facilita o desenvolvimento da [comunidade](#) que o educando está inserido, pois estimula o diálogo e participação comunitária, possibilitando uma melhor leitura de realidade social, política e econômica. A principal característica da Educação Popular é utilizar o saber da comunidade como matéria prima para o [ensino](#), valorizando todos os sujeitos sociais nesse processo, tornando esse espaço de educação um lugar de afetos alegres e amorosidade. É aprender a partir do conhecimento do sujeito e ensinar a partir de palavras e temas geradores do cotidiano dele, reconhecendo a importância do saber popular e o saber científico. (BRASIL, 2007)

Vasconcelos (2001) resgata historicidade de constituição da Educação Popular em saúde no Brasil a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular de bases freirianas nos anos 70, inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde. Para o autor, estas práticas que remontavam à participação de técnicos de saúde inseridos em pequenas comunidades periféricas, identificando lideranças e temas mobilizadores criando espaços de debates e apoio às lutas emergentes, atualmente ganham espaços em instituições estando voltadas para a superação do fosso cultural existente, por um lado, entre serviços de saúde, organizações não governamentais, saber médico e movimentos sociais e, por outro lado, a dinâmica do adoecimento e a cura do mundo popular.

Falar em Educação Popular é falar impreterivelmente do legado do Educador Paulo Freire (1921-1997) que trouxe importantes reflexões sobre os sujeitos postos à margem da sociedade do capital. A Educação Popular, na ótica de Freire, se faz popular pelo potencial de organização da classe trabalhadora, possui em sua essência a contestação do sistema político e da ordem econômica vigente. Sua teoria é incorporada por grupos de educadores, militantes e trabalhadores dos movimentos populares empenhados na construção das condições humanas imediatas para a





elevação da qualidade de vida das classes subalternas. Faz-se também transformadora pelo teor político no trabalho educativo. (FREIRE, 2003)

Com isso discutir educação popular em saúde é entender que este processo consiste num movimento de ensino e serviço e para que de fato este processo seja materializado, entendemos que é necessário conhecer e aproximar – se da realidade ao qual se busca intervir, ou seja, o contato com a comunidade é de suma importância nesse contexto.

A partir desse momento buscamos entender quais determinantes de saúde existem naquele lugar, as necessidades que a comunidade possui e os tipos de serviços ofertados. Nesse sentido, de que forma o embasamento teórico ajuda no planejamento de ações promotoras de saúde? Como abordar Educação Popular em saúde numa comunidade quilombola? O que eu enquanto profissional da saúde posso estar contribuindo para aquela comunidade? Esses e alguns outros questionamentos desencadearam a ação realizada na comunidade Quilombola Custaneira – Tronco.

O objetivo desse estudo é relatar a aplicação dos conceitos relativos à Educação Popular em Saúde, durante o percurso metodológico que englobou: desde a fundamentação teórica, o planejamento das ações, a vivência e o processo avaliativo da atividade de Promoção de Saúde, realizada na comunidade Custaneira-Tronco pela V turma de Residentes em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí.

## **METODOLOGIA**

A experiência relatada ocorreu durante a visita da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí, à comunidade remanescente do quilombo denominado Custaneira-Tronco em março de 2016.

A comunidade localiza-se na zona rural do município de Paquetá do Piauí, situado a 309 km da capital Teresina e de acordo com pesquisa realizada por Sousa (2015) em 2014 contava com uma população de 167 pessoas, composta por 86 homens e 81 mulheres; 18 pessoas idosas, 70 pessoas adultas, 37 pessoas jovens, 08 adolescentes e 34 crianças, organizadas em 48 unidades familiares. Participaram do estudo cerca de 60 idosos, adultos e adolescentes e 15 crianças, de ambos os sexos.

A população dispõe de auto definição étnica racial certificada junto à Fundação Cultural Palmares e estabelece relações permanentes e contínuas com as dinâmicas geográficas, políticas, administrativas, comerciais, socioculturais e familiares com os municípios de Paquetá – PI, Picos – PI, Santa Cruz do Piauí – PI e Oeiras – PI.



Nessa perspectiva, para a realização das atividades de Promoção da Saúde em Custaneira-Tronco, os residentes tiveram um percurso metodológico composto por: fundamentação teórica, planejamento das ações, vivência (ação), e avaliação.

No primeiro momento, duas semanas prévias à ida a Custaneira-Tronco foi realizada a fundamentação teórica relacionada a Educação Popular em Saúde, com a construção coletiva de conceitos sobre a temática. (Figura 1) Em seguida a apresentação por parte de alguns docentes do diagnóstico da comunidade de Custaneira-Tronco através de aula expositiva e que tomou como base a pesquisa de Sousa (2015).

Outro momento prévio à vivência foi o planejamento das atividades de promoção de saúde a serem realizadas, utilizando como instrumento norteador a educação popular em saúde. Todas as atividades foram planejadas pelos residentes, e supervisionadas pelo corpo docente. O planejamento se deu ao longo de oito dias, com discussões, e ensaios das ações.

A chegada a Custaneira-Tronco teve como primeira ação o acolhimento. Durante a dinâmica se tocava uma música que permitia as pessoas movimentos e danças no espaço físico da atividade, na sequencia eram dados comandos que funcionavam como ordens para algumas ações. Logo após realizou-se uma roda de conversa, em que foram mostradas algumas imagens da cultura da comunidade, e com base nelas feitos alguns questionamentos a respeito da cultura, concepção de saúde, principais dificuldades enfrentadas, dúvidas e propostas de melhorias.

Após esta, foi realizada a última atividade do dia, a rádio comunitária, a ideia era criar uma encenação de um programa de rádio, com locutores que entrevistariam profissionais de saúde sobre a problemática “Doença de Chagas”, abrindo um espaço durante a programação para as perguntas e contribuições dos ouvintes. Foram discutidos modos de transmissão, sintomas, tratamento e prevenção.

No sábado como primeira atividade buscou-se juntar toda a comunidade e residentes/preceptores, escolhendo-se então uma atividade de ginástica laboral, denominada “vamos fazer um bolo”, em que comandos eram dados, com o intuito de criar laços afetivos. Em seguida houve duas atividades paralelas, a “Mesa de Anemia Falciforme e hábitos bucais” e a gincana com as crianças.

A atividade “Mesa de Anemia Falciforme e hábitos bucais” se deu por uma roda de conversa em que se debatia o tema abordando o conceito, transmissão e diagnóstico da doença, em seguida foi feito a montagem de um prato nutricional, em que os participantes falavam os alimentos consumidos nas grandes refeições, e junto com os profissionais iam montando o “prato”



mostrando os hábitos alimentares da comunidade, após as explicações foram distribuídos folders explicativos a população.

Após as orientações nutricionais, foram realizadas as orientações odontológicas relacionadas à anemia falciforme, onde, primeiramente foram expostas as principais manifestações bucais relacionadas: osteomielite em ossos como a mandíbula perca transitória da sensibilidade de lábios, necrose da polpa dentária sem relação com cárie dentária, além de crises de dores nos dentes e ossos da face, com as devidas orientações, formas de prevenção e sempre estimulando a participação popular. Ao final foram, ainda, entregues kits com escovas dentais adultas para a população.

No mesmo momento as crianças participavam de uma gincana, com o tema “Hábitos saudáveis de higiene”. A primeira atividade foi à prova do “Glitter”, onde as crianças foram divididas em dois grupos, o primeiro recebia pequenas quantidades do glitter (brilho) nas mãos, enquanto uma música infantil tocava os dois grupos se cumprimentavam com aperto de mão, abraços e dançavam juntos. A segunda dinâmica foi a “Caça ao Tesouro”, nesta os profissionais envolvidos distribuíram dez figuras sobre a falta de higiene, em um espaço delimitado e pediram às crianças que pegassem os desenhos no prazo de 3 minutos, quem trouxesse o maior número de figuras era o vencedor. Outra dinâmica realizada com as crianças foi à chamada “Boca feliz ou boca triste?”. Foram impressas algumas imagens de objetos ou ações relacionadas à saúde bucal e alguns alimentos. Foram, ainda, confeccionados dois murais: um intitulado “Boca feliz” onde deveriam ser coladas figuras que colaboram com a saúde bucal e outra intitulada “Boca triste” onde seriam coladas aquelas que não colaboram com a saúde bucal. As crianças foram convidadas a participarem, e após concordarem com uma resposta, representantes foram escolhidos para colar cada figura no seu respectivo local. Após a dinâmica, foi realizada a entrega de kits de higiene bucal às crianças e realização de escovação supervisionada com as mesmas.

Estava programada a atividade “Você tira o Chapéu?” para trabalhar a temática sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, em que eram colocadas targetas, com as temáticas propostas, dentro dos chapéus e as pessoas da comunidade eram convidadas a participar da dinâmica, escolhendo um chapéu e se posicionando diante da questão encontrada, dizendo se concordava ou não, ou seja, se tirava ou não o chapéu. Mas essa atividade sofreu algumas adaptações, pois no momento de avaliação no dia anterior a ação o grupo decidiu que seria mais estratégico trabalhar através da rádio.

Para o encerramento das atividades, foi realizado um método de avaliação com a participação da comunidade, em que os moradores explicitaram em uma palavra a experiência



vivida durante os dois dias e alguns relataram os impactos positivos, as mudanças nos seus conceitos de saúde e o reconhecimento da importância do autocuidado.

## RESULTADOS

### Fundamentação teórica:

### **Figura 1- Representação de perspectivas para a construção do conceito de Educação Popular em Saúde.**

A preparação teórica da equipe sobre Educação Popular em Saúde foi de fundamental relevância, visto que a etapa foi o pilar das etapas seguintes: de planejamento, execução e avaliação das atividades de Promoção de Saúde. Os residentes foram estimulados refletir, problematizar, exporem suas percepções acerca do tema e a montarem seus próprios conceitos de EPS, através da associação de termos e expressões relacionados ao tema, como mostra a figura 1.

Fonte: Elaborado pelos autores.

### Planejamento das ações:

O desafio proposto para o grupo de residentes foi planejar ações de Educação em Saúde



de forma a atender e a impactar positivamente a população de Custaneira – Tronco levando em consideração o diagnóstico em saúde apresentado, as necessidades de saúde locais e gerais das populações rurais remanescentes de quilombos, a assistência em saúde ofertada, e incorporando nas práticas as questões étnicas, culturais e locais que influenciam diretamente os determinantes de saúde daquela população.



Diante desse contexto, na hora de pensar em ações de educação e promoção de saúde para uma determinada população deve-se pensar nas práticas que serão realizadas para não cair no velho paradigma de que “foi apenas mais uma ação de saúde como qualquer outra” e ao invés disso ter uma outra perspectiva, a de entendimento que aquela população merece um olhar diferenciado e ações diferenciadas que requerem cuidado e zelo no planejamento, execução e avaliação.

O planejamento foi pautado em alguns temas que, de acordo com Sousa (2015) e relatos do representante da comunidade Arnaldo de Lima merecem maior atenção àquela população.

A Doença de Chagas, com alguns casos notificados e relacionado principalmente a característica das moradias da região foi planejada a ser abordada de maneira dinâmica através da proposta da “Rádio Comunitária”. As chamadas Doenças Falciformes, onde está incluída a Anemia Falciforme, e que têm origem africanas e está diretamente ligada a casamentos consanguíneos, e Doenças Sexualmente Transmissíveis fazem parte do leque de doenças e agravos prevalentes em comunidades quilombolas, como citado na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007) A temática das Doenças Falciformes foi planejada a ser abordada unindo aspectos gerais, e orientações nutricionais e odontológicas relacionadas. As Doenças Sexualmente Transmissíveis e questões relacionadas à sexualidade, foram planejadas para focar principalmente adolescentes e jovens, através da atividade “Você tira o Chapéu?!”

A promoção de saúde englobou ainda, a prevenção de doenças e agravos relacionados a hábitos de higiene corporal e bucal. Nessa temática as crianças receberam atenção especial, e atividades lúdicas e dinâmicas foram planejadas: gincanas, jogos, atividades de pintura e higiene bucal supervisionada (HBS).

#### Vivência:

As atividades realizadas foram divididas em dois turnos. Como primeira ação na comunidade quilombola, foi realizada uma atividade de acolhimento na qual todos os moradores presentes no salão onde ocorreram permitiu a interação com a comunidade quilombola, funcionando como uma dinâmica “quebra-gelo”. Nesta atividade foram trabalhados pontos como a confiança, o respeito e o cuidado ao outro, bem como a relação destes temas com a comunidade e com a saúde.

Após a dinâmica inicial, foi realizado o círculo de Cultura, atividade que obteve o primeiro contato de escuta da comunidade, de conhecimento seus principais aspectos culturais, e aqueles relacionados à sua condição de saúde. Algumas fotos da localidade foram distribuídas entre os participantes do círculo, o que funcionou como estratégia disparadora para a participação da



comunidade: em seu reconhecimento cultural, concepção de saúde, interação em discussões acerca das principais dificuldades enfrentadas, dúvidas e propostas de melhoria.

As principais dificuldades destacadas foram: a escassez de chuva para molhar a plantação e péssimas condições das estradas que dão acesso ao local. Quando questionados sobre o que é saúde um morador respondeu que saúde é ter boa disposição, ânimo e estar à frente de tudo que acontece na comunidade, outro afirmou que para isso utiliza-se de rezadeira e produzem remédios naturais como: banho de alecrim, xarope de quina-quina, cura desmantelo e mãe catirina, o que demonstra a influência cultural e da natureza nas práticas populares de saúde nas comunidades.

A atividade da “Rádio Comunitária” alcançou grande aceitação e participação da comunidade, uma vez que englobou temas que atingiram todas as faixas etárias. Discutiu de forma dinâmica questões de saúde pertinentes para a comunidade: Doença de chagas, sexualidade, e doenças sexualmente transmissíveis, além de abrir espaço para perguntas abertas e anônimas. O exemplo de uma moradora que durante o link ao vivo fictício deu seu depoimento sobre a época em que foi diagnosticada com Doença de Chagas tornou a ação enriquecedora, uma vez que a comunidade ouviu o que ela passou enquanto portadora da doença, servindo de alerta para as demais. A sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis que foram abordadas juntamente com a dinâmica “Você tira o chapéu?” atingiram um excelente alcance, especialmente entre os adolescentes e jovens.

A atividade, trouxe ainda uma proposta sobre a relevância de uma rádio local para tratar de assuntos pertinentes à promoção de saúde e outras temáticas importante para comunidade. Vale ressaltar que a radio é um meio de comunicação bastante expressivo e muito utilizado. O locutor recorreu a algumas ferramentas como à voz, fundos musicais e vinhetas para criar um elo emocional entre ele e a comunidade. Dessa forma, a atividade dinâmica e de entretenimento foi um satisfatório instrumento de Educação Popular em Saúde e promoveu o fortalecimento do autocuidado em saúde dos moradores.

Considerando a alta prevalência das doenças falciformes em populações quilombolas, atrelada a sua carga de morbimortalidade, complicações agudas e crônicas, baixa expectativa de vida e má qualidade de vida entre os portadores, decidiu-se elaborar uma atividade que levasse educação em saúde sobre o tema, e relacionando-o com a importância de hábitos nutricionais saudáveis e hábitos de higiene bucal preventivos. Foi assim, planejada e executada a “Mesa da anemia falciforme”.



Os moradores aceitaram a proposta da atividade. Ouviram atentamente as orientações e explicações acerca das doenças falciformes e esclareceram suas dúvidas. Participaram, ainda, citando os alimentos que eram consumidos em seu cotidiano, e os nutricionistas presentes abordaram, de maneira popular, a interação dos alimentos e nutrientes contidos neles e sua relação com a patologia apresentada, criando também um momento de discussão.

Sabe-se que as infecções bucais estão diretamente relacionadas às crises algicas que existem em pacientes com anemia falciforme, dessa forma, com a ajuda de figuras, macromodelos e álbuns ilustrativos foram realizadas orientações de prevenção da cárie dentária e doença periodontal, com orientações da técnica de escovação, frequência de escovação e importância do flúor. Foram, ainda, entregues kits com escovas dentais adultas para a população.

As crianças da comunidade, participavam simultaneamente de atividades educativas para a saúde. Nos dois dias, foram realizadas gincanas e que conseguiram abordar praticamente todas as crianças da área. Dinâmicas voltadas à adoção de hábitos de higiene corporal, alimentação saudável e hábitos de higiene bucal, tornaram-se instrumentos de educação em saúde eficazes para esse seguimento da comunidade.

#### Avaliação:

Ao final das atividades, a participação da comunidade ao citar uma palavra caracterizando sua experiência com a ação foi uma importante estratégia avaliativa. Alguns moradores relataram experiências pessoais, as transformações de suas concepções de saúde e suas sugestões para melhoria da sua qualidade de vida e de toda a comunidade.

Momento avaliativos com a equipe de residentes e docentes foram realizados ao final de cada turno, através de reunião no intuito de observar pontos positivos: como alcance das atividades para os diversos públicos-alvo, interação com a comunidade e participação da mesma, eficácia e eficiência das abordagens utilizadas, suficiência dos recursos materiais, dentre outros. Pontos negativos foram enumerados com o intuito de corrigi-los e adequar as atividades que ainda seriam desenvolvidas à resposta da comunidade.

## **CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, a atividade realizada em Custaneira-Tronco fez com que a V turma da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e da Comunidade vislumbrasse a dimensão que atividades de promoção de saúde traz enquanto instrumento de transformação e modificação da realidade, pois foi possível verificar a importância de atividades de educação em saúde, o



planejamento sistemático, o trabalho transdisciplinar e principalmente a aproximação e a criação do vínculo com a população sendo possível apreender demandas não aparentes a olho nu.

Foi de fundamental relevância o desafio enfrentado pelo corpo formativo, pois mesmo sem ter feito a prévia territorialização, a ação executada na comunidade fez com que pudessem ser colocados em prática vários conceitos que permeia a discussão de educação popular em saúde, tirando-os do papel e os trazendo para a realização exitosa do proposto.

Por fim, essa experiência não se coloca como um ponto final e sim como mecanismo e forma de percebermos que pode ir além. Não foram respondidas todas as demandas da comunidade, mas aberto espaço para que novas intervenções ocorram naquela comunidade e em outras que carecem das mesmas ou de demandas completamente diferentes. Sendo, também, de suma importância a aproximação do poder público na forma de assistência em saúde à população.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- FREIRE, PAULO. **Educação e Atualidade Brasileira**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2003.
- SOUSA, A. J. **Etnicidade e Territorialidade na comunidade quilombola Custaneira/Tronco, município de Paquetá – PI, Brasil**. Dissertação (Mestrado), 2015.
- VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

## AGRADECIMENTOS

Ao mestre de cultura e representante da comunidade de Custaneira-Tronco, Arnaldo de Lima, mais conhecido como Naldinho, pela acolhida da equipe e receptividade com as suas ações. À Secretaria de Saúde do (SESAPI) pelo convite feito para participar da ação. E ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí.





## PROMOÇÃO DE SAÚDE COM CRIANÇAS DA COMUNIDADE QUILOMBOLA CUSTANEIRA/TRONCO EM PAQUETÁ-PI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Gessika Maura Gomes<sup>1</sup>, Laís Resende de Sousa Amaral<sup>1</sup>, Ana Karolyne Rodrigues<sup>1</sup>,  
Suellen Aparecida Patricio Pereira<sup>1</sup>, Cintya Maria Nunes de Santana<sup>1</sup>, Antonio Tiago da Silva Souza<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí

### RESUMO

Na infância, a criança assimila a cultura do meio e nela interage, buscando adaptar-se às condições propostas pelo mundo, vivendo então, como um ser social. Neste âmbito, a Educação Popular em Saúde (EPS) é um campo de práticas e de conhecimentos que propõe criar vínculos entre as ações de saúde e o saber popular, sendo um instrumento de integração entre os profissionais da saúde e a comunidade. O objetivo do trabalho é apresentar um relato de experiência vivenciado pela equipe multiprofissional da Residência em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, com o intuito de descrever as atividades de promoção de saúde realizadas com as crianças da Comunidade Quilombola Custaneira-Tronco. O relato é fruto das ações de educação em saúde e saúde bucal realizadas in locu na Comunidade, que permitiram a aproximação, o engajamento e a troca de conhecimentos considerando assim, cada uma das crianças como atores importantes para fazer e promover saúde naquela comunidade. Foi perceptível enxergar a interação do lúdico com a promoção em saúde como possibilidade de trabalhar temas que fossem melhor absorvidos e assimilados pelas crianças, possibilitando ações de troca, integração e humanização.

**Palavras-chave:** Saúde da população negra. Crianças. Promoção da saúde. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003).

De acordo com o Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas (2013), além dos quilombos constituídos no período da escravidão, muitos foram formados após a abolição formal da escravatura, pois essa forma de organização comunitária continuaria a ser, para muitos, a única possibilidade de viver em liberdade. De um modo geral, os territórios de comunidades remanescentes de quilombos originaram-se em diferentes situações, tais como doações de terras realizadas a partir da desagregação da lavoura de monoculturas, terras que foram conquistadas



por meio da prestação de serviços, inclusive de guerra, bem como áreas ocupadas por negros que fugiam da escravidão.

As comunidades quilombolas localizam-se em 24 estados da federação, sendo a maior parte nos estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. A Coordenação Estadual de Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Estado do Piauí – CECOQPI, estimou que o Piauí, no ano de 2010, contava com cerca de 400 a 500 comunidades quilombolas, espalhados por vários municípios do estado (SOUSA, 2015).

A Educação Popular em Saúde (EPS) se aplica como um campo de práticas e de conhecimentos que se atem a criar vínculos entre as ações de saúde, o pensar e fazer popular da comunidade. Considerando o saber construído por cada um, permitindo a pessoa sentir-se livre para contribuir com os conhecimentos populares e culturais que possui (VASCONCELOS, 2007).

Faz-se necessário revelar que em trabalhos de educação em saúde infantil, deve-se compreender e reconhecer o contexto social e as particularidades de cada criança, bem como o conhecimento prévio. Desta forma, e ainda de acordo com o trabalho de Hassan et al. (2011), ‘trabalhar educação no decorrer de atividades lúdicas pode tornar a construção do aprendizado um ato também prazeroso.

A infância é entendida como a fase do brincar, na qual as crianças buscam realizar seus desejos. Elas expressam sua visão da realidade ao desorganizar e organizar o mundo, utilizando sua imaginação (DALLABONA; MENDES, 2004). De acordo com Hassan et al. (2011) o brincar é uma atividade extremamente importante para o bem-estar mental, emocional e social, e que desperta a criatividade e a inteligência, adquirindo maior independência. Além disso, aprimora as habilidades motoras e sensoriais, aumentando assim a integração com outros indivíduos e favorece o desenvolvimento físico, intelectual e social.

Durante as atividades lúdicas e de educação em saúde, muitas vezes, as crianças reproduzem as situações vivenciadas no seu dia-a-dia. O brincar é uma atividade fundamental que permite a criança buscar compreender o mundo e a si mesma. Através das brincadeiras associadas às ações de educação em saúde, a criança deixa transparecer a forma pela qual está construindo e organizando os conhecimentos adquiridos (AZEVEDO et al., 2007).

Além de proporcionar alegrias, o lúdico pode despertar o pensamento reflexivo e crítico da criança. Nesse momento, esta pode assimilar a cultura do meio e com ela interagir, buscando



adaptar-se às condições propostas pelo mundo e passando a viver como um ser social (DALLABONA; MENDES, 2004).

O presente relato de experiência foi desenvolvido na comunidade quilombola Custaneira/Tronco, localizada no município de Paquetá-PI. A localidade esta constituída, conforme pesquisa de Sousa (2015) por 167 pessoas organizadas em 48 unidades familiares. Deste total, 34 são crianças, neste mesmo trabalho, considera-se criança a pessoa com até 12 (doze) anos de idade incompletos.

Devido à importância de atividades lúdicas e a necessidade de promover educação em saúde para a população infantil da comunidade quilombola de Custaneira/Tronco, desenvolveu-se este trabalho, com o objetivo de relatar a vivência e as experiências dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí-(UESPI), sobre as ações de educação em saúde desenvolvidas com as crianças da comunidade, apostando assim, em um desenvolvimento infantil saudável por meio da convivência e integração entre as crianças e os residentes.

## **METODOLOGIA**

Segundo Almeida et al (2007) um relato de experiência é uma oportunidade para de expor partilhar uma vivencia com outros profissionais. Neste sentido, o trabalho se refere a um relato de experiência de uma ação em saúde coletiva com crianças na comunidade quilombola Custaneira/Tronco, localizada no município de Paquetá-PI, aproximadamente 315 km da capital do estado. Participaram dessa ação doze residentes, dois tutores e quinze preceptores da RMSFC da UESPI.

Dentre as atividades planejadas, selecionou-se uma atividade lúdica em forma de gincana, como forma de concretizar as ações de educação em saúde. A gincana teve como objetivo utilizar os recursos lúdicos disponíveis para exercitar ações de promoção em saúde relacionadas a atividades de higiene corporal básica e saúde bucal. Utilizou-se de jogos, músicas, atividades de pintura por meio de uma cartilha educativa, produzida pelos próprios residentes, além de escovação supervisionada e distribuição de escovas dentais as crianças presentes. As atividades de educação em saúde desenvolvidas foram: “Dinâmica do aperto de mão”, “Caça ao tesouro” e “Boca feliz ou boca triste?”.

Iniciou-se a ação de educação em saúde com a atividade denominada “Dinâmica do aperto de mão”. O objetivo do jogo era explicar a necessidade da higienização adequada das mãos,



principalmente após as brincadeiras, antes das refeições e após o uso do banheiro. Durante a atividade, aplicou-se uma pequena quantidade de purpurina nas mãos de cada uma das crianças e estas tinham que cumprimentar o colega, apertando uma mão que estava com a purpurina contra a mão da outra criança que estava sem purpurina, fazendo assim, a purpurina passar para a mão da outra criança. Durante o contato, elas percebiam que a purpurina que estava na mão do colega também ficava na mão deles, fazendo uma alusão de como as bactérias podem passar de uma “mão suja” para outra “mão limpa” e também outras partes do corpo como boca e olhos.

Na sequência houve o “Caça ao Tesouro”. Foram espalhadas imagens em alguns locais do território da comunidade que representavam hábitos de higiene adequados e precários. As crianças foram divididas em duas equipes e tinham como tarefa localizar a maior quantidade de imagens. Esta atividade permitiu que as crianças identificassem situações relacionadas a higiene adequada e inadequada, além de questões de poluição ambiental e correlacionassem com a situação da comunidade que vivem.

Na parte de saúde bucal, foi realizada a dinâmica da “boca feliz ou boca triste?”. Produziram-se dois quadros, cada um com títulos diferentes: “boca feliz” e “boca triste”. Na “boca feliz” estavam os alimentos que não prejudicam a saúde da boca e dos dentes, enquanto na “boca triste” encontravam-se os alimentos prejudiciais a saúde bucal. Para a conclusão da parte de saúde bucal, foi realizada ainda a atividade de escovação supervisionada, em que se mostrou a forma correta de escovação e as crianças foram orientadas e acompanhadas durante esse processo. Foram doadas cerca de 50 escovas dentárias para a comunidade durante essa atividade.

Após esta dinâmica, foram entregues cartilhas com atividades de escrita e pintura relacionadas à temática de higiene pessoal, saúde bucal e limpeza do ambiente e, posteriormente, as crianças pintaram imagens de sua escolha e estas foram penduradas em um varal para exposição para as famílias da comunidade.

## **RESULTADOS**

A Promoção da Saúde compreende o desenvolvimento de políticas, programas e atividades planejadas de modo a alcançar a população como um todo em seu cotidiano, não se reduzindo a uma intervenção sobre grupos de risco para doenças específicas, ou seja, apresentando-se como uma possibilidade que permite lançar novos olhares para a atuação dos profissionais da saúde (FREITAS et al., 2010).



De acordo com Figueira e Leite (2008), uma das contribuições da promoção de saúde é a educação que visa ampliar o entendimento sobre saúde, concorrendo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas com competência e intensifique sua própria participação. Essa atividade pode ser desenvolvida em espaços diversos, como escolas, por exemplo, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade.

Ao adotar-se esta abordagem, acreditava-se na possibilidade de encontrar alicerces para desenvolver com as famílias e comunidades quilombolas, meios para aumentar o controle sobre os determinantes sociais da saúde com vistas a promover condições para partilhar saberes e decisões juntas aos profissionais da saúde.

Para a equipe multiprofissional, promover as ações de saúde com as crianças da comunidade quilombola de Custaneira/Tronco exigiu atividades de educação em saúde, com a utilização de abordagens que valorizassem o desenvolvimento de consciência crítica, porém que facilitassem a compreensão, além de trazer um caráter lúdico e agradável.

Nessa perspectiva é fundamental que o educador – profissional de saúde, compreenda que ensinar não se baseia na transferência de conhecimentos, e sim, na criação de possibilidades para sua produção e ou construção (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011). Nesse sentido, cabe valorizar os membros das famílias, sua autonomia, capacidade de agir sobre o mundo, capacidade de ser sujeito da reflexão e ação, cuidando para a libertação do olhar, um pensamento libertário (MAFESOLLI, 2010).

Freire (2011) traz a educação como prática da liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica na negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim também na negação do mundo como uma realidade ausente dos homens. Respeitando a liberdade, individualidade, à expressão ao pensamento libertário idealizado pela integração do trabalho manual, da vivência da prática ao conhecimento científico.

Também foi observado durante o desenvolvimento das atividades educativas e preventivas o meio social em que essas crianças vivem, em um meio social desigual em que às condições de vida são precárias, assim verifica-se que os problemas de saúde visualizados, mas não constatados cientificamente, pois se sabe que para se fazer tais afirmações são necessários levantamentos mais específicos, são reflexos da realidade do retrato social em que vivem.



Como dito acima, a educação em saúde se remete ao cuidado de saúde com pessoas através da promoção de saúde. Uma das formas mais eficazes se dá pela educação permanente, visto que esta metodologia considera as potencialidades, as dificuldades e as necessidades da população, olhando para além de uma via unidirecional, mas para a saúde como uma via de mão dupla entre o profissional e a comunidade.

Considerando a realidade da comunidade e a necessidade de um olhar para a população infantil, pensou-se em um espaço onde se trabalharia a saúde de forma lúdica, com brincadeiras e diversos objetos que favorecessem a compreensão, troca e internalização dos conhecimentos.

Ao se pensar no público infantil, é importante considerar que é neste período da vida que a aprendizagem é internalizada na criança, fase em que há um maior desenvolvimento cognitivo, da memória, da aprendizagem (OLIVEIRA et al., 2009). O uso do lúdico aponta um caminho auxiliar que envolve uma aprendizagem efetiva. Torna-se um mediador no processo de ensino aprendizagem da criança abrindo espaço para a troca, discussão, e para o conhecimento do outro, transcendendo a dimensão de cuidado em saúde apenas como transmissão de conhecimento. (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

O brincar se torna uma ferramenta potente, pois se mostra uma ação comum desta fase da vida, mas com um grande potencial de transmissão de conhecimento quanto à saúde no qual a criança consegue compreender o que se produz, absorvendo a motivação da brincadeira de forma divertida e natural, visto que ações como esta envolvem os aspectos físicos, motor, emocional e social (OLIVEIRA et al., 2009).

Acerca das ações desenvolvidas, escolheu-se trabalhar a temática de higiene pessoal com as crianças. Hassan et al. (2011) exprimem a relevância do desenvolvimento da compreensão desta temática ainda na infância quando a criança tem a capacidade de confrontar e assimilar pontos num processo de conscientização que perscrutara não só o ser, mas a comunidade.

Para isso as atividades planejadas envolviam danças, música, imagens coloridas e figuras para colorir. Com a finalidade de criar-se vínculo e atenção com as crianças, pensou em nomeá-las com um adesivo colado às roupas, permitindo que fossem identificadas pelo nome, além de os residentes também se vestirem com roupas de palhaços, o que atrairia mais a atenção das crianças.

No primeiro momento, com a ação “Dinâmica do aperto de mão”, refletiu-se sobre como ocorre a contaminação por microrganismos no decorrer do nosso cotidiano devido à falta de hábitos higiênicos simples, como por exemplo, o ato de lavar as mãos e conversou-se à importância de lavar as mãos como forma de prevenir doenças. Notou-se que através dessa



dinâmica, houve um melhor envolvimento das crianças, além de prender a atenção e facilitar uma assimilação da temática.

Quanto às atividades bucais, percebeu-se desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene, o que representou um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde (FIGUEIRA; LEITE, 2008). A importância de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Assim sendo, o grande desafio é atuar educativamente junto à população infantil, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação às doenças bucais que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Vicente (2004) afirma que são baixos os índices de higiene bucal das crianças em idade escolar, indicando uma deficiência quanto aos cuidados preventivos na faixa etária entre 6 e 12 anos, o que reforça a necessidade de trabalhar estes conteúdos, por meio de metodologias adequadas ao desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças.

Por meio do desenvolvimento das atividades, foi observada uma grande aceitação das crianças, tendo excelentes resultados quanto à participação nas atividades preventivas e educativas. Porém, é importante salientar que a educação em saúde bucal deverá ser frequente nessas comunidades para fortalecimento da autonomia dos indivíduos no caso as crianças, proporcionando assim uma melhoria sobre a saúde bucal.

Desta forma, podemos perceber a eficácia da promoção de saúde através da brincadeira, visto o contato com o mundo lúdico produzido pela criança. É relevante considerar que ao se falar de ações de troca, integração e humanização ao usuário, se considera a assistência independente da faixa etária e de vida, assim sendo, enquanto criança o uso de brincadeiras e ações lúdicas é uma ação de coerência com estes temas viabilizando a aquisição de novos comportamentos, compreensões, conhecimentos (GOLDFELD; CHIARI, 2005).

Acredita-se que as atividades lúdicas obtiveram sucesso no objetivo proposto de educar sobre as questões de higiene básica e saúde bucal, visto a boa receptividade dos jogos não só pelas crianças, mas também pelos familiares que os acompanhavam durante a sua execução.



## CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se assim, a relevância de produzir saúde com o público infantil, visto a capacidade que esse grupo possui de assimilar e transmitir conhecimentos, bem como a necessidade de uma ação que compreendesse a faixa etária específica das crianças daquela comunidade. O uso do lúdico permitiu que a troca de conhecimentos se transformasse em uma brincadeira divertida, onde os saberes rodeavam as cantigas e os desenhos de uma forma simples e, ao mesmo tempo, de forma ética e responsável, considerando cada uma das crianças como atores importantes para fazer e promover saúde naquela comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. H. R. B., et al. Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência. **Revista Brasileira De Enfermagem**. Brasília, v.60, n.4, p.460-463, 2007.
- AZEVEDO, D. M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n.3, p.335-341, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/4018/2715>> Acesso em 04 Abr 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Brasília – DF, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília – DF, 2003
- COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm** v.23, n.2, p.257-63, 2010.
- DALLABONA, S. R.; MENDES, S. M. S. O lúdico na educação infantil: jogar, brincar, uma forma de educador. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**, Blumenau, v. 1, n. 4, p.107-112, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev04-16.pdf>>. Acesso em 02 Abr. 2016.
- DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão editora, 2009. 207p. Não encontrei este indivíduo no corpo do texto.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2011.
- FREITAS, D. A; et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev CEFAC**. v.13, n.5, p.937-943, 2011. Deletar
- FREITAS, D. A. et al . Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, out. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 abr. 2016.
- FIGUEIRA T. R.; LEITE, C. G. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **RGO - Rev Gaúcha Odontol**. v.56, n.1, p.27-32, 2008. Disponível em <<http://www.revistargo.com.br/ojs/index.php/revista/article/viewArticle/6>>. Acesso em 05 Abr. 2016.
- GOLDFELD, M.; CHIARI, B.M. O brincar na relação entre mães ouvintes e filhos surdos. **Pró-Fono Rev de Atual Cient**, v. 1, n. 17, p.77-88, abr.2005.





- HASSAN, N. A. R. et al. Pet –Kid: relato de experiência de um projeto de extensão universitária. **Em Extensão**, Uberlândia, v.10, n.1, p.100-106, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20759>>. Acesso em 02 Abr. 2016.
- LEITE, N. S. L.; CUNHA, S. R.; TAVARES, M. F. L. Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologias: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. **Rev Enferm: UERJ**. v. 19, n.1, p. 152-6, 2011. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a25.pdf>>. Acesso em 05 Abr. 2016.
- MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**: Introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Ed. Meridional Ltda, 2010.
- OLIVEIRA, C. B. et al . As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-644, abr. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200032&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200032&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 abr. 2016.
- PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 abr. 2016.
- SOUSA, A. J. Etnicidade e Territorialidade na comunidade quilombola Custaneira/Tronco, município de Paquetá – PI, Brasil. 2015. 454f. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.
- VICENTE, J. P. Os Remanescentes de Quilombo do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? **Revista Pediatria**, v. 26, p.63-5, 2004.

## AGRADECIMENTOS

À comunidade Custaneira/Tronco na pessoa de seu líder “Naldinho”, por toda receptividade as ações e pelo acolhimento a equipe. À SESAPI- Secretaria Estadual de Saúde do Piauí pela oportunidade oferecida para promover saúde em uma comunidade rural quilombola. E ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela oportunidade de crescermos e sermos afetados por esta comunidade.

## ASPECTOS CULTURAIS DA COMUNIDADE QUILOMBOLA CUSTANEIRA-TRONCO DO MUNICÍPIO DE PAQUETÁ-PI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Suellen Aparecida Patricio Pereira<sup>1</sup>, Raksandra Mendes dos Santos<sup>1</sup>, Sâmia Luiza Coêlho da Silva<sup>1</sup>, Thais Norberta Bezerra de Moura<sup>1</sup>, Sabrina Gomes de Moura<sup>1</sup>, Patrícia Ferreira de Sousa Viana<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí



## RESUMO

O objetivo do trabalho é apresentar um relato de experiência vivenciado pela equipe multiprofissional da Residência em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, no mês de Março do corrente ano, com o intuito de descrever os aspectos culturais da Comunidade Quilombola Custaneira-Tronco, localizada na região do município de Paquetá, no estado do Piauí. O relato é fruto das ações de educação e promoção de saúde realizadas *in loco* na Comunidade, que permitiram a aproximação e o engajamento para, a partir da vivência, desenvolver e construir o produto deste artigo.

**Palavras-chave:** Cultura. Promoção da Saúde. Saúde da População Negra.

## INTRODUÇÃO

Os agrupamentos étnicos que se definem por meio das relações com o território, o parentesco, a terra, a ancestralidade e as práticas culturais próprias, representando um símbolo de resistência à escravidão no país são denominados como quilombos (LEITE, 2008). Silva (2008) afirma que o termo remanescente de quilombo é utilizado para designar uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e grupos específicos.

De acordo com Munanga e Gomes (2006), os quilombos brasileiros constituíram-se em estratégias de oposição a uma base escravocrata, pela implementação de outra forma de vida, contrariando uma lógica na qual se encontraram todos os tipos de opressão a pessoa negra. Desse modo, os laços de solidariedade e o uso coletivo da terra formaram as bases de uma sociedade fraterna e livre das formas mais cruéis de preconceitos e de desrespeito a sua humanidade.

No entendimento de Carvalho e Lima (2013) o adjetivo ‘remanescente’ surge como uma forma de separar no sentido de descontinuar o processo histórico de fuga e resistência associado ao termo quilombo. A experiência dos quilombolas no Brasil é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente o direito à posse de suas terras, que foi concretizado a partir da regulamentação do procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003 (MINISTÉRIO DA CULTURA, 2003).

Os quilombos são definidos, não apenas como o grande espaço de resistência guerreira, mas como representantes de recursos radicais de sobrevivência grupal, com uma forma comum



de vida e modos próprios de organização (PAIXÃO; CARVANO, 2008). Segundo o Ministério da Cultura (2003), os remanescentes das comunidades dos quilombos são os grupos étnico-raciais, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

A Região Nordeste apresenta o maior número de comunidades quilombolas certificadas. Em geral, elas se localizam no semiárido, clima que gera catástrofes sociais, econômicas e nutricionais frequentes (GUERRERO, 2010). As atividades econômicas que predominam nas comunidades quilombolas são a agricultura de subsistências, a pecuária tradicional e o artesanato. (LONER, 2012).

Segundo Santos (2006), inicialmente, os grupos remanescentes das comunidades dos quilombos eram vistos como comunidades rurais. A institucionalização dessas comunidades com o Estado ocorreu inicialmente com a criação da Fundação Cultural Palmares (FCP) em 1988, ligada com ao Ministério da Cultura, posteriormente com o surgimento da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), órgão vinculado a Presidência da República, criado em Março de 2003 e por último, por meio do Decreto nº 4.887 de 2003, ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), órgão do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA), a competência para a regularização fundiárias das terras dos remanescentes quilombolas.

Apesar do Decreto nº 4.887/03 considerar a auto atribuição como critério de identidade quilombola, as comunidades ainda necessitam pleitear este reconhecimento por parte do Estado. Primeiro, a comunidade precisa criar uma associação e posteriormente registrá-la em cartório, em seguida encaminhar, para a FCP, documento em que se auto definem como remanescente das comunidades quilombolas, pedindo o seu cadastramento, neste mesmo documento solicitam a regularização fundiária de suas terras. Logo após a publicação, no Diário Oficial da União e no Diário Oficial do Estado, deste ato administrativo, a Fundação Cultural Palmares encaminha a solicitação de regularização fundiária para o INCRA. (SANTOS, 2006; SOUSA, 2015)

De acordo com Silva (2008), os remanescentes de comunidades quilombolas têm hábitos e costumes vindos de uma cultura rica e muito admirável. Muitos até hoje ainda reproduzem o que era feito pelos seus antepassados. Cantigas, danças de rodas, o artesanato em barro e em palha, além dos rituais religiosos e sociais são exemplos de tradições que permaneceram vivas ao longo do tempo nestas comunidades (OLIVEIRA, 2014).

No Piauí, o movimento quilombola surgiu em meados de 1988, época em que todos negavam a existência de quilombos no estado - com a necessidade de melhorias das condições de vida das populações negras que viviam isolados no interior (SOUSA, 2013). Nomes como Seu



Andrelino, Negro Bispo, Naldinho, Maria Rosalina e Oswaldina dos Santos surgiram com o objetivo de alavancar discussões e lutas para as populações quilombolas (BATISTA, 2010).

Existem no Piauí 172 comunidades quilombolas que são reconhecidas como remanescentes de quilombos pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Piauí (EMATER/PI) com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial de Combate à Fome (FAO), apoiada pela Secretaria Nacional de Igualdade Racial e do Ministério do Desenvolvimento Agrário (SOUSA, 2013).

Dentre os quilombos presentes no Piauí, temos a Comunidade Quilombola de Custaneira-Tronco, a sete quilômetros do município de Paquetá, a qual dispõe de auto definição de sua identidade étnico racial certificada junto à Fundação Cultural Palmares – FCP/MinC, sob a Portaria FCP/nº 189/2012, de 28.09.2012, publicada no Diário Oficial da União DOU/nº 190, Seção 1, p.10, de 01.10.2012, e retificação publicada no DOU/nº 227, Seção 1, p.8, de 26 de novembro de 2012(SOUSA, 2015).

De acordo com Sousa (2015), em Custaneira-Tronco, que apresenta 48 unidades familiares e 167 moradores, o Lundu de Leseira, Samba de Cumbuca, Reisado, Roda de São Gonçalo e o Terreiro de Umbanda compõem o repertório entoado por instrumentos de percussão e um deles é especial: o 'Tambor da Mata'. Outra particularidade é um refrigerante feito com milho, caldo da rapadura e farinha, conhecido como aluá.

Este trabalho visa apresentar, por meio de um relato de experiência, as vivências extramurais dos alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) em uma comunidade remanescente de quilombos, destacando-se aspectos ligados à ancestralidade, cultura e religiosidade que influenciam os modos de andar a vida da população de Custaneira-Tronco, em Paquetá-Piauí.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência sobre a percepção dos aspectos culturais presentes na Comunidade Quilombola Custaneira-Tronco identificados durante a passagem dos residentes da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí na realização de ações de promoção de saúde no referido território.

A articulação da visita da RMSFC à comunidade quilombola Custaneira-Tronco se deu a partir de um convite da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), a qual ficara responsável pela realização de testagens e aconselhamento sobre doenças virais (AIDS, Hepatite



e Sífilis) programadas para a comunidade, ficando sob responsabilidade dos residentes as ações de promoção e educação em saúde.

Para a organização das atividades, o primeiro passo da Residência foi conhecer a realidade de Custaneira-Tronco através de publicações que existiam sobre a comunidade e pessoas que tiveram a oportunidade de visitá-la. Esse momento foi de grande relevância, pois as ações tinham de ser direcionadas para questões de saúde específicas desta população, enfocando particularidades que não poderiam ser deixadas de lado como, por exemplo, um número elevado de casos de anemia falciforme existentes na comunidade. Diante disso, foi realizado um trabalho minucioso de planejamento das ações, as quais foram vistas e revistas, adaptadas e avaliadas, em uma construção coletiva de estratégias de educação e promoção da saúde que contou com o empenho dos residentes e a contribuição de preceptores e tutores.

A dinâmica da população negro-quilombola de Custaneira-Tronco está situada em uma teia de relações permanentes e contínuas com as dinâmicas geográficas, políticas, administrativas, comerciais, socioculturais e familiares com a vida social dos municípios de Paquetá, Picos, Santa Cruz do Piauí e Oeiras, no estado Piauí, o que permite e contribui para o estabelecimento da sua vida política, sociocultural e étnica.

Conforme dados construídos durante um estudo realizado pelo pesquisador Áureo João de Sousa (2015), a população atual da Comunidade está constituída por 167 pessoas organizadas em 48 unidades familiares. Em relação às atividades econômicas da comunidade destacam-se a caça de animais silvestres; pescas artesanais; extrativismo de mel e vegetal em carnaúbas; e, sobretudo, com atividades de cultivo de milho, feijão, arroz, algodão, macaxeiras, mandioca, cana-de-açúcar, gergelim, abóboras, melancias, caju, fruteiras regionais; criação de pequenos animais (porcos, galinhas, ovelhas e bodes), etc.

A comunidade conta com distribuição de energia e de água potável. As casas são construídas com materiais de alvenaria, mas também constam muitas unidades edificadas de taipa; no total são 45 (quarenta e cinco) habitações construídas para o fim específico de moradia. Em relação aos prédios em coletividade, destacam-se a Capela Cristã Católica; a Igreja Evangélica; Escola Pública Municipal, funcionando o ensino fundamental menor; e um salão comunitário, apenas com uma parede de taipa ao fundo, aberto aos lados, sustentado por colunas de madeira, com o teto de palha.

Nos dias 18 e 19 de março de 2016, o grupo de residentes e preceptores da RMSFC viajaram para a comunidade quilombola na zona rural do município de Paquetá-PI, para a realização de atividades de promoção de saúde elaboradas pela própria equipe, especialmente



para este evento, e que tinham como objetivo conhecer o território, os aspectos culturais, além de atender as demandas já conhecidas da região.

As atividades em Custaneira-Tronco foram iniciadas com um caloroso acolhimento, através de uma dinâmica de aquecimento com músicas e movimentos corporais. A segunda atividade foi o círculo de cultura com o intuito de proporcionar um momento para que os moradores apresentassem à comunidade para os visitantes, ressaltando aspectos culturais, sociais e econômicos para posteriormente chegar às práticas de saúde da população, em seguida a apresentação de uma rádio comunitária, simulando situações do dia a dia difundidas por meio de um dispositivo de comunicação democrático – o rádio.

No segundo dia os residentes e preceptores se dividiram entre as atividades de promoção de saúde que aconteceriam de forma paralela, sendo realizadas ações educativas e escovação supervisionada com as crianças, roda de conversa sobre anemia falciforme, atingindo principalmente o público adulto e também a retomada da rádio comunitária para trabalhar a temática sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, ação que teve grande participação dos jovens.

A encenação da rádio comunitária foi uma das atividades que superou as expectativas de residentes e preceptores, constituindo-se como uma importante ferramenta de vínculo com a comunidade. De modo que estava programada apenas para o primeiro dia e foi realizada nos dois dias de atividades.

A interação não veio somente na forma de perguntas, mas a população passou a interagir, pedindo músicas e também enviando mensagens aos presentes e até ausentes, como de fato acontece nos programas de rádio. Em suma, a rádio conseguiu discutir as questões de saúde da localidade, provocar a comunidade quanto à necessidade de uma rádio local e ainda facilitar a conexão com a população.

Um dos aspectos marcantes da comunidade, que foi o objeto de observação para a constituição do produto deste relato, é a cultura quilombola. A Comunidade Quilombola Custaneira-Tronco dispõe do Grupo do Sagrado Coração de Jesus (forma de organização cristã-católica), do Grupo do São Gonçalo, do Grupo da Leseira e do Grupo do Reisado. Tais manifestações culturais serão detalhadas a seguir no que se referem à sua formação, características e importância para a comunidade.

## **RESULTADOS**

O grupo de residentes da RMSFC da UESPI chegou cheio de expectativas diante da oportunidade de ultrapassar os limites da cidade de Teresina e conhecer uma realidade diferente



do espaço urbano que ocupam, experiência que se tornou ainda mais desafiadora pelo fato de as atividades terem um aspecto multidisciplinar – característica fundamental da Residência, levando os profissionais a se despir de suas identidades profissionais e assumir o cuidado interdisciplinar e integral como prioridade naquele momento, estreitando os laços entre os profissionais de saúde e a população.

Ressalta-se o quanto foi importante tomar como ponto de partida o saber anterior dos moradores de Custaneira-Tronco. Esse movimento possibilitou a maior integração das pessoas às atividades, pois não existia um saber mais importante do que outro, mas diferentes perspectivas que partem da vivência, formação e experiência de cada um. À medida que os residentes realizavam as atividades de promoção de saúde, os moradores apresentavam seus benditos, suas danças, canções de terreiro, seus instrumentos musicais, sua culinária e histórias.

De acordo com Júnior (2010), na religiosidade popular os benditos se transmitem em família, ou passam de pessoa para pessoa por meio da cadeia ininterrupta da oralidade, numa troca de experiências em que o poder da voz assenta uma orientação segura, tornando-se um modo de pensamento e ação. A religião do povo é muito rica em suas manifestações. O bendito integra a prática devocional e se assenta sobre lideranças leigas: rezadores, benzedores, curandeiros, mestres de cerimônias.

Os benditos dão forte expressão regional, em particular, tornam possível o equilíbrio do desenvolvimento social, ou seja, a identidade. A tradição é o universo que tem a memória como o suporte para a transmissão de seus repertórios, mantém a necessária ativação do imaginário implicando um funcionamento partilhado pelo conjunto de indivíduos de uma sociedade (NOGUEIRA, 2002). Temos como exemplo, os seguintes benditos que fazem parte dos cantos entoados durante as celebrações religiosas da comunidade: “Aos 13 de Maio”, “Sagrada Paixão de Jesus Cristo”, “Santíssimo Sacramento” e “Hino da Santa Cruz”.

Ao anoitecer os anfitriões proporcionaram aos visitantes um momento de contato com outra de suas manifestações culturais, fazendo com que residentes e preceptores entrassem na roda para dançar a “Leseira”. A Leseira se constitui como uma dança, composta por pares que ficam organizados em forma de círculo, havendo troca de parceiros em movimentos cadenciados, enquanto os músicos tocam instrumentos e entoam cânticos que se relacionam com a cultura local, movimentando a roda por horas (BRASIL, 2012, p.52).

De início foi formado um círculo apenas com os moradores para que os demais pudessem observar como se dava a dança, aos poucos os visitantes foram introduzidos no círculo, criando uma grande roda em um clima de alegria e descontração.



Esse momento se deu no espaço cultural da comunidade, os tambores, atabaques e cuícas possuíam um aspecto rústico assim como o espaço que ocupavam. Dessa forma, o local, a dança, as músicas, os instrumentos, a alegria desse povo proporcionaram aos visitantes uma viagem no tempo, como pôde ser observado no diário de afetação de um dos autores deste relato:

“Particpei da roda do início ao fim, em alguns momentos tive a sensação que estava em outra época, as danças, os risos, os ritmos e movimentos me faziam viajar e imaginar os quilombos de outrora. Imaginar a resiliência e resistência do povo negro diante do sofrimento da escravidão”.

A roda de “Leseira” foi um dos momentos em que a cultura desse povo se mostrou mais forte, pois em um mesmo espaço foi possível observar três gerações de uma mesma família (avó, filho e neto) compartilhando de costumes de seus antepassados, mantendo viva a memória de seus ancestrais.

Pelo o que conta os moradores da comunidade Custaneira-Tronco, a “Leseira” era dançada pelos seus antepassados no dia de sexta feira da paixão, dia da Semana Santa em que os trabalhos braçais eram suspensos, sendo esse um momento raro de descanso para os negros que se divertiam dançando a “Leseira”.

Nesse sentido a “Leseira” consistia em uma importante estratégia de resistência dos escravizados diante do controle dos senhores, indo além da diversão, pois enquanto dançavam e cantavam também se comunicavam, sendo muitas informações passadas entre si através das letras das canções (BRASIL, 2012, p.50).

É interessante ver como aspectos da cultura do negro e do branco se misturam na comunidade, pois o hábito de dançar a “Leseira” é mantido até hoje e o hábito do branco de não comer carne e evitar trabalhos braçais na sexta também são respeitados, aspecto esse que deixa claro a miscigenação desse povo.

Outras manifestações culturais e religiosas da comunidade são a Roda de São Gonçalo e o Reisado, que os residentes não tiveram oportunidade de vivenciar ou assistir, conhecendo-a apenas pelo relato dos moradores, que afirmam que a roda de São Gonçalo não é para ser apresentada, mas sim *tirada*, a pedido de alguém que queira pagar uma promessa feita ao Santo. Como explica Sousa (2013 p 359):

“O *Grupo de São Gonçalo* é formado por devotos do santo cristão-católico São Gonçalo. As mulheres dançarinas e rezadeiras são fundamentais no ritual, sem as quais não há *Roda de São Gonçalo*. No ritual, que recebe o idêntico nome do santo, o Mestre *Tirador de São Gonçalo* ou *Tirador de Rodas de São Gonçalo* atua como o maestro do Grupo e, juntos, rezam orações cristãs-católicas e





dançam uma dança ritual, enquanto cantam orações ou *cantos* específicos, a pedido de uma pessoa pagadora de promessa a São Gonçalo”.

O Reisado chegou ao Brasil por meio dos colonizadores portugueses e sofreu mudanças com a participação dos negros. Contudo o Reisado é um espetáculo popular das festas de Natal e Reis, cuja ribalta é a praça pública e a rua (CARVALHO, 2015). É uma dança do período natalino em comemoração ao nascimento do Menino Jesus e em homenagem aos Reis Magos Gaspar, Melchior e Baltazar, que levaram ouro, incenso e mira, que representam as três dimensões de Cristo (realeza, divindade e humanidade). Folia de reis, ou reisado, ou ainda terno-de-reis, constitui um dos mais originais folguedos folclóricos (MENDES, 2005).

De acordo com Mendes (2005), no contexto do catolicismo popular, o Reisado é uma forma de devoção associada ao episódio bíblico da visita dos três Reis Magos ao menino Jesus. Entre o dia 25 de dezembro e 6 de janeiro, os “reiseiros” peregrinam pelas comunidades rurais vizinhas entrando de casa em casa. O ritual da visita é baseado numa relação de troca material e espiritual entre os devotos, o dono-da-casa e o Santo Reis. Os devotos abençoam a casa com cantos sagrados e recebem dinheiro dos donos-das-casas para a realização da festa em homenagem ao Santo, que acontece no final do período de peregrinação.

Os residentes chegaram a Custaneira-Tronco com as bagagens cheias de atividades de educação e promoção da saúde, as quais foram executadas de forma exitosa. E o sucesso destas atividades pode ser atribuído ao planejamento criterioso, às simulações das técnicas empregadas e ao empenho de todos os envolvidos, mas, sobretudo, deve-se à grande adesão da população, o que se deu de forma gradativa, inicialmente com uma tímida participação dos moradores. Entretanto, à medida que residentes e preceptores aproximavam as discussões em saúde da realidade local, percebia-se uma maior participação, uma vez que o diálogo se dava a partir do reconhecimento do saber do outro e do respeito às contribuições da comunidade. Esse momento ressalta o quanto é importante para os profissionais de saúde desenvolver atividades partindo sempre dos conhecimentos e modos de vida da população, para que as ações a serem desenvolvidas façam sentido naquele território.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As atividades realizadas em Custaneira-Tronco proporcionaram um momento rico de trocas entre a Residência Multiprofissional e a comunidade. Aos residentes e preceptores foi possível vivenciar aspectos da cultura quilombola, que para muitos eram desconhecidos, e aos



moradores foi possível debater questões de saúde a partir do seu próprio cotidiano, de acordo com suas histórias de vida e com a forma que vivenciam e percebem o mundo ao seu redor.

Refletir criticamente acerca de uma sociedade justa e igualitária, antes de tudo, pressupõe vivenciar as diversas realidades que o Brasil, tendo em vista a injusta colonização deste país, responsável por desencadear profundas desigualdades em múltiplas dimensões: sociais, econômicas, culturais, políticas e históricas, principalmente no que diz respeito ao mote deste trabalho, centrado na população quilombola, observada como fruto de um passado remoto da história, ligado exclusivamente ao período no qual houve escravidão no país. Quilombo seria, pois, uma forma de se rebelar quanto a esse sistema, seria aonde os negros iriam se esconder e se isolar do restante da população.

Nesse diapasão, observa-se que o artigo, por meio do relato de experiência, consolida uma das diversas realidades deste país, promovendo a possibilidade de conjectura acerca da comunidade quilombola especificamente em Custaneira-Tronco, no estado do Piauí.

O que foi perceptível, através do desenvolvimento deste trabalho, refere-se aos aspectos vivenciados pela equipe da RMSFC da UESPI que identificou e conheceu a comunidade em sua totalidade, intervindo de forma transcendental aos elementos de educação e promoção da saúde, tendo em vista que todos os profissionais (coordenadora, tutor, preceptores e residentes) envolveram-se nas atividades propostas e participaram ainda de ações desenvolvidas pela comunidade (Leseira, vivência do Bendito, dentre outras.) que oportunizaram o contato com a cultura, identidade e saberes da população que forma Custaneira-Tronco, auxiliando no desenvolvimento exitoso do objetivo da visita que se encontrou na promoção da saúde de forma criativa, acolhedora e alegre, respeitando as singularidades de cada indivíduo desta comunidade.

## REFERÊNCIAS

- BATISTA, R. **Organização das Comunidades Quilombolas no Piauí**. Entrevista concedida a Daniely Monteiro. Teresina, Piauí, 25 de novembro de 2010.
- BRASIL – Decreto 4887, de 20 de novembro 2003 que **regulamenta o procedimento para regulação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos** de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF. 2003.
- BRASIL. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan. Superintendência do Iphan no Piauí. Bens negros: referências culturais em comunidades quilombolas do Piauí. Organização Ricardo Augusto Pereira; Pesquisa e texto Solimar Oliveira Lima. Teresina, PI: IPHAN-PI, 2012. 80p.



- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.portaldaigualdade.gov.br/portal-antigo/arquivos/pbq.pdf>. Acesso em: 12 abr. de 2014.
- CARVALHO, R.M. A; LIMA, G.F.C. Comunidades Quilombolas, Territorialidade e a Legislação no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Ciências Sociais. João Pessoa**, n.39, fev. 2013.
- CARVALHO, J. *et al.* Entre pétalas e espinhos: dona rosa e o reisado do bom jardim. **Ciências Humanas e Sociais Unit**. Aracaju, v. 2, n.3, p. 35-49, Março, 2015.
- GUERRERO, A.F.H. **Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém – Pará, Brasil** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
- J. L. D. OLIVEIRA, P. R. F. A importância da cultura quilombola para o cariri no século XXI **Revista Direito & Dialogicidade - Crato, CE**, v.5, n. 1, jan./jun.. 2001.
- JUNIOR, L.A.S. A gestação etnolinguística dos benditos a partir da memória ibérica. **Interseções. Revista de Estudos sobre Práticas Discursivas e Textuais**. Ano 3, número 1, Abril, 2010.
- LEITE, I.B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Revista Estudos Feministas**. V. 16, p. 965-77, 2008.
- LONER, B.A; GILL, L.A; SCHEER, M.I. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. **Hist Ciênc Saúde - Manginhos**. V. 19 Suppl 1 ;p. 133-52, 2012.
- MENDES, Eloísa Brantes. Do canto do corpo aos cantos da casa. Performance e espetacularidade através do Reisado do Mulungu (Chapada Diamantina - Bahia). Salvador: Tese de Doutorado em Artes Cênicas, UFBA, 2005.
- MUNANGA, Kabengele & GOMES, Nilma Lino. **O Negro no Brasil de Hoje**. São Paulo, Editora Global, 2006.
- NOGUEIRA, C. Cancioneiro popular de Baião, Vol. II. Amarante: Bayam Revista Semestral, 2002.
- PAIXÃO, M; CARVANO, L. M. Acesso ao poder institucional, políticas públicas e marcos legais. In: Paixão M, Carvano LM organizadores. **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008**. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2008. p. 143-76.
- SANTO, C.A.B.P. **Quilombo Tapuio (PI)**. Terra de Memória e identidade. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2006.
- SILVA, D.O; GUERREIRO, A.F. H; GUERRERO, C.H; TOLEDO, L.M. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. Nutr.**v. 21, Suppl:S p. 83-97, 2008.
- SOUSA, A.J. **Marcação e Demarcação de Identidades e Territórios de Quilombolas. Teresina-PI**. Fevereiro de 2013.
- SOUSA, A. J. **Etnicidade e territorialidade na comunidade quilombola Custaneira-Tronco, município de Paquetá – PI, Brasil / Áureo João de Sousa- 2015**. 454 f.: il.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à população da Comunidade Quilombola Custaneira-Tronco por permitir que pudéssemos compartilhar de seus saberes e de sua cultura; à Universidade Estadual do Piauí pelo apoio para realização dessa atividade, aos preceptores e residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pelo empenho e dedicação na idealização e execução das atividades de educação e promoção de saúde realizadas na comunidade.



## OS DESAFIOS NA ROTINA DO CAPSad II DE PICOS-PI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Erika Ravena Batista Gomes<sup>1</sup>, Maria Jeany Pinheiro de Moura<sup>1</sup>, Anaita de Sousa Rocha Neta<sup>1</sup>*

1UNINOVAFAPI

2CEFOP

### RESUMO

O cuidado em saúde mental é exigente em todos os contextos em que acontece. No CAPSad, dispositivo especializado de atenção a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, a assistência é caracterizada por ações diversas e extremamente desafiadoras em virtude da complexidade das necessidades dos usuários atendidos, orientadas por Leis e Portarias do Ministério da Saúde. Nele atua equipe composta por profissionais de formações diversas, que se relacionam de forma interdisciplinar. Este trabalho é um relato de experiência, descritivo das atividades que acontecem em um CAPSad, que revela algumas ansiedades dos profissionais nessa realidade de atenção a usuários do serviço e seus familiares.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

SAÚDE, CICLOS DE VIDA E GRUPOS POPULACIONAIS: SAÚDE MENTAL

### INTRODUÇÃO

Discutir a assistência a pessoas com transtornos mentais constantemente nos remete a um angustiante passado, onde o isolamento e a falta de atenção caracterizavam as práticas das instituições psiquiátricas. Inúmeros são os relatos de negligência e maus-tratos aos pacientes que eram submetidos a esses tratamentos.

A inquietação dos profissionais e as mobilizações dela decorrentes culminaram no Movimento de Luta Antimanicomial, engajado na batalha pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, hoje assegurados pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, e que incluem o acesso a assistência humanizada em saúde. Após um longo percurso de desafios e conquistas, o Brasil pratica um modelo de cuidado em saúde mental que preza pela



autonomia e qualidade de vida de seus usuários, através de dispositivos de atenção básica ou especializados, ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria nº 336/ 2002 atribui a assistência especializada a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que são serviços abertos, de atenção diária, substitutivos das internações psiquiátricas, localizados nos territórios.

Os CAPS dispensam assistência em regimes de tratamento que contemplam as diferentes necessidades de seus usuários, que são acompanhados por uma equipe multiprofissional, que trabalha sob a óptica interdisciplinar. Realizam atividades prioritariamente em espaços coletivos, e desenvolvem cuidados através do Projeto Terapêutico Singular.

As modalidades de CAPS definidas pela Portaria nº 336/ 2002 são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSadIII e CAPSI.

Ao CAPSad é atribuído o atendimento a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos. É um serviço que pode ser habilitado em municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

O presente relato de experiência descreve de forma sucinta as ações que acontecem em um CAPSad, na tentativa de valorizar e revelar a prática dessa instituição, ainda desconhecida por muitos. A metodologia apresenta a cidade e a instituição em estudo. Nos resultados e considerações finais é possível visualizar questões que desafiam a atuação da equipe de saúde na prática em saúde mental.

## **OBJETIVOS**

Descrever as atividades do CAPSad de Picos-PI, a partir do olhar de duas das autoras, que são profissionais do dispositivo.



Compartilhar inquietações e desafios que permeiam o cuidado em saúde mental na instituição.

## **METODOLOGIA**

A rotina do CAPSad de Picos-PI é vivenciada por parte dos autores desse estudo. O método utilizado nesse trabalho é o descritivo, possibilitado pela observação-participante.

Para Queiroz et al (2007), a observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.

Caracterizando o município em questão, Picos está situado a 310 km da capital do Estado Teresina, na região centro-sul do Piauí, entre picos montanhosos. É conhecida como Cidade Modelo e Capital do Mel. Sua população é de 73.417 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2010.

É referência da região em saúde por dispor de Hospital Regional e de Policlínica, o que intensifica a constante necessidade de estratégias e fortalecimento da prática da clínica ampliada, intensificando as ações coletivas, efetivando a integração dos usuários com suas redes de apoio. Possui também de grande quantidade de clínicas especializadas, laboratórios e farmácias.

Observa-se no município significativo consumo de álcool e outras drogas, reflexo do intenso fluxo diário de pessoas das cidades da sua microrregião e macrorregião, motivado pelo forte comércio da cidade, sua principal fonte de renda, e por sua localização geográfica privilegiada, que compõe o principal entroncamento rodoviário do Nordeste, ao ligar os Estados do Maranhão, Ceará, Pernambuco e Bahia ao Piauí.

Picos recebe uma população flutuante predominantemente jovem, devido a presença de pólos da Universidade Federal do Piauí - UFPI, Instituto Federal do Piauí – IFPI, Universidade Estadual do Piauí - UESPI, e instituições de ensino particulares de nível superior, como o Instituto de Educação Superior Raimundo Sá – IERSA, o que alerta



profissionais atuantes nos serviços de saúde para a necessidade de atividades preventivas em relação ao uso de substâncias psicoativas.

## RESULTADOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente. Constitui, na visão de Andretta e Oliveira (2011), um relevante problema de saúde pública que vêm permeando as esferas sociais, emocionais, políticas e nacionais, preocupando toda a sociedade.

Embora o termo dependência química não seja citado nos documentos legisladores da atenção em saúde mental, a definição médica e os critérios diagnósticos enumerados pela Classificação Internacional de Doenças - CID10 e Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSMIV são apreciados e utilizados na atuação nos CAPSad.

De acordo com a CID10, a dependência química caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.

Para Pratta, Castelo Branco e Santos (2009), o diagnóstico de dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Os autores ressaltam que romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado pela vivência de um sofrimento físico e psíquico intensos, tendo sua vida, da sua família e até da comunidade afetadas. Essa é a realidade da maioria das pessoas que buscam os tratamentos especializados.

O CAPSad de Picos data de 26 de março de 2007, e funciona todos os dias da semana, exceto feriados e finais de semana, em dois turnos (manhã e tarde), conforme preconiza a Portaria n.º 336/2002. Atende a população da própria cidade ou de cidades vizinhas também integrantes do território do Vale do Guaribas. Dispõe de instalações físicas confortáveis e com ampla área aberta, mas ainda não-ideias para o desenvolvimento pleno



de suas atividades. Esse espaço é alugado, mantido pela Prefeitura Municipal. O tratamento é ofertado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

A Portaria n.º 336/ 2002 define a equipe técnica mínima para atuação no CAPSad, que deve ser formada por: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A realidade do CAPSad de Picos é de equipe que vai além da mínima, composta por: coordenação; uma médica psiquiatra; dois profissionais de enfermagem; duas psicólogas; três assistentes sociais; uma pedagoga; um farmacêutico; uma fisioterapeuta; uma nutricionista; uma terapeuta ocupacional; uma artesã; uma cozinheira; uma serviços gerais, dois seguranças; dois vigias; uma recepcionista.

As atividades que desenvolvidas no cotidiano do CAPSad obedecem a descrição da Portaria n.º 336/ 2002, considerando os procedimentos a serem declarados no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS, estabelecido pela Portaria 276/2012.





O CAPSad realiza cuidado individualizado no acolhimento inicial, assim denominado pela Portaria nº 854/2012 o primeiro contato do usuário com a instituição, que pode ocorrer por demanda espontânea ou referenciado por outras instituições, tanto de saúde quanto de outras políticas. A atenção medicamentosa também é individualizada, assim como o atendimento psicoterápico e/ou outras orientações necessárias, considerando as queixas relatadas por cada usuário durante o atendimento médico e observadas pela equipe multiprofissional. Todos os profissionais de nível superior realizam atendimentos individuais.

As atividades coletivas realizadas, dentre elas as descritas pela Portaria n.º 336/2002, são: acolhimento diário, onde são compartilhados os relatos dos pacientes sobre a continuidade do tratamento em casa; dinâmicas de grupo; e atividades recreativas e de relaxamento. Estas práticas incentivam a interação, o treino de habilidades sociais, a expressão de afetos e sentimentos, a redução da ansiedade, a reflexão e tomada de consciência, além da mudança de hábitos associados ao uso de álcool e outras drogas.

As oficinas terapêuticas também acontecem em grupo, sendo planejadas semestralmente pelos diferentes profissionais de nível superior e médio da equipe, e conduzidas pelos mesmos, distribuídas em todos os dias da semana. Para Azevedo e Miranda (2011), as oficinas terapêuticas possibilitam a projeção de conflitos internos/externos através de atividades artísticas, valorizando o potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário.

Atualmente, as oficinas em ação no CAPSad de Picos são: Prevenção de Recaídas; Meditação; Recreação; Noções de Higiene; Oficina Pedagógica; Prevenção de DST's; Discussão Social; Terapia com Famílias; Noções de Medicamentos; Fitoterápicos; Artesanato; Reciclagem; Rádio CAPS.

As oficinas em Saúde Mental podem ser consideradas terapêuticas quando possibilitarem aos usuários dos serviços um lugar de fala, expressão e acolhimento. Além disso, avançam no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial (AZEVEDO & MIRANDA, 2011).



Visitas domiciliares são realizadas pelos profissionais a usuários que se afastam do serviço ainda no percurso do tratamento por motivo de recaída ou outros, ou que esteja vivenciando situações em que a intervenção profissional *in loco* se faça necessária.

As datas alusivas e comemorativas são vivenciadas no ambiente do CAPSad, na intenção de discutir os temas relevantes para a sociedade e o momento atual, politizando e fortalecendo o protagonismo dos usuários, assim como na tentativa de enfraquecer crenças e comportamentos relacionados ao uso de substâncias. A participação de familiares pode acontecer nestes momentos.

O atendimento à família é atividade dos CAPS, ainda segundo a Portaria n.º 336/2002. Uma vez por semana o CAPSad realiza a reunião familiar, em que um responsável pelo usuário é convidado a comparecer ao serviço e socializar informações com os profissionais sobre o usuário e sua evolução no tratamento.

Após o processo de Reforma Psiquiátrica e a conseqüente desinstitucionalização, a família passa a ser considerada e valorizada no cuidado em saúde mental. Esta aproximação da família com a instituição configura-se como um dos maiores desafios na rotina do CAPSad. Pimenta e Romagnoli (2008) explicam que algumas vezes familiares apresentam um comportamento de negação diante dos sintomas da pessoa com transtorno mental, ou uma esperança de que o distúrbio se resolva por si mesmo e sem necessidade de tratamento, que aquela crise irá passar, interpretadas como tentativas da família de diminuir sua própria angústia.

Tal percepção confronta com a transferência total de cuidados da família para a equipe de saúde, se “desresponsabilizando”, postura frequentemente observada no cotidiano do CAPSad. Feuerwerker e Merhy (2008) afirmam que os modos de cuidar da família e do dispositivo respondem a lógicas diferentes de cuidado, o que acaba estabelecendo entre eles uma competição pelo cuidado, refletida na desqualificação ou o não reconhecimento do cuidado realizado pelo outro.



Caso o familiar não tenha disponibilidade para participar da reunião, a equipe se disponibiliza a receber a família em qualquer outro dia e horário, dispensando-lhe atenção individual. Aos familiares ou responsáveis é entregue a medicação que o paciente fará uso nos dias e horários em que não se encontra no CAPSad (noite, fins de semana, feriados, entre outros).

As ações de reinserção no meio social e comunitário, bem como no mundo do trabalho, citadas na Portaria n.º 336/ 2002 como atribuição dos CAPSad, são facilitadas pela parceria com outras instituições, como a Casa de Cultura, que oferta cursos diversos a comunidade, como aulas de informática e de violão, das quais os pacientes são motivados a participar. As atividades de artesanato também configuram ações facilitadoras da aquisição ou descoberta de habilidades e potencialidades.

O CAPSad estabelece vínculos com outras unidades promotoras de atenção, como as instituições religiosas (igrejas católicas, evangélicas, centro espírita), os grupo de Alcoólicos Anônimos – AA, Grupo Esperança Viva – GEV, assim como com outros dispositivos da própria rede de saúde e demais redes de assistência e garantia de direitos, que são convidados a desenvolver atividades no seu próprio ambiente.

Instituições de ensino técnico e superior, públicas e particulares, possuem convênios firmados com a Secretaria Municipal de Saúde, e frequentam o CAPSad para visitas, práticas, estágios supervisionados, projetos de extensão e pesquisas acadêmicas.

A participação dos parceiros muito enriquece as ações em saúde mental, por se acreditar que as necessidades humanas são complexas e acontecem nas mais diferentes dimensões, que devem ser consideradas no cuidado. Tal prática favorece, também, a aproximação usuário-família-comunidade.

À equipe do CAPSad, além do planejamento e condução de todas as atividades descritas, compete também a responsabilidade pelo matriciamento da rede de Atenção Básica. Este apoio matricial descrito por Chiaverini et al (2011), consiste em um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. É um procedimento de extrema importância para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular de



cada usuário do CAPSad, assim como para facilitar o referenciamento dos usuários que conquistaram alta médica do serviço para a Atenção Básica.

O Projeto Terapêutico Singular configura-se como um instrumento essencial para acompanhamento de um usuário, orientado por suas demandas e potencialidades, considerando sua individualidade, seu ritmo e participação ativa na definição de objetivos e metas.

Vale destacar a figura do Terapeuta de Referência no CAPSad enquanto facilitador dos processos do sujeito de reapropriar-se de si e dos espaços aos quais pertence, como família, amigos, domicílio, sociedade, trabalho, instituições públicas, lazer, entre outros. Manica e Tessmer (2007) explicam que o terapeuta de referência pode ser qualquer profissional da instituição, que deve realizar o planejamento da atenção aos usuários por ele acompanhados de forma interdisciplinar e multiprofissional, na tentativa de ampliar as perspectivas de seu atendimento.

Para que as ações interdisciplinares sejam efetivas, a equipe multiprofissional se reúne semanalmente para discussão dos casos e elaboração de estratégias de cuidado que contemplem as demandas emergentes de cada usuário.

Como defendem Santin e Klafke (2011), o olhar atual sob a atenção à saúde mental

requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atuação em saúde mental encanta quem se permite envolver. O profissional não a escolhe, é por ela escolhido. Esse fazer apaixonado é realidade no CAPSad de Picos, onde cada atividade desenvolvida é cuidadosamente pensada e discutida pelos profissionais, na



tentativa de que realmente alcancem os usuários e suas necessidades. Isso exige não só dedicação, mas também disponibilidade interna de cada membro da equipe.

No desenvolvimento das ações é vivenciada uma rotina que, embora muito pensada, é imprevisível. Não raro as pessoas em tratamento comparecem ao serviço sob o efeito das substâncias psicoativas ou em crises decorrentes de frustrações, conflitos em suas relações interpessoais, situações de perdas e inabilidade em controlar o desejo pelas drogas, demandas extremamente delicadas, e urgentes.

O acolhimento e atendimento às famílias no CAPSad também é muito desafiante, já que as posturas destas diante do usuário e seu tratamento são as mais diferenciadas. Alguns familiares se percebem parte dessa atenção, sendo participativos e colaborativos. Outros negligenciam seu indispensável papel na reabilitação do usuário, responsabilizando sempre o mesmo ou à instituição pelo resultado muitas vezes insatisfatório da busca pela abstinência. Há ainda os que dificultam a caminhada do usuário, reforçando os fatores de risco para recaídas no seu ambiente físico e relacional. Cabe aos profissionais a identificação do movimento de cada família na intenção de potencializar suas contribuições e minimizar efeitos negativos na interação usuário-família-equipe-instituição.

Apesar do expressivo número de profissionais, que vai além do elencado como equipe mínima pela Portaria n.º 336/ 2002, na prática se percebe sobrecarga de trabalho, consequente não só da grande quantidade de usuários e familiares no dispositivo todos os dias, como também da complexidade das necessidades por eles apresentadas.

Embora ainda seja fator de angústia o despreparo de alguns, já se comemora o amadurecimento de muitos profissionais do CAPSad que buscam se qualificar e suprir a lacuna acadêmica de muitas formações em saúde que negligenciam a saúde mental. A instituição possui expressivo número de profissionais pós-graduados e pós-graduandos na área, possibilitando atuações cada vez mais acertivas e eficazes.

Mas não basta conhecer conceitos como terapeuta de referência, projeto terapêutico singular, ou redução de danos. É preciso vivê-los. A saúde mental é um campo de atuação que exige profissionais sensíveis por se tratar de um cuidado diferenciado, e a não identificação com sua função nessa assistência é geradora de constantes conflitos entre a equipe.



É perceptível a angústia de muitos profissionais que não conseguem internalizar a perspectiva da redução de danos e a cronicidade da dependência química, acreditando em abstinência total. Essa crença faz com que as ações no CAPSad pareçam inúteis ou com pouco sentido, por serem resolutivas em momentos, e não em definitivo.

O sofrimento físico e psíquico dos usuários não deixa de ser mobilizador de emoções nos profissionais, que compartilham com eles os sucessos e insucessos em cada um dos diversos momentos do tratamento. A recaída de usuário é sentida como recaída de toda a equipe e de seu esforço, e se reflete de forma inconsciente no dia de convivência com os demais usuários, exigindo um manejo interno muito habilidoso para que não prejudique a atuação no serviço.

Ainda distante de oferecer condições ideais, tanto de trabalho quanto de atuação, o CAPSad de Picos muito se esforça para manter sua atenção o mais próxima possível dos usuários e familiares. Da sociedade em geral o retorno ainda é pouco, por desconhecimento e pelos preconceitos ainda existentes com os dispositivos de saúde mental, e principalmente com as pessoas que precisam desses cuidados.

Mas aos que compartilham do amor presente na prática relatada ao longo desse trabalho é permitido acreditar que os desafios vêm sendo vencidos. A instituição é muito elogiada pelo seu olhar diferenciado, que enxerga não só as consequências da dependência química, mas o ser humano que as vive, o que motiva seu fazer incansável, pautado no resgate da dignidade dos que em algum momento perderam a confiança em si mesmos e no poder dos seus sonhos. E este é o mais valioso reconhecimento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v.24, n.2, p.218-226, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279722011000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722011000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 abr. 2016.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery* (impr.), v. 15, n. 2, p. 339-345, abr/jun 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>>. Acesso em 01 abr. 2016.



BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=220800>>. Acesso em 30 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)>. Acesso em 30 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Portaria 276, de 30 de março de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276\\_30\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html)>. Acesso em 30 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[www.aadom.org.br/materiais-de-apoio/legislacao-em-saude-mental/](http://www.aadom.org.br/materiais-de-apoio/legislacao-em-saude-mental/)>. Acesso em 30 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <[www.aadom.org.br/materiais-de-apoio/legislacao-em-saude-mental/](http://www.aadom.org.br/materiais-de-apoio/legislacao-em-saude-mental/)>. Acesso em 30 mar. 2016.

**CHIAVERINI, Dulce Helena (org.).** Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

**FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias.** A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica, v. 24, n. 3, p. 180-188. 2008. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-39.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2016.

**MANICA, Giselle; TESSMER, Liz.** Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da Saúde Mental. Psicol. hosp., v. 5, n. 2, 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167774092007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092007000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 abr. 2016.

**PIMENTA, Eliane de Souza; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho.** A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. Pesquisas e Práticas Psicossociais. v. 3, n. 1, Ago. 2008. Disponível em: <[www.ufsj.edu.br/portalrepositorio/File/...n1/.../Pimenta\\_Romagnoli.doc](http://www.ufsj.edu.br/portalrepositorio/File/...n1/.../Pimenta_Romagnoli.doc)>. Acesso em 03 abr. 2016.

**PRATTA, Elisângela Maria Machado; CASTELO BRANCO, Camilo; SANTOS, Manoel Antônio dos.** O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa. v. 25, n. 2, p 203-211, abr/jun 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em 03 abr. 2016.

**QUEIROZ, Danielle Teixeira; VALL, Janaina; SOUSA, Ângela Maria Alves; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha.** Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ. v. 15, n. 2, abr/jun 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em 03 abr. 2016.

**SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes.** A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 34, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010465782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 abr. 2016.



## A SAÚDE MENTAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA EM TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

*Saiara Teixeira de Sousa<sup>1</sup>, Iara do Nascimento Teixeira<sup>1</sup>, Maria do Santo da Conceição<sup>1</sup>,  
Anna Carolinne Costa Carvalho<sup>1</sup>, Francisca Renata Soares de Freitas<sup>1</sup>, Julianna Sampaio de Araújo<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas

### RESUMO

Considerando a importância das conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica para o cuidado e o processo terapêutico em Saúde Mental, o presente trabalho traz à tona reflexões acerca da formação dos profissionais que atuam na Saúde Mental explorando questões, tais como: a escassez de recursos e de investimentos nos dispositivos de saúde mental, a falta de preparo ou enrijecimento de alguns profissionais que não compreendem o modelo de atenção sinalizado pela Política de Saúde Mental brasileira e a importância das mudanças na formação profissional em saúde e, da formação continuada dos sujeitos que compõem a equipe multidisciplinar dos serviços. O presente trabalho é um estudo qualitativo realizado através da descrição bibliográfica com um caráter teórico-reflexivo. Foram pesquisados artigos nas principais bases de dados do país, cujos conteúdos são pertinentes no que tange a formação e a atuação em saúde mental. Os resultados sinalizam que, mesmo diante das lacunas da formação profissional em psicologia: a profissão assume papel relevante dentro dos dispositivos de saúde; os psicólogos no campo da atenção primária e no da saúde mental tem estruturado condições privilegiadas que tem permitido o desenvolvimento de experiências transformadoras, de novas competências e habilidades psicossociais que possibilita inovações na formação; e que a política de Educação Permanente é importante ferramenta para a requalificação de modelos de atuação na área.

**Palavras-chave:** Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Formação Profissional. Psicologia.

### INTRODUÇÃO

A loucura é um fenômeno histórico e social presente em todas as culturas. Sua aparição tem datado épocas remotas, que se confundem com a história do próprio homem. O conceito formado acerca da loucura e do ser louco não se constitui como uma linha contínua, pelo contrário é formado a partir de inúmeras rupturas históricas geradas pelo contexto social e valores instituídos em cada época (YKEGAYA; FABRIS, 2011).

A concepção sobre loucura ao longo do tempo tem levantado incansáveis debates sobre o tema, desde as concepções mágicas nas quais as enfermidades eram atribuídas a fenômenos sobrenaturais como espíritos malignos, a idade média com as explicações demonológicas que atribuíam a loucura a possessões demoníacas, até o ato de libertação





dos loucos por Philippe Pinel (BEAUCHESNE, 1989), que fundamentado nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade da revolução francesa, iniciou sua grande obra de medicalização do Hospital Geral de Paris, sendo o primeiro a elaborar a classificação das enfermidades mentais e o responsável por instaurar o tratamento moral (AMARANTE, 1998). Deste modo antes mesmo de a loucura assumir o caráter de problema médico já havia surgido como uma questão social. O louco não se enquadrava nos padrões moldados e exigidos pela sociedade, estava fora do estatuto de homem racional.

Em meio a este cenário fazia-se necessário achar o lugar do louco, o qual certamente seria afastado dos *“homens de bem”*. Todas estas maneiras de enxergar e tratar a loucura seguiram, muitas vezes, caminhos tortuosos e desumanos que acabaram nos levando a Reforma Psiquiátrica.

O modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil era baseado na legislação de 1934 que propõe que o indivíduo seja encarcerado, hospitalizado para que se mantenha a ordem e a moral pública, entretanto este modelo tem sido descreditado e se encontra falido graças ao movimento da Reforma Psiquiátrica.

Desde meados dos anos 1970 o movimento da Reforma Psiquiátrica tem transformado as visões acerca da loucura em todas as suas interfaces, desde a institucionalização aos saberes que sustentam os conhecimentos sobre a Saúde Mental.

Para Amarante (1998), a Reforma traz consigo uma revolução. A Saúde Mental passa a se configurar como um campo dentro das Políticas Públicas com mudanças teóricas e conceituais, tornado a compreensão do sujeito necessariamente ampla, trazendo à tona conceitos como o de Clínica Ampliada e trabalho interdisciplinar.

No Brasil as mudanças ficaram marcadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001) culminando na assinatura da Lei Federal número 10.216, a *“Lei da Reforma Psiquiátrica”* que propõe uma nova direção para a assistência em Saúde Mental.

Os países da América Latina se comprometeram a reestruturar a assistência psiquiátrica, retirando a supremacia e centralidade dos hospitais psiquiátricos, priorizando os direitos humanos, guardando os direitos civis e dignidade das pessoas, além de propiciar a permanência do indivíduo no meio social. Os países envolvidos assinaram, então a *“Declaração de Caracas”* que foi retomada em 2005 para discussão sob forma da *“Carta de Brasília”* com os *“princípios orientadores para o desenvolvimento da Atenção em Saúde mental nas Américas”* tendo como objetivo principal avaliar os avanços na reestruturação dos serviços de Saúde Mental.



Este movimento histórico com caráter político, econômico e social tem como principal vertente a desinstitucionalização, desconstruindo o manicômio e tudo que o sustenta. Os Núcleos de Assistência Psicossocial foram os primeiros dispositivos criados para substituir os hospitais psiquiátricos, segundo Amarantes (1998).

A Reforma psiquiátrica no Brasil, como em muitos outros países, é permeada por complexidades e contradições. Podemos comprovar este fato ao analisar os dois modelos de atenção em saúde que ainda coexistem no Brasil: o asilar e o psicossocial. A falta de embasamento acarreta na existência de pouco diálogo dos profissionais com o modo psicossocial de atenção e a filiação dos mesmos ao paradigma asilar.

O modelo asilar vê a loucura como uma doença, ou seja, pressupõe um processo doença-cura, nas quais os determinantes orgânicos estão no centro de sua causa. Ao se perceber a loucura como doença, muitas vezes o homem, ser extremamente complexo, é reduzido apenas aos sintomas que apresenta (YASUI; COSTA-ROSA, 2008 apud MACEDO; DIMENSTEIN 2012).

Por outro lado, o paradigma psicossocial considera inúmeros fatores como determinantes para o sofrimento psíquico. Utiliza-se de procedimentos psicoterápicos, farmacoterápicos e dos dispositivos de reinserção social. Desta forma, sinaliza a transição de conceitos e práticas asilares e manicomiais, e a ênfase no protagonismo e empoderamento dos usuários e da comunidade. O usuário necessita tornar-se sujeito de si e de sua própria vida, participando de processos decisórios com ações de cidadania (YASUI; COSTA-ROSA, 2008 apud MACEDO; DIMENSTEIN 2012).

Neste panorama entra em pauta a questão da desinstitucionalização. A instituição asilar por muito tempo foi o lugar de domínio, onde o sujeito tinha suas forças e consciência neutralizadas. De tal modo, a desinstitucionalização surge como resgate da cidadania através da valorização dos seres humanos, assinala a compreensão do homem como um ser dotado de direitos e capaz de tomar decisões acerca de sua vida, tendo sua vontade e voz ouvidas e validadas. Este processo deve atingir também aos profissionais, proporcionando desta maneira um rompimento com práticas manicomiais e com a cronicidade,

O profissional deve se empenhar para produzir sujeitos que desenvolvam plenamente sua cidadania, que reconstruam sua capacidade de contratualidade nos diversos cenários e que sejam de fato cidadãos (SARACENO, 1996).

No entanto, o saber - fazer psicológico conduzido e sinalizado pela formação gira ainda, em grande parte, em torno do diagnóstico e ajustamento do sujeito. Nesse sentido, é



necessário o rompimento com o entretenimento, ou seja, com o adestramento e as práticas manicomiais (SARACENO, 1996).

Não só os cursos piauienses, mas em todo Brasil observa-se um distanciamento da formação profissional no que tange teoria e prática. A desinstitucionalização e as práticas asilares e manicomiais ainda existem em pleno vigor, deste modo é importante cada vez mais problematizar esta discrepância, para que o modelo psicossocial ganhe um espaço legítimo (DIMENSTEIN, 2001).

A tomada de conscientização sobre a interdisciplinaridade é imprescindível para o avanço das práticas psicossociais no cuidado em Saúde Mental. O psicólogo, desde a graduação, deve estar com olhos e ouvidos abertos para a compreensão do outro como sujeito histórico-social, e o foco na busca por práticas mais humanizadas que reabilitem o homem para o uso de sua cidadania. A formação do psicólogo, assim como a loucura, não deve estar enclausurada em seus próprios muros.

### **OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivo descrever e problematizar como os profissionais de Saúde Mental, sobretudo os psicólogos estão preparados para atuar de acordo com Reforma Psiquiátrica brasileira, de modo a romper com o modelo asilar de cuidado?

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo cuja estratégia metodológica consiste na pesquisa descritiva bibliográfica com caráter teórico-reflexivo, construído com base na leitura crítica dos estudos mais atuais sobre a temática da formação profissional e capacitação dos profissionais para atuação na Saúde Mental. Foram seguidos os pressupostos da Revisão de Literatura, onde as informações foram colhidas e sistematizadas para que fosse possível a avaliação para as questões deste trabalho.

### **RESULTADOS**

A Reforma Psiquiátrica enquanto proposta de transição do paradigma em Saúde Mental, do modelo asilar, para o modelo psicossocial, tenciona transformações nos campos epistemológico, técnico assistencial, jurídico-político e sócio cultural.

Essas transformações, no entanto, não acontecem de forma unânime em todas estas dimensões. Apesar da abertura de um número significativo de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, o programa de



Volta para Casa etc, ainda existem lacunas entre a gestão da Política de Saúde Mental, os serviços substitutivos e, a concepção de cuidado por parte dos profissionais.

À falta de recursos, de investimentos e compromisso das gestões municipais e estaduais acrescenta-se, também, a falta de preparo ou enrijecimento de alguns profissionais que não compreendem o modelo de atenção sinalizado pela Política de Saúde Mental brasileira.

Segundo Yasui e Costa-Rosa (2008) apud Macedo e Dimenstein (2012) um modelo psicossocial, como o da Reforma Psiquiátrica, propõe aos usuários a capacidade de empoderação das suas vidas e de si, que seja capaz de ser e fazer parte da cidadania, promovendo saúde e empoderamento e não apenas participar de um isolamento social e mental proposto pelo modelo asilar.

A inserção da psicologia na área da saúde, em geral e no que se foca na área da saúde mental, se deu num processo social marcado por um processo histórico da época. Como foi visto, de acordo com Amarantes (1998), foi um movimento histórico de caráter político, econômico e social que teve como principal foco desconstruir o manicômio e tudo que o sustentava. As mudanças no sistema de assistência à saúde, tinha que alterar o quadro assistencial tradicional, que antes era focado apenas no trabalho do médico-psiquiátrica. Surge dessas novas mudanças a necessidade de um trabalho interdisciplinar que integrasse outros profissionais da saúde, daí a necessidade da inserção do psicólogo na assistência à saúde mental, o psicólogo nesse novo contexto histórico se tornava essencial para promover saúde dos cidadãos.

O que ocorre diante desse novo contexto histórico, é uma inserção massiva de psicólogos na área da saúde. Cada vez mais os recém-formados em psicologia estavam saindo da sua formação e tendo como primeiro emprego a área da saúde pública. Existia uma grande dificuldade desses profissionais diante desse trabalho, já que havia uma inadequação da sua formação acadêmica para essa área.

De acordo com Feuerwerker (2006), para que haja novas práticas diante da saúde mental é necessário que juntamente exista uma reorganização no processo de formação dos profissionais da saúde. Dessa forma, não se pode acreditar que ocorra novas práticas sem interferir na formação dos profissionais desta área. Concordando com a visão de Saraceno (1996), onde a percepção do saber e o fazer psicológico ainda gira na maioria das vezes em torno do diagnóstico e ajustamento do sujeito, fazendo-se necessário um rompimento com as práticas manicomiais e asilares. Assim, para que exista novas práticas



na área da saúde que sejam eficazes para a promoção de saúde da população se faz necessário que exista reajustamento também da formação destes profissionais.

Considerando o contexto atual do serviço de saúde mental, existe a necessidade de novas habilidades dos profissionais, mas o que visto dentro das universidades é que a graduação continua formando profissionais despreparados para atuação nesse campo, existindo limitações técnicas e teóricas. Contudo, o servir do psicólogo na área da saúde mental, deve pesar sim da sua formação, mas também se deve a sua atuação como profissional diante das circunstâncias que serão enfrentadas, a sua postura como profissional. O seu saber não deve ultrapassar o está diante do outro, é preciso se adaptar ao outro, considerando cada sujeito como único para que seja ofertado um trabalho condizente com as suas necessidades. Muitas vezes o profissional terá que buscar muito além do que se foi ensinado no seu processo de graduação.

A partir dessas novas possibilidades de atuação dos profissionais, com mudanças na forma de tratar o doente mental, analisando a atuação de alguns profissionais que fazem parte desses serviços substitutivos e de atenção primária devemos nos atentar a questões que fundamentam essas práticas mais humana e de cuidado, integrado a atuação profissional.

A partir do que se vivencia, trazemos a importância de se repensar práticas profissionais em saúde mental, particularmente a dos psicólogos, fazendo-o, porém, a partir de um contexto diferente do habitual da clínica, se pensar na saúde mental inserida nos serviços públicos de saúde no Brasil, para que a população tenha acesso a essa área da saúde mental, que há muito tempo foi uma realidade distante da população de baixa renda, sendo as pessoas que procuravam esses profissionais de saúde mental eram pessoas com poder aquisitivo de melhor, porém com as diversas modificações na política de saúde houve essa inserção na saúde pública dos profissionais de saúde mental, possibilitando acesso da população a esse profissional.

O papel de atitudes antimanicômicas não deve ser esperado somente do psicólogo, mas que a rede de apoio também realize ações de cuidado e atenção que ofereçam de forma humanizada de tratar tanto aspectos relacionados a saúde no geral como também a saúde mental. Os profissionais inseridos nestes serviços sejam esclarecidos acerca da saúde mental e do movimento de reforma psiquiátrica, a fim de efetivar tais práticas no atendimento a pessoa com doença mental, os direitos e cuidados necessários para que seja tratada de forma digna e humana. O psicólogo pode também utilizar estratégias para orientar a equipe quanto a mudança de atitude quanto ao tratamento dos demais



profissionais com pessoas portadoras de doença mental. A inserção do psicólogo implica na desconstrução desses modos conservadores de atuação e a proposição de novos modos de trabalho.

Pelo fato de o psicólogo ou médico psiquiatra serem os profissionais que são procurados pela população ou demais áreas da saúde para sanar problemas a cerca da doença mental estes podem ser responsáveis por perpetuar formas de cuidado humanizadas e distante das formas manicomiais das quais por muito tempo foram praticadas, também levando orientações a família que também busca com esses profissionais respostas as essas questões da doença mental, para que esses não reproduzam o modelo asilar de cuidar, que procure vincular o doente mental em praticas cotidianas e incentivando a autonomia influenciando a forma como a sociedade vê o doente mental como pessoa com possibilidades e limitações como qualquer outra pessoa. Assim como orientações a população geral para que sejam reproduzidas atitudes que deem espaço aos doentes mentais em diversas esferas da sociedade, que esta esteja aberta para lidar com as diferenças e que sejam abolidas praticas preconceituosas e institucionalizantes.

Sendo um desafio para profissionais na área de saúde no quesito mudança de atitude, necessita-se superar sentimentos negativos de uma parcela da população pouco esclarecida sobre doença mental e também sentimentos negativos do paciente quanto ao cuidado, expresso pelo próprio paciente com transtorno mental, que tende a influenciar de maneira negativa no tratamento. Desafio não somente dos profissionais em relação a doença mental, mas do doente mental em relação a uma sociedade preconceituosa e discriminante. Sendo o movimento de reforma psiquiátrica encarada não somente na saúde, mas na sociedade que deve abrir espaço a essas pessoas e possibilitar oportunidades de inserção, contribuindo para atitudes louváveis antimanicomiais.

Nesse trabalho busca-se através da revisão crítica de artigos falar acerca da formação dos profissionais que trabalharam na saúde mental. Dentre esses profissionais tem-se o psicólogo. A psicologia adentrou os espaços da saúde mental através das políticas públicas, com a articulação entre a categoria, movimentos sociais e o Estado (BOCK, 1999).

No entanto essa inserção se deu de uma maneira brusca, pois essa realidade territorial era um contexto distante daquele discutido na formação e do modo de agir do psicólogo que carregava em si a pratica do modelo clinico tradicional, assim como a supervalorização do caráter técnico e especialista (MACEDO E DIMENSTEIN, 2012).

Foi uma tarefa difícil para a psicologia se introduzir nos novos modelos de assistência, devido as dificuldades que os psicólogos encontraram em fazer psicologia



dentro de dispositivo de saúde, essas dificuldades que advêm tanta inadequação da formação acadêmica para o trabalho nessa área, quanto do modelo restringido de atuação profissional, como também das dificuldades desses psicólogos em adapta-se as dinâmicas dos usuários.

Dimenstein (1998) coloca que a raiz do problema, no entanto, não está nas demandas que é diferente daquela encontrada na clínica privada, nem a clientela, que em sua maioria são de baixa renda; não é a estruturação e sistematização dos serviços, nem nas dificuldades que o psicólogo encontra em fazer psicologia dentro dos dispositivos de saúde. Pois mesmo todos esses elementos sendo importante para a realização do trabalho do psicólogo, não é o cerne da questão. Para ela a origem desse problema ser buscado nos aportes teóricos e práticos que fundamentam os modelos de atuação, a identidade do psicólogo e sua cultura profissional, devendo ser indagadas formas de atuação mais ampliadas, que possa ultrapassar o limite impostos por aquelas tradicionalmente aprendidas durante a formação academia.

A formação do profissional de psicologia privilegia praticamente um modelo de atendimento, que como foi visto é aquele de classe média, e que é utilizado com as pessoas que comparece nas unidades de saúde equivocadamente, onde os métodos e as técnicas utilizadas na formação, muitas vezes vindas de outras realidades, tem sido pautada em valores sociais que se diferem completamente das populações que frequentam os dispositivos de saúde (SILVA, 1992).

Bezerra (1992) fala sobre a predominância que existe dentro da Psicologia de um homem abstrato e a-histórico, que na maioria das vezes é visto de fora do seu contexto cultural, como se todos os seres humanos fossem iguais em qual época e lugar. Isso provoca então uma repercussão com relação ao atendimento ao doente mental que possui uma individualidade e que está inserido em um determinado contexto.

Mesmo diante de todos esses impasses deve ser pensar também sobre a importância da psicologia dentro desses dispositivos de saúde. Dimenstein e Macedo (2012) coloca que a participação de psicólogos no campo da atenção primária e no da saúde mental tem estruturado condições privilegiadas que tem permitido o desenvolvimento de experiências transformadoras, de novas competências e habilidades psicossociais que possibilita inovações na formação e uma requalificação de modos de atuação na área.

### **CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação do profissional psicólogo, em 1962, quando a profissão foi regulamentada no país tinha como principais áreas de atuação a educação, a clínica e as organizações. Nesse



período a profissão tinha função normalizadora, ou seja, procurava enquadrar o indivíduo no modelo de homem “perfeito”, ela enfatizava a objetividade e a patologia.

A partir dos anos 70 a atuação voltou-se para as Políticas Públicas sociais e de saúde incorporando e, dentre os direcionamentos de atuação a partir de então estavam a busca pela cidadania, por direitos, pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica. Assim, é importante que os profissionais estejam capacitados e atualizados sobre as novas formas de assistência e cuidados que foram trazidas pelas inúmeras ações que veio com a Reforma Psiquiátrica

Uma maneira de suma importância de amenizar essas questões que foram trazidas, seria a problematização da profissão onde fosse levada em conta o contexto de atuação desses profissionais, e novas definições técnicas e embasamento teóricos, mas que estivessem estritamente ligados a prática, onde o psicólogo abandonasse a hegemonia que rege sua profissão e pudesse haver uma maior multidisciplinaridade, como a partir da Política de Educação Permanente em Saúde.

O trabalho do profissional de psicologia em saúde mental, deve produzir cuidado e ações de saúde que possibilitem à pessoa em sofrimento psíquico, uma vida com dignidade e respeito. Para isso acredita-se que este trabalho, de caráter teórico-reflexivo pode ser ferramenta na problematização de possíveis mudanças no que diz respeito a formação profissional e a práxis.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998. 132 p.
- BEAUCHESNE, H. *História da Psicopatologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- BEZERRA Jr, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Presidência, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em: 23 jan. 2016. Mandacarú; 1987. p. 57-65.
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, 57-63, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2016.
- DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de psicologia*, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.
- DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol. ciênc. prof*, v. 32, n. spe, p. 232-245, 2012.
- FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias atuais para a mudança das profissões de saúde. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura - políticas de saúde*





In: **Cadernos da ABEM**, v. 2, junho de 2006.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. Memorandum, 2012.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, 2012.

*mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1992. p. 133-169.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: A. M. F. PITTA (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-8.

SILVA, R. C. A formação do psicólogo para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40.

YKEGAYA, T. G.; FABRIS, D. R. Da loucura ao transtorno mental: a constituição de políticas sociais e seus pressupostos. *Tempo da Ciência (UNIOESTE)*, v. 18, p. 137-151, 2011.