



Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e
Qualificação do Profissional 2

Edson da Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2020



Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e
Qualificação do Profissional 2

Edson da Silva
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

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

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

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^a Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremonesi
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Edson da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T776 Saúde coletiva: solução de problemas e qualificação do profissional 2 / Organizador Edson da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-630-0

DOI 10.22533/at.ed.300200112

1. Saúde pública. 2. Política de saúde. 3. Saúde coletiva. I. Silva, Edson da (Organizador). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

A obra “Saúde Coletiva: Solução de Problemas e Qualificação do Profissional” aborda alguns limites, desafios e potencialidades na formação profissional no âmbito da saúde coletiva. A coletânea reuniu trabalhos de autores de diversas especialidades, foi estruturada com 42 capítulos e organizada em dois volumes.

Com 20 capítulos, o volume 2 reúne trabalhos multiprofissionais que abordam temas variados de pesquisas, relatos de experiências, ensaios teóricos e revisões da literatura. Nesse volume você encontra atualidades em diversas áreas relacionadas à saúde coletiva.

Deste modo, a obra Saúde Coletiva: Solução de Problemas e Qualificação do Profissional apresenta trabalhos científicos baseados nos resultados obtidos por pesquisadores, profissionais e acadêmicos de diversos campos de atuação da saúde coletiva. Espero que as vivências compartilhadas nessa coletânea contribuam para o enriquecimento da formação universitária e da atuação profissional nesta área da saúde. Agradeço aos autores que tornaram essa edição possível e desejo uma ótima leitura a todos.

Prof. Dr. Edson da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A AÇÃO DO MEDICAMENTO ISOTRETINOINA NO TRATAMENTO DA ACNE VULGAR

Nadynne Mota Nunes
Thalicely Alves Gomes
Jaqueline Almeida Frey

DOI 10.22533/at.ed.3002001121

CAPÍTULO 2.....11

ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS EM PACIENTES COM SUSPEITA DE DISTÚRBIOS GENÉTICOS ATENDIDOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Cleiton Fantin
Ananda Larise Colares Menezes
Sabrina Macely Souza dos Santos
Vânia Mesquita Gadelha Prazeres
Denise Corrêa Benzaquem

DOI 10.22533/at.ed.3002001122

CAPÍTULO 3..... 22

ALTERAÇÕES NO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE PERCEBIDA E ESTADO NUTRICIONAL APÓS DOIS ANOS NO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE

José Jean de Oliveira Toscano
Adriano Akira Ferreira Hino
Antônio Cesar Cabral de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3002001123

CAPÍTULO 4..... 36

AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E A TERMINALIDADE NA PERSPECTIVA DOS CÓDIGOS DE ÉTICA DA SAÚDE

Elizabeth Pimentel da Silva
Rafael Esteves Frutuoso
Cristiane Maria Amorim Costa

DOI 10.22533/at.ed.3002001124

CAPÍTULO 5..... 48

BEBIDA VEGETAL DE CASTANHA-DO-BRASIL ENRIQUECIDA COM PROTEÍNA DE ERVILHA

Maitê de Magalhães Hartmann
Cláudia Krindges Dias
Valmor Ziegler

DOI 10.22533/at.ed.3002001125

CAPÍTULO 6..... 58

CENÁRIO DOS CUSTOS DAS DIÁRIAS HOSPITALARES EM TERAPIA INTENSIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA CIDADE DE

SÃO PAULO

Adam Carlos Cruz da Silva

Denise Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.3002001126

CAPÍTULO 7..... 75

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ALEITAMENTO MATERNO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Amanda Martins

Tatiane Silva Guilherme

Fernanda de Jesus Teixeira

Kelly Holanda Prezotto

Carolina Fordellone Rosa Cruz

DOI 10.22533/at.ed.3002001127

CAPÍTULO 8..... 95

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 ACERCA DOS CUIDADOS COM OS PÉS

Emanuelly Andreza Santos Araújo Vaz

Simone Maia da Silva

Dayanna da Rocha Martins

Ana Carolina Santos Cândido

DOI 10.22533/at.ed.3002001128

CAPÍTULO 9..... 105

DESCRIÇÃO DO PERFIL DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO NA ÁREA DESCENTRALIZADA DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE

Vanuza Cosme Rodrigues

Thalita Soares Rimes

Cristianne Soares Chaves

Maria de Fátima Costa

Fabiola Maria de Girão Lima

Mere Benedita do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.3002001129

CAPÍTULO 10..... 118

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Adriana Rodrigues Alves de Sousa

Danuza Ravena Barroso de Souza

Deborah Coelho Campelo

Filipe Augusto de Freitas Soares

Luciana Catunda Gomes de Menezes

Paulo Sérgio Dionísio

Sara Machado Miranda

Tamires Barradas Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.30020011210

CAPÍTULO 11	133
ESTRESSE DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PRÁTICAS E AÇÕES PREVENTIVAS	
Leidiléia Mesquita Ferraz	
Jusselene da Graça Silva	
Iara de Oliveira Pigozzo	
Paula Melo Pacheco	
Áurea Cúgola Bernardo	
Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt	
Ana Claudia Sierra Martins	
DOI 10.22533/at.ed.30020011211	
CAPÍTULO 12	143
MINHA VIDA DÁ UM LIVRO: ESCUTA SENSÍVEL E PRODUÇÃO DE VIDA	
Samira Lima da Costa	
Beatriz Akemi Takeiti	
Ana Luisa Rocha Mallet	
Alexandre Schreiner Ramos da Silva	
Sílvia Barbosa de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.30020011212	
CAPÍTULO 13	161
MOTIVAÇÕES PARA ESCOLHA E PERMANÊNCIA NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: PERSPECTIVA DE EGRESSOS, MATO GROSSO	
Everton Rossi	
Reni Barsaglini	
DOI 10.22533/at.ed.30020011213	
CAPÍTULO 14	176
PACIENTES ONCOLÓGICOS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	
Fernanda Fagundes Veloso Lana	
Juliana Macedo Bauman	
DOI 10.22533/at.ed.30020011214	
CAPÍTULO 15	186
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SUL DO BRASIL	
Daniela dos Reis Bueno	
Renata Gomes Chaves	
Natália Maria Maciel Guerra Silva	
Carolina Fordellone Rosa Cruz	
DOI 10.22533/at.ed.30020011215	
CAPÍTULO 16	198
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA	
Mariana Medrado Martins	

Brenda Santana Almeida
Maísa Miranda Coutinho
Lohana Guimarães Souza
Grasiely Faccin Borges
Maria Luiza Caires Comper

DOI 10.22533/at.ed.30020011216

CAPÍTULO 17..... 210

PROJETO UFMT XINGU: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Douglas Yanai
Anna Letícia Sant'Anna Yanai
Duarte Antônio de Paula Xavier Fernandes Guerra
Izabella Andrade Santos
Júlia Serpa Vale
Maria Clara Martins de Araújo
Oder Banhara Duarte
Pollyanna da Silveira Rodrigues
Renata Pedroso Chimello
Vilian Veloso de Moura Fé
Vitória Paglione Balestero de Lima

DOI 10.22533/at.ed.30020011217

CAPÍTULO 18..... 220

PROPRIEDADES SENSORIAIS E NUTRICIONAIS DE CUPCAKES PREPARADOS COM DIFERENTES EDULCORANTES NATURAIS EM SUBSTITUIÇÃO A SACAROSE

Vanessa Leppa Florêncio
Cibele Pinz Muller
Valmor Ziegler

DOI 10.22533/at.ed.30020011218

CAPÍTULO 19..... 234

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA OCUPACIONAL NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Francisco de Assis Ribeiro Castro
Danielle Climaco Marques
Breno Wanderson Lopes Visgueira
Antonio Ricardo Santos
Ednaldo Francisco Santos Oliveira Junior
Herculys Douglas Clímaco Marques

DOI 10.22533/at.ed.30020011219

CAPÍTULO 20..... 246

SAÚDE MENTAL DO EMPRESÁRIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE OS PREJUÍZOS EMOCIONAIS DO PROGRESSO NA CONTEMPORANEIDADE

Ana Kelly Souza Maia
Gilmara Nascimento Vieira

Thayanne Branches Pereira

DOI 10.22533/at.ed.30020011220

SOBRE O ORGANIZADOR.....	259
ÍNDICE REMISSIVO.....	260

CAPÍTULO 1

A AÇÃO DO MEDICAMENTO ISOTRETINOINA NO TRATAMENTO DA ACNE VULGAR

Data de aceite: 01/12/2020

Nadynne Mota Nunes

Faculdade Integrada Carajás (FIC)
Redenção- PA, Brasil

Thalicyly Alves Gomes

Faculdade Integrada Carajás (FIC)
Redenção- PA, Brasil

Jaqueline Almeida Frey

Faculdade Integrada Carajás (FIC)
Redenção – PA, Brasil

Trabalho de conclusão de curso.

RESUMO: Introdução: A acne é uma condição clínica caracterizada como uma inflamação crônica na pele, mais precisamente na unidade polissebácea. O seu tratamento normalmente é realizado com o uso de antimicrobianos, retinóides e agentes abrasivos. A isotretinoína, embora seja um fármaco de eficácia no tratamento da acne, o mesmo pode desenvolver uma série de efeitos adversos principalmente relacionados a alterações bioquímicas, à pele e membranas mucosas. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi Descrever de que forma a Isotretinoína (Roacutan) auxilia na ação e no tratamento da Acne vulgar. **Material e Métodos:** O presente estudo foi realizado através de levantamento bibliográfico e tem como proposta explicar sobre a ação da Isotretinoína, seus benefícios e efeitos colaterais. Visto a necessidade de se

reforçar sobre o uso do medicamento, com acompanhamento médico sem causar danos à saúde, onde os bancos de dados escolhidos para pesquisa foram o Google Acadêmico e Scielo. **Resultados e discussão:** O diagnóstico é clínico, contudo se obtêm várias alternativas terapêuticas farmacológicas permissíveis, dentre elas destaca-se a Isotretinoína, cuja utilização deve ser cautelosa, tendo em consideração as suas indicações – tipo de acne e sua severidade e os seus efeitos colaterais, como aceitação ao tratamento e desejo de gestação. A terapia costuma ser de extensa duração. É importante conscientizar o paciente que necessita de tratamento específico e acompanhamento por profissionais, diminuindo seu agravamento e os riscos que podem trazer à saúde e alguns problemas futuros, podendo ocorrer necroses locais e presença de bactérias. **Conclusão:** Buscamos vários artigos relacionados a esse assunto e ficou concluído que essa droga realmente é muito eficiente, o que faz com que ela seja cada vez mais prescrita pelos especialistas. **PALAVRAS-CHAVE:** Acne, isotretinoína, reações adversas.

THE ACTION OF THE DRUG ISOTRETINOIN IN THE TREATMENT OF ACNE VULGARIS

ABSTRACT: Introduction: Acne is a clinical condition characterized as a chronic inflammation in the skin, more precisely in the polysebaceous unit. Its treatment is usually carried out with the use of antimicrobials, retinoids and abrasive agents. Isotretinoin, although an efficacy drug in the treatment of acne, can develop a number

of adverse effects mainly related to biochemical changes, to the skin and mucous membranes. **Objective:** The aim of this study was to describe how Isotretinoin (Roacutan) helps in the action and treatment of Acne vulgaris. **Material and Methods:** The present study was conducted through a bibliographic survey and aims to explain the action of Isotretinoin, its benefits and side effects. Given the need to reinforce the use of the drug, with medical follow-up without causing harm to health, where the databases chosen for research were Google Scholar and Scielo. **Results and discussion:** The diagnosis is clinical, however, several permissible pharmacological therapeutic alternatives are obtained, among them is isotretinoin, whose use should be cautious, taking into account its indications – type of acne and its severity and its side effects, such as acceptance to treatment and desire for pregnancy. Therapy is usually of long duration. It is important to make the patient who needs specific treatment and follow-up by professionals be made aware, reducing their worsening and the risks that may bring to health and some future problems, and local necrosis and the presence of bacteria may occur. **Conclusion:** We searched several articles related to this subject and it was concluded that this drug really is very efficient, which makes it increasingly prescribed by experts.

KEYWORDS: Acne, isotretinoin, adverse reactions.

1 | INTRODUÇÃO

A acne vulgar é uma inflamação da unidade pilos sebácea da pele, que se inicia com a presença de um comêdo, comedão ou cravo.

Atualmente cerca de 80% dos adolescentes que se encontram na puberdade sofrem de acne, conhecida como doença dermatológica. São espinhas e cravos que florescem com maior relevância na face e no tronco. Da mesma forma que há variações na tonalidade de cada pele, os sintomas também variam tais coceiras, dores, irritações, nas áreas afetadas.

Um dos tratamentos mais eficiente contra essa patologia é a ingestão de comprimidos de isotretinoína conhecido popularmente como roacutan. Um medicamento retinoide derivado da vitamina A, têm sua ação nas glândulas sebáceas impedindo que as células produzam óleo, diminuindo o tamanho das glândulas, bem como a possibilidade de entupimento dos folículos pelos sebáceos pelo excesso de sebo.

A problemática a ser enfrentada ao longo da pesquisa levanta aos seguintes questionamentos: de que forma a Isotretinoína (Roacutan) auxilia na ação e no tratamento da Acne vulgar?

Com o tema a ação do medicamento isotretinoína no tratamento da acne vulgar, objetiva descrever de que forma a Isotretinoína (Roacutan) auxilia na ação e no tratamento da acne vulgar e serão analisados os seguintes objetivos específicos:

- a. Apresentar a importância do medicamento no tratamento da acne vulgar

contribuindo na diminuição das glândulas e inibindo sua produção de sebo;

- b. Relatar a contraindicação em casos de obesidade e distúrbios de colesterol, triglicérides e diabetes;
- c. Explicar a necessidade de um acompanhamento médico no auxílio do tratamento.

Utilizaremos o método dedutivo, uma abordagem qualitativa e uma pesquisa explicativa partindo de conceitos gerais sobre a importância do medicamento no tratamento da acne vulgar, mesmo causando patologias. O meio a ser utilizado será a pesquisa bibliográfica, extraindo diversas opiniões de doutrinadores de renome nacional com relação ao tema. Os bancos de dados utilizados foram Google Acadêmico e Scielo.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, que se baseia na pesquisa de artigos que pode ser definidas como problematização de um projeto de pesquisa. Essa pesquisa tem como proposta a ação da Isotretinoína, seus benefícios e efeitos colaterais. Visto a necessidade de se reforçar sobre o uso do medicamento, com acompanhamento médico sem causar danos à saúde. Desse modo a pesquisa está delineada a partir dos seguintes pressuposta:

Diante do tema abordado, o método que mais se amolda a sua explicitação será o dedutivo.

A espécie de abordagem será a qualitativa. Na pesquisa se resume a falta de uma percepção, sobre o medicamento Isotretinoína para o tratamento da acne vulgar, sem o acompanhamento médico trazendo diversos efeitos colaterais.

O meio a ser utilizado será a pesquisa bibliográfica, extraindo diversas opiniões de doutrinadores de renome nacional com relação ao tema, e ao mesmo tempo identificar as causas problemáticas apresentadas.

Os bancos de dados escolhidos para pesquisa foram o Google Acadêmico e Scielo, sendo utilizadas as seguintes palavras chaves: acne, isotretinoína, reações adversas.

Ao término da busca dos artigos, considerando os critérios de inclusão, os artigos foram organizados e armazenados em computador, e posteriormente realizou-se uma pré-seleção mediante a leitura dos resumos. Nessa etapa verificou-se a semelhança entre os conteúdos, títulos, resumos e se os mesmos atendem ao objetivo geral do estudo.

Na etapa de seleção os artigos foram lidos na íntegra e selecionados os que

passaram pelos critérios de seleção e os estudos que por sua vez não exibiram qualquer relação com o tema abordado foram excluídos.

3 | REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O tratamento da acne

Atualmente existem vários tipos de medicamentos utilizados para o tratamento da acne, no entanto, o mais utilizado e testado eficazmente para acne mais agressiva foi a isotretinoína ou ácido 13-cis-retinóico (JUNIOR et al., 2005).

Este princípio ativo foi sintetizado em 1955 e seu uso no tratamento da acne inflamatória grave, dos tipos cística e conglobata, iniciaram-se em 1976 na Europa e em 1980 nos Estados Unidos. No Brasil as investigações sobre o mesmo iniciaram-se em 1982. Em 1985, fez-se a primeira publicação brasileira, relatando a experiência em 25 doentes, tratados com doses variadas, pois ainda não havia consenso. O resultado foi satisfatório em 24 desses casos e regular em apenas um. O uso deste medicamento por estes pacientes durou alguns anos e indicou somente dois casos não satisfatórios (MAIO et al., 2003).

Entende-se que o principal mecanismo de ação da isotretinoína é atingir a glândula sebácea, através da ligação a receptores para retinóides específicos, diminuindo a sua produtividade, seu tamanho e a quantidade de sebo produzida em 75% após quatro semanas de tratamento. Para que sua prescrição seja liberada é obrigatório o exame clínico dermatológico minucioso e a avaliação laboratorial inicial, realização de exame hematológico completo, dosagens de colesterol e frações, triglicérides e transaminases hepáticas. O paciente deve realizar exame clínico mensal ou sempre que necessário, o controle laboratorial, quando existirem alterações que o justifiquem e, para as mulheres, deve haver prescrição de anticoncepcional oral se houver risco de gravidez (SAMPAIO e BAGATIN, 2008).

Um dos tratamentos mais eficientes contra esta patologia é a ingestão de comprimidos de isotretinoína, mais conhecida no mercado de medicamentos como Roacutan. O medicamento é um retinóide derivado da vitamina A, que age imediatamente nas glândulas sebáceas, impedindo que suas células produzam óleo. Tal redução diminui o tamanho das glândulas, bem como a possibilidade de entupimento dos folículos pilo sebáceos pelo excesso de sebo. Como é sabido, os sebos associados às células mortas ocasionam um ambiente propício à proliferação da *Propionibacterium acnes*, que causam os cravos, espinhas e cistos (ZOUBOULIS, 2006).

Vale ressaltar que manter a pele sempre bem limpa, faz parte do tratamento, deixando a pele sempre bem cuidada.

3.2 Mecanismo de ação

A isotretinoína age como uma espécie de hormônio e desenrola sua atividade biológica após se ligar e ativar os receptores do ácido retinóico (RAR) e os receptores retinóides X (RXR). Esse retinóide se alia aos fatores de transcrição e complexo ligante-receptor que se une a regiões promotoras dos genes-alvo promovendo a regulação de sua expressão, induzindo ou suprimindo a transcrição gênica. O RNA mensageiro já transcrito passa para o citoplasma e no ribossomo induz a síntese do material proteico que regula a proliferação, diferenciação celular, a inflamação e o funcionamento das glândulas sebáceas (BORGES et. al., 2011).

3.3 Contraindicações em casos de obesidade e distúrbios de colesterol, triglicerídeos e diabetes

Seu uso é contraindicado em caso de obesidade com distúrbio de colesterol ou triglicérides, diabetes insulínica, doença hepática, renal ou sistêmica, epilepsia, depressão e psicose. Devem ser realizados exames clínicos e laboratoriais mensais para controlar essas condições. As mulheres sujeitas ao uso do medicamento isotretinoína precisam aguardar a menstruação para iniciar o tratamento e utilizar o anticoncepcional oral durante e até 30 dias após o término do mesmo (SAMPAIO; BAGATIN, 2008).

Mais os casos mais graves dessa doença, é deixar o paciente deprimido, e com a alta estima baixa, observar sempre a qualidade de vida do paciente devido principalmente às erupções faciais.

3.4 Acompanhamento médico no auxílio do tratamento

O tratamento da acne deve ser orientado por médicos e esteticistas, sendo profissionais capacitados para indicar para o paciente a utilização de produtos cosméticos adequados e específicos e as providências a serem tomadas (HOCHHEIM; DALCIN; PIAZZA, 2011).

Para o tratamento ser eficaz, é preciso que o paciente, junto com o seu médico que é capacitado para tal atuação, estejam sempre fazendo o acompanhamento de perto e seguindo o tratamento de acordo com a orientação médica.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante os critérios estabelecidos para as buscas foram encontrados 120 artigos nas bases de dados selecionadas. Foram cruzados os dados e excluídos os duplicados sendo analisados os títulos e resumos com 60 artigos excluídos por diversos motivos dentre eles: assuntos não condizentes com o abordado, onde 30 foram pré-selecionados através dos títulos e resumos, foram armazenados e organizados e após ser lidos na íntegra, foram selecionados 30 artigos para o

embasamento teórico.

4.1 Principais fatores que podem agravar a acne

Alguns fatores podem alterar o quadro e o surgimento da acne e sua gravidade, sendo assim, o principal responsável é a elevação do excesso hormonal, introduzindo outro fator considerável, que é a genética na forma de folículo, facilitando a obstrução (BIESKI, 2016).

Segundo Brito (2010), o grau das lesões é de forma variada, começa com as comêdoes isolados até nódulos com cicatrizes deformadas, havendo a justificativa da procura pelo paciente e a preocupação do médico, podemos assim, citar alguns fatores que podem piorar a acne, tais como: ácido paraminossalicílico, lítio, hidantoína, derivados halogenados (cloro, bromo, iodo), hormônios tireoidianos, hormônios com ação androgênica (testosterona, desidroepiandrosterona, dihidrotestosterona, androsterona, androstenediona e androstenediol), e doses elevadas de corticosteroides em longo prazo. Não se deve espremer, evitar o uso excessivo de sabonetes e cosméticos pastosos.

A ingestão de alguns tipos de alimentos como pães, massas, frituras, leite, queijo, iogurte, chocolate e carne vermelha, pode ocasionar a piora da acne, assim evitando a sua ingestão, em alguns, pode esta relacionada à questão emocional, sendo assim é preciso buscar orientação de um profissional especializado (RODRIGUES et al, 2019).

4.2 Benefícios da isotretinoína no tratamento da acne vulgar

A isotretinoína é considerada um retinóico natural e sintético de uso tópico e sistêmico, sendo única medicação que atua em todos os fatores etiopatogênicos da acne (RODRIGUES et al, 2019).

Os retinóides tem uma definição atual de conglomerar todos os compostos sintéticos e naturais ligados à da vitamina A, são tópicos e considerados produtos excelentes para todas as formas de acnes, incluindo as inflamatórias, sua terapêutica inicial com a isotretinoína é considerado eficaz, podendo haver uma fase inicial de agravamento das lesões, especialmente nas formas com forte componente retencional (FIGUEIREDO et al., 2011).

De acordo com Zanelato, et al (2011), pode ocorrer uma evolução da acne vulgar para acne fulminans que é mais rara, porém grave, o paciente inicia o tratamento com isotretinoína, cerca de duas semanas pode ocorrer piora do quadro com desenvolvimento de lesões úlcero-necróticas no tórax, face e dorso, além de febre e alterações laboratoriais.

A melhora surge após 1 a 2 meses ao início do tratamento, os resultados começam a aparecer na face e em seguida no tronco e seus benefícios permanecem alguns meses após o término (BRASIL, 2015).

O tratamento reduz a produção do sebo e diminui o tamanho das glândulas, inibindo sua atividade e ajudando a normalizar a queratinização, restringindo o crescimento das acnes e reduzindo a inflamação. O resultado final do tratamento é sempre eficaz, mesmo com algumas modificações hematológicas e bioquímicas, em pacientes com acne moderada e severa, tornando a isotretinoína um medicamento seguro e seus efeitos colaterais tolerados (BRITO et al., 2010).

4.3 Efeitos adversos decorrentes ao uso oral da isotretinoína

Por ser considerado um medicamento que ofereça alta eficácia, seus efeitos adversos podem ocasionar alterações metabólicas de alto grau, que dificulta a conclusão do tratamento, sendo assim esse medicamento possui várias contraindicações, o que restringe seu uso, como por exemplo, em mulheres grávidas, devido ao seu principal efeito teratogenicidade, em pacientes com problemas hepáticos, renais, hipervitaminose A (CAJUEIRO; LIMA; PARTATA, 2014).

Em alguns pacientes ocorrem fissuras de lábios e o ressecamento dos lábios, pele e queilite (inflamação dos lábios) sendo observadas no início do tratamento. Durante o tratamento podem surgir fotossensibilidade, descamações da pele são mais frequentes, dermatite, prurido. O eflúvio telógeno (perda de cabelos) pode surgir, mas desaparecer após o término do tratamento (NETO et al., 2015).

Para as mulheres com idade fértil devem ser aconselhadas a uma possível gravidez, relatando os tratamentos tópicos e sistêmicos que possam utilizar, sem causar qualquer dano na saúde da mãe quando na do feto. A paciente deve ter as informações sobre os medicamentos que são aceitos com segurança, e os que devem ser descartados, e os que não são seguros (contraindicados), nesse caso a isotretinoína (FIGUEIREDO et al., 2011a).

A teratogenicidade desse medicamento é o único risco irreversível principalmente durante os primeiros meses de gestação. A isotretinoína e seus metabólitos possuem características lipofílicas, ambos conseguem atravessar a placenta com facilidade, gerando o risco que é causado durante o desenvolvimento embrionário pela vitamina A, quando há um exagero no processo fisiológico de morte celular, reduzindo a mobilidade das células mesenquimais, alterando dessa forma o tecido mesodérmico (BORGES et al., 2011).

Segundo Rodrigues et al (2019), os efeitos relacionados à teratogênese não estão vinculados à dose e incluem anormalidades do sistema nervoso central (SNC), cardíacas, no tórax, e crânio-faciais. O aborto espontâneo é o que mais ocorre entre as pacientes que fazem o uso do medicamento. Em outras pacientes, ocorre um grande aumento dos níveis de colesterol e lipoproteínas de alta densidade. É contraindicado em caso de obesidade com distúrbio de colesterol ou triglicérides, diabetes insulino dependente, doença hepática, renal ou sistêmica, epilepsia,

depressão e psicose.

Os exames clínicos devem ser realizados mensais para controlar essas condições. As mulheres sujeitas ao uso do medicamento isotretinoína precisam aguardar a menstruação para iniciar o tratamento e utilizar o anticoncepcional oral durante e até 30 dias após o término do mesmo (SAMPAIO; BAGATIN, 2013).

Seu uso não deve ser em conjunto com outros retinóides e tetraciclina, evitando também a associação da vitamina A (SILVA, SELEGUINI, VENANCIO, 2016).

Os pacientes não podem fazer o uso de álcool e não doar sangue durante o tratamento e até quatro meses após o término é proibido, evitando o risco de 29 malformações fetais em mulheres que poderão receber o sangue (RODRIGUES et al, 2019).

5 | CONCLUSÃO

Com base no que foi exposta nesta pesquisa, a acne é uma doença dermatológica que acomete aproximadamente 80% das pessoas, e a Isotretinoína tem como o principal medicamento no tratamento contra a acne.

A partir da literatura consultada, viu-se que a importância desse medicamento está aliada a um medicamento rico em vitamina A, os resultados desse tratamento são bem satisfatórios, porém manter a pele sempre bem cuidada faz parte do tratamento. Este medicamento deve ser tomado durante ou logo após uma refeição, de uma só vez e se ocorrer a interrupção devido ao esquecimento de tomar uma dose, deve-se continuar o tratamento com a dose recomendada pelo seu médico e jamais tomar duas doses de uma só vez.

Ainda que a isotretinoína apresente uma série de reações adversas, a mesma possui uma terapia efetiva no tratamento da acne, solucionando mais de 80 % dos casos, desta forma o farmacêutico deve frisar os riscos teratogênicos, posologia, possíveis reações e interações medicamentosas para uma farmacoterapia bem sucedida.

Contudo, este trabalho pode-se observar a importância do acompanhamento médico, e sobre todos os métodos adequados que os pacientes tem que tomar no tratamento da Isotretinoína.

REFERÊNCIAS

ALVARES, Denise Brega; TABORDA, Valéria Brega Alvares, ALMA, Jeanete Moussa. **Acne vulgar: avanços na técnica combinada de limpeza de pele associada ao peeling ultrassônico e a fotobioestimulação com leds.** Salusvita, Bauru, v. 31, n. 1, 2012. Disponível em: https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v31_n1_2012_art_06.pdf. Acesso em: 18 de abril 2019.

ANVISA, **Isotretinoína**. Disponível em: Acessado em 20 de julho de 2011. MINISTERIO DA SAUDE, PORTARIA Nº 143, DE 31 DE MARÇO DE 2010. Disponível em: < <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis>>. Acessado em 24 de Julho de 2011.

BIESK, Gustavo Luiz. **Riscos e benefícios do uso do medicamento isotretinoína para o tratamento da acne**. FACIDER Revista Científica. Mato Grosso, n 6, 2016. Disponível em: <file:///E:/acne%20vulgar%20artigos/149-588-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 de abril 2019.

BRITOL, M. F. M.; SANT'ANNALL, I. P.; GALINDOLL, J. C. S.; ROSENDOIV, L. H. P. M.; SANTOS, J. B. **Avaliação Clínica de Efeitos Adversos e Alterações Laboratoriais em Pacientes com Acne Vulgar** Tratados com Isotretinoína Oral, Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, n. 3, vol. 85, Janeiro/Junho, 2010.

BRENNER, F. M.; ROSAS, G. A.; GADENS, A. G.; SULZBACH, M. L.; CARVALHO, V. G.; TAMASHIRO, V.; **Acne**: Um Tratamento Para Cada Paciente. Revista de Ciências Médica, Campinas, n. 15, vol. 3, pag. 257-266, Maio/ Junho, 2006.

BORGES, Mirela Bernadina. Et al. **Avaliação laboratorial do perfil lipídico e testes de lesão hepatocelular em pacientes com acne vulgar sob uso de isotretinoína oral**. Revista Brasileira de Clínicas Médicas. São Paulo, v.9, n.6, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2559>. Acesso em: 26 de Abril 2019.

COSTA, A.; LAGE A.; MOISES, T. A. **Acne e Dieta**: Verdade ou Mito, Anais Brasileiros de dermatologia, n. 85, vol. 3, pag. 53-346, 2010.

COSTA, Caroline Sousa; BAGATIN, Ediléia. **Evidências sobre o tratamento da acne**. Diagn Tratamento, São Paulo, v. 8, n. 1, p.10-14, jan. 2013.

DINIZ et al. **Terapia Retinóide na Acne Vulgar**. Revista Eletrônica de Farmácia. Vol. XI, 80-101, 2014, 22 p.

FIGUEIREDO A., MASSA A., PICOTO A., SOARES A. P., BASTO A. S., LOPES C., RESENDE C., REBELO C., BRANDAO F. M., PINTO G. M., OLIVEIRA H. S., MANUELA S. M., GONCALO M., BELLO R. T. **Avaliação e tratamento do doente com acne**. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Lisboa – Portugal, n.27, pag. 27-59, 20 11.

JUNIOR, E. D. S.; SETTE, I. M. F.; BELEM, L. F.; JANEIRO, D. I.; PEREIRA, G. J. S.; BARBOSA, J. A. A.; MENEZES, M. D. S. F.; **Isotretinoína no tratamento da acne: riscos x benefícios, Revista Brasileira de Farmácia, Paraíba (PB)**, n. 90, vol. 3, pag. 186-189, 2009.

Laboratoriais em Pacientes com Acne Vulgar Tratados com Isotretinoína Oral. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, n. 3, vol. 85, Janeiro/Junho, 2010.

MAIO, V. M. P.; FROEHLICH, P.E.; BERGOLD, A. M.; **Interconversão Tretinoína/Isotretinoína**: Um Problema no Preparo de Formulações Farmacêuticas, Latin American Journal of Pharmacy, Porto Alegre (RS), n. 22, vol. 3, pag. 54/249, Abril, 2003.

PICOSSE, Fabíola Rosa; et al. **Tratamento da acne vulgar moderada a grave com isotretinoína oral similar ao produto referência**. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro, v 8, n 2, 2016. Disponível em: <file:///E:/acne%20vulgar%20artigos/265546364007.pdf>. Acesso em: 18 de abril 2019.

SAMPAIO, S. A. P.; BAGATIN, E.; **Experiência de 65 Anos no Tratamento da Acne e de 26 Anos com Isotretinoína Oral**. Anais Brasileiros de Dermatologia, Curitiba, n. 83, vol. 4, pag. 361-367, 2008.

SILVA, Lairicy Neves da et al. **Acompanhamento farmacoterapêutico do uso da isotretinoína**: um estudo de caso. Revista Faculdade Montes Belos (fmb), Montes Belos, v. 7, n. 1, p.121- 135, jan. 2014.

WILLIAMS, H.C. DELLAVALLE, R.P. GARNER, S. **Acne vulgaris**. Lancet. v. 379, n. 9813 p. 361-72. 2012.

CAPÍTULO 2

ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS EM PACIENTES COM SUSPEITA DE DISTÚRBIOS GENÉTICOS ATENDIDOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 20/10/2020

Cleiton Fantin

Universidade do Estado do Amazonas
Manaus – Amazonas
<http://orcid.org/0000-0002-4801-698X>

Ananda Larise Colares Menezes

Universidade do Estado do Amazonas
Manaus - Amazonas
<http://orcid.org/0000-0001-9610-1276>

Sabrina Macely Souza dos Santos

Universidade Federal do Amazonas
Manaus - Amazonas
<http://orcid.org/0000-0002-6801-1262>

Vânia Mesquita Gadelha Prazeres

Universidade Federal do Amazonas
Manaus - Amazonas
<http://orcid.org/0000-0001-9531-1706>

Denise Corrêa Benzaquem

Universidade do Estado do Amazonas
Manaus - Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-5394-7455>

RESUMO: As cromossomopatias, alvo de estudo da citogenética, constituem umas das maiores categorias de doenças genéticas e são classificadas em dois grupos: anomalias cromossômicas numéricas e as anomalias estruturais. O estudo teve como objetivo avaliar a ocorrência de alterações cromossômicas em pacientes com suspeita de distúrbios

genéticos. Para isso foram encaminhados dez pacientes do Instituto de Saúde da Criança do Amazonas, os quais passaram previamente por consulta genética. A análise citogenética foi obtida pela cultura de linfócitos do sangue periférico e bandeamento GTG. Em nossos resultados 6 pacientes apresentaram número e estrutura normal de cromossomos, sendo 4 do sexo feminino com cariótipo 46, XX e 2 do sexo masculino com cariótipo 46, XY. Alterações cromossômicas foram observadas em 4 pacientes, a maioria envolvendo o cromossomo 21: 46, XY+21, 47, XY+21 e 47, XX+21. Uma paciente apresentou cromossomo marcador 46, XX+mar. O estudo confirmou a importância da realização de exames citogenéticos a fim de verificar a existência alterações cromossômicas contribuindo para um diagnóstico precoce e preciso.

PALAVRAS CHAVE: 1.Citogenética 2. Bandeamento G 3.Cariótipo.

CHROMOSOMIC CHANGES IN PATIENTS WITH SUSPECTED GENETIC DISORDERS SERVED IN THE UNIQUE HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: Chromosomal disorders, target of cytogenetics study, constitute one of the largest categories of genetic diseases and are classified into two groups: numerical chromosomal abnormalities and structural anomalies. The study aimed to assess the occurrence of chromosomal changes in patients with suspected genetic disorders. For this, ten patients from the Amazonas Children's Health Institute were referred, who had previously undergone genetic

consultation. Cytogenetic analysis was obtained by culturing peripheral blood lymphocytes and GTG banding. In our results, 6 patients had a normal number and structure of chromosomes, 4 of whom were female with a 46, XX karyotype and 2 were male with a 46, XY karyotype. Chromosomal changes were observed in 4 patients, most involving chromosome 21: 46, XY + 21, 47, XY + 21 and 47, XX + 21. One patient presented marker chromosome 46, XX + sea. The study confirmed the importance of performing cytogenetic tests in order to check for chromosomal changes, contributing to an early and accurate diagnosis.

KEYWORDS: 1. Cytogenetics 2. G Banding 3. Karyotype.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o avanço da genética, permitiu uma melhor compreensão de muitas doenças e o reconhecimento de outras. Os estudos genéticos abrangendo um número maior de especialidade permite o acesso precoce a descoberta de malformações congênitas, desvios metabólicos, doenças hereditárias degenerativas, displasia esquelética e demais distúrbios genéticos que podem ser detectados pré e pós-natal (ALBANO, 2000).

A análise cromossômica continua sendo uma das técnicas mais utilizadas para o diagnóstico de doenças genéticas, e pode ser empregada em diversas especialidades como por exemplo, ginecologia e obstetrícia, pediatria, oncologia, neurologia (DELHANTY, 2010; ZANE et al., 2016; ISCN, 2016; REDIN, 2017; FANTIN al., 2019; de FRANÇA et al., 2020). Sabemos hoje que os distúrbios cromossômicos constituem uma categoria importante de doenças genéticas, respondendo por uma grande proporção dos abortamentos, malformações congênitas, atraso do desenvolvimento, dimorfismo facial, anomalias esqueléticas, cardiopatias congênitas e alterações no desenvolvimento sexual (HASSOLD, 2001; LUTHARDT, 2002; HOROVITZ, 2013).

A crescente conscientização sobre a importância de anormalidades cromossômicas em algumas doenças levou ao aumento do reconhecimento de muitos distúrbios cromossômicos que antes eram desconhecidos (AL HUSAIN; ZAKI, 1999). Esses distúrbios são o alvo de estudo da citogenética e estão classificados em dois grupos: anomalias cromossômicas numéricas, constituídas pelas monossomias, trissomias e, raramente, tetrassomias; e as anomalias estruturais, decorrentes da perda, adição ou troca de material genético entre dois cromossomos. Tais rearranjos cromossômicos podem resultar em um estado de equilíbrio e desequilíbrio gênico dependendo da forma como ocorrem. Portanto, o estado de desequilíbrio ou não, podem servir como marcadores informativos para fenótipo (BROTHMAN, 2006; ISCN, 2016). Tanto as alterações numéricas como as estruturais podem também ser identificadas no estado de mosaïcismo, onde

apenas uma parte das células da formação do corpo do paciente é afetada pela mutação e o grau de mosaicismo refletirá o nível de agressividade de uma doença (LEE, 2007). As técnicas citogenéticas utilizadas para investigação de tais distúrbios dividem-se em: convencionais e moleculares. Estas técnicas são utilizadas como método de investigação e diagnóstico fornecendo resultados fidedignos. As técnicas convencionais permitem a identificação dos cromossomos, e através desse método é possível descrever a relação entre o número de cromossomos alterados e a evolução clínica e prognóstica em crianças portadoras de doenças genéticas (DE FRANÇA et al., 2020).

De modo geral, 0,6% dos nascidos vivos possuem alguma alteração cromossômica e 0,3% destas são de ordem numérica. Cerca de 25% dos abortos e natimortos ocorrem por causa de alterações cromossômicas e entre 50 a 60% desses abortos ocorrem no primeiro trimestre de gestação (SHAFFER; LUPSKI, 2000; DUARTE et al., 2004). Em todos os casos, os distúrbios genéticos causados por ambos, aberrações cromossômicas numéricas ou estruturais, são acompanhadas por fortes modificações fenotípicas da fisiologia humana normal (VARGAS et al., 2019).

A determinação do cariótipo é importante na avaliação do prognóstico para se estabelecer uma classificação de risco, bem como atribuir o nível de gravidade da doença. Nesse contexto, as técnicas citogenéticas clássicas e moleculares fornecem subsídios para a identificação de diferentes genes de importância biológica. Com isso, esses exames direcionam de forma mais precisa a conduta terapêutica para cada tipo de anomalia cromossômica detectada.

Apesar da importância dos estudos genéticos, existem poucos sistemas públicos de saúde no Brasil que realizam diagnósticos citogenéticos, principalmente devido a restrições de financiamento e recursos humanos. A maioria dos centros e serviços de assistência relacionados ao campo da genética clínica estão localizados nas regiões sul e sudeste do Brasil, que também são as regiões mais desenvolvidas (HOROVITZ et al., 2013). No norte do país contamos com o serviço de diagnóstico citogenético oferecido por apenas um laboratório da Universidade Federal do Pará (UFPA) (SOUZA et al., 2019).

Uma consequência disso é que no Amazonas encontramos poucos trabalhos com estudos citogenéticos e entre eles estão aqueles que abordaram o levantamento epidemiológico de pacientes com malformações congênitas, o estudo de pacientes com doenças neurodegenerativas e com deficiência intelectual (FANTIN et al., 2017a; FANTIN et al., 2017b; FANTIN et al., 2017c; FANTIN et al., 2019a; FANTIN et al., 2019b; NUNES et al., 2019a; NUNES et al., 2019b).

Atualmente, é perceptível a necessidade de utilização de equipamentos e técnicas que possuam sensibilidade e precisão para promover diagnóstico e

tratamento eficientes, minimizando danos ao paciente. Sendo assim, pode-se inferir que os métodos citogenéticos apresentam técnicas que fundamentam a elucidação de doenças de cunho genético. Dentro desse contexto, o presente trabalho teve como objetivo identificar indivíduos portadores de alterações cromossômicas com suspeita de doença genética atendidos pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Amazonas, sob a autorização número 2.949.936 (CAAE: 96286818.0.0000.5016). Os indivíduos estudados foram encaminhados pela médica geneticista Dra. Vânia Mesquita Prazeres do Departamento de Pediatria do Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE/AM. A coorte incluiu 10 indivíduos (5 pacientes do sexo feminino e 5 do sexo masculino) a descrição da idade e justificativa para o encaminhamento estão na Tabela 1. O objetivo da pesquisa foi explicado a todos os pais dos pacientes, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme exigido pelo Conselho Nacional de Saúde. Foram coletados 5mL de sangue venoso periférico de cada indivíduo por profissional da área de saúde capacitado. As análises citogenéticas foram realizadas no Laboratório de Citogenética da Universidade do Estado do Amazonas. As células foram cultivadas segundo a técnica descrita por Moorhead (1960), com modificações. Para cada paciente, foram montados três ou quatro frascos de cultura contendo de 0,2 a 0,5ml de sangue total, 5,0ml de meio de cultura RPMI 1640, suplementado com 20% de soro fetal bovino e solução de penicilina/estreptomicina (100U/ml), e 20% de fitohemaglutinina. O tempo de cultivo foi de 73 horas. O bandeamento G foi obtido usando solução de tripsina (SEABRIGHT, 1971). Foram observadas em média de 100 metáfases por indivíduo e as metáfases foram cariotipadas com auxílio do Programa GeneALL e as alterações cromossômicas foram classificados de acordo com o Sistema Internacional de Recursos Humanos Nomenclatura Citogenética. Os resultados foram comunicados aos pacientes pelos médicos solicitantes do exame.

Casos	Sexo	Idade	Justificativa para encaminhamento
01	Feminino	4m	Face típica/Dimorfismo
02	Masculino	7m	Suspeita de Síndrome de Down
03	Masculino	3m	Tumoração abdominal
04	Feminino	3m	Suspeita de Síndrome de Down
05	Feminino	1m	Genitália ambígua e malformação múltiplas
06	Feminino	8m	Dificuldade de crescimento
07	Masculino	1m	Suspeita de Síndrome de Down
08	Feminino	10a	Cardiopatia congênita complexa/Ataxia cerebelar
09	Masculino	10m	Suspeita de Síndrome de Down
10	Masculino	1m	Malformações congênitas/Eventração diafragmática

Tabela 1 – Sexo, idade e justificativa para exame de cariótipo dos casos analisados (m=Meses, a=Anos).

3 I RESULTADOS

Foram analisados citogeneticamente 10 casos de pacientes com suspeita de doença genética. O número cromossômico das amostras variou de 44 a 48 e a maioria das células apresentou número cromossômico normal. Cinco casos (01, 03, 05, 08 e 10) apresentaram células com cariótipos normais, com a resolução das técnicas utilizadas. O número cromossômico, o número de metáfases analisadas e os cariótipos com aberrações cromossômicas clonais, de cada caso, estão apresentados na Tabela 2.

Foram encontradas alterações cariotípicas não clonais, ou seja, esporádicas, que compreenderam translocações, trissomias e cromossomos marcadores, em cinco casos. A adição do cromossomo 21 foi a alteração mais frequente, e esta, ocorreu por dois mecanismos, trissomia livre do 21 e translocação entre os cromossomos 21 e 14 e um caso de mosaico. Foi observado que a maioria dos portadores de síndrome de Down é do sexo masculino. Outra adição cromossômica diz respeito a um caso de cromossomo marcador (Figura 1).

Casos	Nº de células analisadas	nº de cromossomo	Cariótipo
001	100	46	46,XX
002	95	47	47,XY+21
003	100	46	46,XY
004	100	46	47, XY [64]/46, XY [36]
005	75	46	46, XX
006	95	47	47,XX+mar
007	100	47	46, XX, rob(14,21)(q10;q10)
008	62	46	46,XX
009	100	46	47,XY +21
010	100	46	46,XY

Tabela 2 – Total de células analisadas por paciente, Nº cromossômico e Cariótipo.

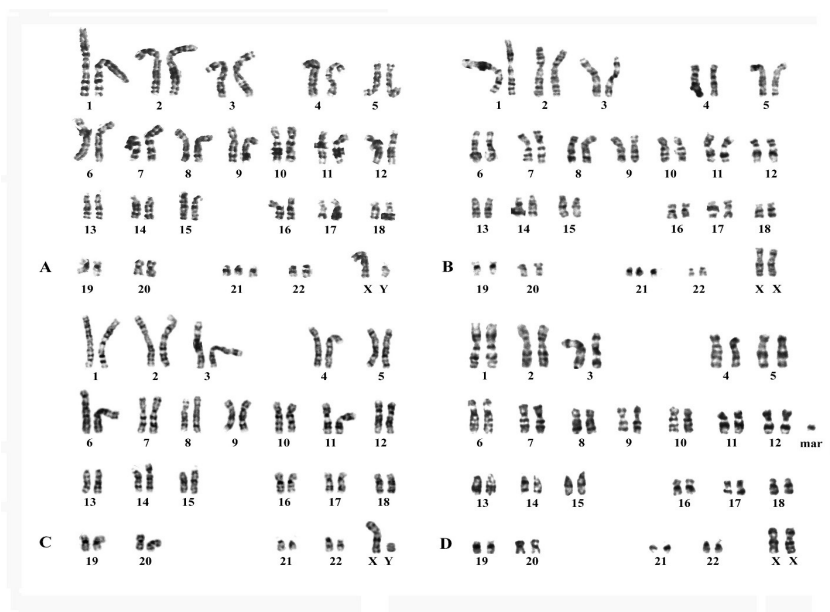


Figura 1 – A- Caso 02 47,XY+21; B- Caso 05 47,XX+21; C- Caso 07 46, XX, rob(14,21)(q10;q10) e D- caso 06 47,XX+mar.

4 I DISCUSSÃO

Síndrome de Down (SD) é a aneuploidia autossômica mais frequente observada em pacientes pediátricos, esta alteração está associada a adição de um cromossomo 21 ao cariótipo complementar do indivíduo. É considerada a doença

genética mais comum e mais conhecida, sendo responsável pela maior parte dos casos de retardo mental moderado. Sua incidência varia de 1/660 a 1/1000 entre os nascidos vivos (BOYLE, 2014; ANTONARAKIS et al., 2020). Essa foi a alteração numérica mais frequente encontrada, estando presente em 4 dos pacientes encaminhados (02, 04, 07 e 09).

Esse cromossomo adicional pode apresentar-se citogeneticamente de três formas, a primeira forma e mais frequente é a trissomia livre, causada pela não disjunção cromossômica de origem meiótica, ocorre em 95% dos casos de SD (HASSOLD, 2002). Dos casos aqui analisados com SD 50% apresentaram este tipo de trissomia (02 e 09). Um dos pacientes aqui analisados (04) apresentou translocação Robertissoniana entre os cromossomos 14 e 21 que corresponde a segunda forma de apresentação da trissomia do cromossomo 21 e ocorre em ~ 5% dos indivíduos afetados, geralmente envolve os cromossomos 14 e 21 ou os dois cromossomos 21 (MORRIS, 2012; ANTONARAKIS, 1998; LEVY et al., 2018). Pande et al 2017 analisando citogeneticamente 657 pacientes na Índia, portadores de SD, encontraram 52 tipos de translocação e deste 29 (55.77%) estavam relacionados aos cromossomos 14 e 21.

O terceiro tipo de variante da trissomia do 21 é o mosaïcismo que ocorre em ~ 2% dos indivíduos com SD. É considerado uma trissomia parcial e é rara, os sintomas associados a ela variam de acordo com a quantidade de genes envolvidos. Os portadores dessas alterações podem apresentar características fenotípicas atenuadas (BORGES-OSÓRIO; ROBINSON, 2013; TEMPSKI *et al.*, 2011; DE MARQUÍ, 2020). Um dos pacientes aqui analisados apresentou esta alteração, onde o mesmo possuía em sua maioria células com 47 cromossomos. A confirmação citogenética desse tipo de padrão cromossômico é de suma importância, pois o baixo grau de mosaïcismo pode dificultar o diagnóstico clínico, bem como poderá estimar as chances de risco de recorrência na próxima gravidez, auxiliando assim no aconselhamento genético (PANDE et al., 2017)

Em nosso estudo, a frequência da SD foi maior entre os indivíduos do sexo masculino (75%), apesar de nosso número amostral reduzido esta correlação positiva entre o sexo do paciente e a presença de SD, já foi observada recentemente em outros estudos (FANTIN, 2019; SILVA; TROVÓ 2020).

Outra alteração genética observada foi a adição de um cromossomo marcador que ocorreu em um paciente (06) onde a indicação para o exame foi a de baixa estatura. O cromossomo marcador também é conhecido como cromossomo supranumerário, e está diretamente ligado a alterações fenotípicas. A primeira linha de investigação para cromossomos supranumerários em citogenéticas é a cariotipagem, que continua sendo um método preciso e viável (TRIFONOV et al., 2008). Devido a seu tamanho diminuto os cromossomos supranumerários não

podem ser identificados e não se pode saber sua origem por meio de técnicas citogenéticas convencionais, a confirmação da sua procedência é obrigatória para um diagnóstico preciso (CRAUCIUC et al., 2018)

Os pacientes que aqui apresentaram número e estrutura normal de cromossomos não estão isentos de apresentarem alterações cromossômicas, visto que a técnica utilizada nesse trabalho permite uma resolução de 400 a 550 bandas. Linhares et al (2012) afirmam que alterações cromossômicas que afetam segmentos menores de 5Mb não são identificadas nesse nível de resolução, sendo necessário a utilização de técnicas de alta resolução, com padrões de banda 650 a 850, que possibilitam a detecção de alterações menores.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar a relevância do exame citogenético nos casos de portadores de uma suspeita de síndrome genética, pois, o diagnóstico genético usando diferentes técnicas para aumentar a precisão na identificação de alterações cromossômicas numéricas e estruturais, tem um papel importante no aconselhamento genético. A identificação desses padrões ajudará na predição de risco de recorrência ao aconselhar os pais, bem como, minimizar a frequência de doenças na sociedade. Nossos agradecimentos especiais aos pacientes que aceitaram ser voluntários da pesquisa e à equipe de enfermagem do Departamento de Pediatria do Hospital Instituto de Saúde da Criança do Amazona pela colaboração e parceria. Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas/ FAPEAM, pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AL HUSAIN, M; ZAKI, O.K. A survey of 1,000 cases referred for cytogenetic study to King Khalid University Hospital, Saudi Arabia. **Human Heredity** 49: 208-14 p. 1999.

ALBANO, L.M.J. Importância do serviço de genética no serviço público relato de intenção de um setor de genética no Município de São Paulo, Brasil. **Pan American Journal of Public Health**.7(1): 29-34 p. 2000.

ANTONARAKIS, S.E. Human chromosome 21: genome mapping and exploration, circa 1993. **Trends Genet.** 9:142-48 p.1993.

BORGES-OSÓRIO, M.R; Robinson, W.M. **Genética Humana**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOYLE, B; MORRIS, J.K; MCCONKEY, R; GARNE, E; LOANE, M; ADDOR, M.C, et al. Prevalence and risk of Down syndrome in monozygotic and dizygotic multiple pregnancies in Europe: implications for prenatal screening. **BJOG**.121:809-820 p. 2014.

BROTHMAN, A.R; SCHNEIDER, N.R; SAIKEVYCH, I; COOLEY, L.D; BUTLER, M.G; PATIL, S. et al. Cytogenetics heteromorphisms. G-band regions that we have pondered for years. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. 130: 947–9 p. 2006.

CRAUCIUC, G.A; TRIPON, F; BOGLIŞ, A; FĂGĂRĂŞAN, A; BĂNESCU, C. Multiplex ligation dependent probe amplification – A useful, fast and cost-effective method for identification of small supernumerary marker chromosome in children with developmental delay and congenital heart defect. **Revista Romana de Medicina de Laborator**. 26 (4): 461-469 p. 2018.

DE FRANÇA, M.E; DA SILVA, J.J; VILLABÓN, JLOB; FILHO, I.A.A; DA SILVA, L.G; CEZAR, N.J.B. Cytogenetic tests in the diagnosis of acute lymphode leukemia. **Brazilian Journal of health Review**.3(2):2278-2286 p. 2020.

DE MARQUI, A.B.T. Anormalidades cromossômicas em abortos recorrentes por análise de cariótipo convencional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 18 (2): 277-288 p. 2018.

DELHANTY, J.D.A. **Origins of human aneuploidy. In: Encyclopedia of Life Sciences**. Chichester: John Wiley & Sons. 2010.

DUARTE, A.C; CUNHA, E; ROTH, J.M; FERREIRA, F.L; GARCIAS, G.L; MARTINO-ROTH, M.G. Cytogenetics of genetic counseling patients in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. **Genetics Molecular Researcher**. 3(3):303-308 p. 2004.

FANTIN, C; BENZAQUEM, D.C; SANTOS, M.L; JÚNIOR, C.A.S.A; CARVALHO, L.B; GOMES, M.N et al. Descriptive Study: Congenital Malformations in Pediatric Patients of a Public Maternity Hospital of the City of Manaus, Amazonas. **Journal Pharmacy and Pharmacology**. 7,198-206 p. 2019.

FANTIN, C; PRAZERES, V.G.M; BENZAQUEM, D. C; FERNANDES, E.R.Q.G.S.E; OLIVEIRA, D.P; RIBEIRO-LIMA, J.C. Cytogenetic Diagnosis and Analysis of the Clinical Profile of Individuals with Non-down Syndrome Intellectual Disability. **Journal Pharmacy and Pharmacology**. 5:812-20 p. 2017a.

FANTIN, C; BENZAQUEM, D.C; CARMO, J.C; PRAZERES, V.G.M. Profile of Patients Attended at the Genetic Service of a Special Care Institution in Brazil. **Journal Pharmacy and Pharmacology**. 5:727-735 p. 2017b.

FANTIN, C; SANTOS, M.L; CARVALHO, L. B; GOMES, N.M; SOUZA, L.N; SOUSA, G.B. Estudo das anomalias cromossômicas ocorridas em uma maternidade nos anos de 2010 a 2014. **Cogitare Enfermagem**. 22:1-8 p. 2017bc.

FANTIN, C; SOUZA, I.M.L. Frequency of Congenital Anomalies in the State of Amazonas-Brazil for the Period 2008 to 2017. **J Journal Pharmacy and Pharmacology**, 7:343-350 p. 2019b.

HASSOLD, T; HUNT, P. T. Err (meiotically) is human: the genesis of human aneuploidy. **Nature Reviews Genetics**, 2: 280–291 p.2001.

HOROVITZ, D.D.G; FERRAZ, V.E.F; DAIN, S; MARQUES-DE-FARIA, A.P. Genetic services and testing in Brazil. **Journal of Community Genetics**; 4 (3):355-375 p. 2013 .

ISCN. **An International System for Human Cytogenetic Nomenclature**. Basel, Karger. Cytogenetics and Cell Genetic, 2016.

LEE, C; IAFRATE, A.J; BROTHMAN, A.R. Copy number variations and clinical cytogenetic diagnosis of constitutional disorders. **Nature Genetics**. Suppl 7:S48-54 p. 2007.

LEVY, P.A; ROBERT, M. Trisomies. **Pediatrics in Review**. 39(2):104-106 p. 2018.

LINHARES ND, SVARTMAN M, VALADARES ER. Diagnóstico citogenético de pacientes com retardo mental idiopático. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. 48(1):33-39 p. 2012.

LUTHARDT, FW; KEITGES, E. **Chromosomal syndromes and genetic disease**. In: **Encyclopedia of Life Sciences**. Chichester: John Wiley & Sons; 2001.

MOORHEAD PS, NOWELL PC, MELLMAN WJ, BATTIPS DM, HUNGERFORD DA. Chromosome preparations of leukocytes cultured from human peripheral blood. **Experimental Cell Research**. 20(3):613-616 p.1960.

MORRIS J K, ALBERMAN, E, MUTTON, D, JACOBS, P. Cytogenetic and epidemiological findings in Down syndrome: England and Wales 1989-2009. **American Journal of Medical Genetics**. 158:1151–1157 p. 2010.

NUNES KM, VIANEZ, TN; BENZAQUEM, DC; CARVALHO NDM; FANTIN C. Concomitance of numerical chromosomal alterations with structural in an elderly with Alzheimer's disease: a case report. **Scientia Medica**. 29(4):e34464 p. 2019.

NUNES, KM, BENZAQUEM DC, CARVALHO NDM, VIANEZ, TN, FERNANDES, ERDQGS; FANTIN, C. Investigation of chromosomal alterations in patients with Alzheimer's disease in the state of Amazonas, Brazil. **Arquvos de Neuro-Psiquiatria**. 77:855-859 p. 2019b.

PANDE S, SALASKAR V, PAIS A, PRADHAN G, PATIL S, PARAB C, ET AL.S. Frequency of down syndrome: an experience of a tertiary care diagnostic laboratory in India. **International Journal of Advances in Medicine**. 4:1672-1675 p. 2017.

REDIN C, BRAND H, COLLINS RL, KAMMIN T, MITCHELL E, HODGE JC, et al. The Genomic Landscape of Balanced Cytogenetic Abnormalities Associated with Human Congenital Anomalies. **Nature Genetics**. 49(1): 36–45 p.2017.

SEABRIGHT, M. A rapid banding technique for human chromosomes. **Lancet**. 971-972 p.1971.

SHAFFER L, LUPSKI, J. SHAFFER LG, LUPSKY JR. Molecular mechanisms for constitutional chromosomal rearrangements in humans. **Annual Review of Genetics** 34: 297-329 p. 2000.

SOUZA M.P.C; DOS SANTOS, S.M; DE LIMA, M.M.C; MACHADO, J.M.P; MELO, M.M.M; DE OLIVEIRA, E.H.C et al. Chromosomal analyses in genetic counseling of patients with developmental and congenital abnormalities from Belém, Pará State, Brazil: a retrospective study of 17 years. **Revista Pan Amazônica de Saúde**. 10:e201901597,2010.

TEMPSKI, P.Z; MIYAHARA, K.L; ALMEIDA, M.D; DE OLIVEIRA, R.B; OYAKAWA, A; BATTISTELLA, L.R. Protocolo de cuidado à saúde da pessoa com Síndrome de Down - IMREA/HCFMUSP. **Revista Acta Fisiátrica**. 18(4): 175-86 p. 2011.

TRIFONOV, V; FLURI, S; BINKERT, F; NANDINI, A; ANDERSON, J; RODRIGUEZ L, et al. Complex rearranged small supernumerary marker chromosomes (sSMC), three new cases; evidence for an underestimated entity? **Molecular Cytogenetics**. 1:1- 6 p. 2008.

VARGAS, JE; VANINI, J; FORCELLINI, S; ZOEHLER, B; TAMAYO-URIA, I; BUSIN, C.S. The most relevant chromosomal abnormalities in the north of Rio Grande do Sul, Brazil: twenty-six years of cytogenetic analysis. **Annals of Human Biology**, 46:1-11 p. 2019.

ZANE, L.S; PERRONE, M.A.S; PINTO, I.A; COSTA, J.V.F; PAULO, M.S.L; FARIA, A.C.O, et al. Anomalias cromossômicas em abortos espontâneos em uma maternidade pública do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Salus Journal of Health Sciences**. 2(1): 51-58 p. 2016.

CAPÍTULO 3

ALTERAÇÕES NO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE PERCEBIDA E ESTADO NUTRICIONAL APÓS DOIS ANOS NO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE

Data de aceite: 01/12/2020

José Jean de Oliveira Toscano

Instituto de Educação Física e Esporte
Universidade Federal de Alagoas
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0705581281344307>

Adriano Akira Ferreira Hino

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia
em Saúde
Escola Politécnica – Pontifícia Universidade
Católica do Paraná
Curitiba - PR
<http://lattes.cnpq.br/8932581065390801>

Antônio Cesar Cabral de Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Educação
Física
Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – SE
<http://lattes.cnpq.br/0048010262294352>

RESUMO: A promoção da atividade física em nível comunitário requer a criação de modelos, baseado em evidências, para orientar atividades atuais e futuras em saúde pública. O objetivo do estudo foi associar níveis de atividade física, saúde percebida e estado nutricional em um período de dois anos entre usuários e não usuários do programa Academia da Cidade (PAC) do município de Aracaju-SE, Brasil. O presente estudo possui delineamento observacional longitudinal. A seleção da amostra foi realizada com três grupos (usuários PAC, ex-usuários do PAC e não usuários), sendo

selecionados 300 adultos em cada grupo. As variáveis sociodemográficas, atividade física e percepção de saúde foram coletadas por meio de questionário. Peso e estatura foram aferidos pelos entrevistadores permitindo o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). As associações foram testadas por meio de regressão logística binária adotando um nível de significância de $p < 0,05$. Usuários do PAC apresentaram 1,4 (IC95%=8,61-22,79) e 33,9 (IC95%=18,5-61,85) maior chance de permanecerem ou se tornarem ativos, realizando atividade física moderada a vigorosa respectivamente quando comparados com os não usuários. Usuários do PAC também apresentaram maior chance de permanecerem ou melhorarem a percepção de saúde (OR=3,9 IC95%=2,51-6,01). Ainda, a chance de aumentar a classificação do estado nutricional foi menor entre os usuários do PAC (OR=0,6; IC95%=0,57-0,34). A participação no PAC por um período de dois anos foi associada a maior chance de manutenção e ou aumento nos níveis de atividade física e percepção de saúde bem como redução nas classificações de sobrepeso e obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Física; Promoção da Saúde; Saúde; Obesidade.

CHANGES IN THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY, PERCEIVED HEALTH AND NUTRITIONAL STATUS AFTER TWO YEARS IN THE ACADEMIA DA CIDADE PROGRAM

ABSTRACT: The promotion of physical activity at the community level requires the creation of models, based on evidence, to guide current and future public health activities. The objective of

the study was to associate levels of physical activity, perceived health and nutritional status over a period of two years between users and non-users of the Academia da Cidade (PAC) program in the municipality of Aracaju-SE, Brazil. The present study has a longitudinal observational design. The sample selection was carried out with three groups (PAC users, former PAC users and non-users), with 300 adults selected in each group. Sociodemographic variables, physical activity and health perception were collected using a questionnaire. Weight and height were measured by the interviewers, allowing the calculation of the Body Mass Index (BMI). Associations were tested using binary logistic regression using a significance level of $p < 0.05$. PAC users had 1.4 (95% CI = 8.61-22.79) and 33.9 (95% CI = 18.5-61.85) greater chance of staying or becoming active, performing moderate physical activity to vigorous respectively when compared to non-users. PAC users were also more likely to remain or improve their health perception (OR = 3.9 CI95% = 2.51-6.01). Still, the chance of increasing the classification of nutritional status was lower among PAC users (OR = 0.6; 95% CI = 0.57-0.34). Participation in the PAC for a period of two years was associated with a greater chance of maintenance and / or an increase in the levels of physical activity and health perception, as well as a reduction in the classifications of overweight and obesity.

KEYWORDS: Physical Activity; Health Promotion; Health; Obesity.

INTRODUÇÃO

A inatividade física tem sido considerada um problema de saúde pública tanto pelo aumento no risco de doenças crônicas como pelas consequências econômicas atribuídas a essa condição (LEE et al., 2012). Nesse sentido, a promoção da atividade física tem sido importante objeto de interesse para desenvolvimento de estratégias de políticas públicas de saúde (CONN et al., 2011).

A promoção da atividade física em nível comunitário requer a criação de modelos, baseado em evidências, para orientar atividades atuais e futuras em saúde pública. Desta forma, foi publicado pelo *Task Force on Community Preventive Services* um guia que serve como referência, o *Community Guide* (TRUMAN et al., 2000). Nesse guia destaca-se subcategorias de intervenções como: planejamento e políticas abrangentes para comunidades e aulas de atividade física em ambientes comunitários, cujo modelo tem sido introduzido em cidades da América Latina, Estados Unidos e Europa (HEATH et al., 2012).

Em especial no Brasil, programas comunitários, compostos por aulas de atividade física e geralmente oferecidos em espaços públicos têm sido considerados uma estratégia importante por atingir prioritariamente grupos de risco para a inatividade física no contexto do lazer como mulheres, idosos e pessoas de menor escolaridade ou renda (REIS et al., 2014). Neste sentido, programas municipais como Academia da Cidade de Recife e Aracajú, CuritibaAtiva de Curitiba, Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória, têm sido utilizados como referência e expandidos

a nível municipal e nacional (SIMÕES et al., 2017; SÁ et al., 2016).

Resultados de estudos transversais que relatam associações de grupos ativos e inativos com indicadores de saúde são suscetíveis ao problema de reversibilidade causal (ex: não é possível confirmar se pessoas ativas procuram os programas ou se os programas tornam as pessoas ativas) e necessitam confirmar essas associações em estudos longitudinais (BAKER et al., 2011; WENDEL-VOS et al., 2004). Além das limitações supracitadas, estudos transversais não permitem a avaliação de alterações a longo prazo, impossibilitando a avaliação da manutenção de programas comunitários (PETRESCU-PRAHOVA et al., 2016).

Na América Latina tem-se registrado avaliação de projetos abrangentes e inovadores de promoção da atividade física, destacando Brasil e Colômbia (DIAZ-DEL-CASTILLO et al., 2011). No entanto, apesar dos avanços alcançados, a literatura aponta baixa validade externa em grande parte da produção analisada (HOEHNER et al., 2013). No Brasil especificamente, o desafio nos programas que são monitorados é avançar na apresentação de resultados que sejam oriundos de estudos onde haja seguimento do modelo proposto para determinada comunidade (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi descrever os níveis de atividade física, saúde percebida e estado nutricional em um período de dois anos entre usuários e não usuários do programa Academia da Cidade (PAC).

MÉTODOS

O presente estudo possui delineamento observacional longitudinal com duas ondas de avaliação realizadas em 2008 e 2010 entre não usuários, usuários e ex-usuários do PAC.

O programa de promoção da atividade física avaliado nesse estudo foi o Programa Academia da Cidade (PAC), implementado em 2004 no município de Aracaju – SE. Estima-se que a prevalência de adultos residentes em Aracaju fisicamente ativos (cumprem a recomendação de atividade física) seja de 44% entre os homens e 37% entre as mulheres ocupando a 24 e 6ª posição entre as 27 capitais brasileiras (BRASIL, 2019).

Criado com o objetivo de auxiliar na redução das elevadas prevalências de excesso de peso e inatividade física entre pessoas com 15 anos ou mais observadas entre os anos de 2002 e 2003 (BRASIL, 2004). O PAC teve início com a instalação de 13 polos de intervenção localizados em diferentes bairros selecionados de acordo com a disponibilidade de espaço públicos para a prática de atividade física e preferencialmente regiões de menor condição socioeconômico.

Atualmente o PAC possui 15 polos onde são realizadas as avaliações físicas

e aulas de atividade física supervisionadas por profissionais, sem custo para seus usuários. As aulas ocorrem em três dias da semana, tendo duração de 60 minutos e ofertadas em três diferentes horários das 5:00 às 8:00 da manhã.

Para o presente estudo, as unidades amostrais primárias foram os 15 polos do PAC, distribuídos nas oito regiões administrativas do município de Aracaju. Em cada polo, foram sorteados 20 indivíduos adultos para compor cada um dos três grupos: usuários PAC, ex-usuários do PAC e não usuários, totalizando 60 indivíduos para cada polo, resultando ao final 900 indivíduos nos 15 setores censitários que abrangem o PAC.

Os participantes do estudo foram sorteados considerando critérios específicos para cada um dos grupos. Entre os usuários do PAC, foram considerados elegíveis adultos que frequentassem o programa há pelo menos seis meses, a partir do cadastro no programa. Entre os ex-usuários do PAC foram considerados elegíveis adultos que tivessem deixado de participar do PAC por pelo menos seis meses, sendo os mesmos contatados através de telefone registrado no cadastro. Entre os não usuários foram selecionados através de pareamento com os usuários em termos de sexo, idade (± 3 anos) e proximidade da residência com o subgrupo de usuários, sendo, vizinho da esquerda ou da direita, contatado através de visita domiciliar.

As variáveis do estudo foram avaliadas por meio de questionário aplicado sob a forma de entrevista. Foram obtidas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), etilismo, tabagismo e presença de doenças crônicas. O nível de atividade física foi avaliado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão longa, sendo considerado somente o domínio de atividade física no lazer o qual avalia o número de dias e tempo em caminhadas, atividades de intensidade moderada e vigorosa.

A percepção de saúde foi avaliada por meio da questão *“como você classifica seu estado de saúde atual?”*, tendo como opção de resposta “ruim”, “regular”, “boa” e “excelente”. Esta questão tem sido utilizada amplamente para avaliar a saúde percebida, que apesar de sua objetividade, tem apresentado relação com a chance de morte precoce (ERDOGAN et al., 2020). O Peso foi verificado através de uma balança digital portátil com precisão de 100g e a estatura através de um estadiômetro portátil com precisão de 0,1cm.

As entrevistas foram realizadas em dois momentos por 20 entrevistadores e dois supervisores. Todos os entrevistadores participaram de treinamento e capacitação. Realizou-se controle de qualidade em 10% da amostra para avaliar a qualidade das entrevistas e do trabalho de campo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, n. n.0072010700010, todos os indivíduos que participaram desse estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para análise de dados a prática de caminhada e atividades físicas moderada a vigorosa (AFMV) foram analisadas separadamente. O tempo (minutos/semana) dispendido em caminhada e AFMV foi computado. O tempo em atividade física vigorosa foi multiplicado por 2 pois possuem o dobro do peso das atividades moderadas (HALLAL et al., 2003). Desta forma, utilizou-se como critério 150 minutos semanais de atividade física para considerar os participantes do estudo em ativos caminhando ou realizando AFMV no lazer (HASKELL et al., 2007).

Para identificar a alteração na atividade física entre as duas avaliações, os participantes foram classificados de acordo com a alteração da classificação entre os períodos de avaliação sendo classificados em “permaneceu ativo” para aqueles considerados ativos nas duas avaliações, “tornou-se inativo” para aqueles que considerados ativos no primeiro momento e inativos no segundo momento, “tornou-se ativo” para quem era inativo na primeira avaliação e ativo na segunda avaliação e “permaneceu inativo” para aqueles classificados como inativos nos dois períodos da avaliação. O desfecho adotado para as análises multivariável foi a permanecer ou tornar-se ativo.

A percepção de saúde foi dicotomizada em percepção positiva “negativa” (ruim e regular) e “positiva” (boa e excelente). O mesmo procedimento adotado para classificar as alterações nos níveis de atividade física foi adotado na percepção de saúde.

Por fim, o IMC foi classificado em três categorias de estado nutricional: “normal” ($IMC < 24,99$) “sobrepeso” (IMC entre 18,5 e 24,99) e “obeso” ($IMC > 24,99$). Considerando as classificações obtidas, as alterações foram classificadas em “manteve normal” para os participantes com avaliação normal nos dois períodos, “reduziu a classificação” para quem diminuiu a classificação entre os dois períodos (ex: obeso para excesso de peso), “manteve sobrepeso/obeso” para quem não alterou de classificação e “aumentou a classificação” para aqueles que aumentaram a classificação entre os dois períodos (ex: excesso de peso para obeso). O desfecho adotado para as análises multivariável foi ter aumentado de classificação.

Para a descrição dos dados foi utilizada a estatística descritiva (distribuição de frequência absoluta e relativa). A associação entre os diferentes níveis de exposição ao PAC e as alterações na atividade física no lazer (caminhada e AFMV), percepção de saúde e estado nutricional foi, em um primeiro momento, testada por meio do teste Qui-quadrado para proporções. Em um segundo momento, foi utilizada a análise de regressão logística para testar a associação entre a exposição ao PAC e as alterações nos níveis de atividade física, percepção de saúde e estado nutricional, considerando como desfecho permanecer ou tornar ativo, permanecer ou melhorar a percepção de saúde e reduzir a classificação do estado nutricional.

Após a realização da análise bruta, as estimativas foram ajustadas para

sexo, faixa-etária, anos de estudo e estado civil. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS versão 23.0 e adotou-se um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 900 adultos com 20 anos ou mais, residentes nos 15 setores censitários contendo polo do PAC. Na segunda etapa da coleta de dados, após dois anos, diversos participantes do estudo não foram localizados, ou alteraram a categoria de participação do PAC. Assim, dos 900 participantes que iniciaram o estudo, um total de 644 (71,6%) também tiveram dados coletados no segundo momento, sendo este valor menor no grupo de usuários (57,3%).

Na tabela 01 são apresentadas as características dos participantes do estudo coletadas na primeira avaliação considerando os dados completos e dados perdidos. Foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) apenas na proporção de ativos na caminhada e AFMV no lazer, sendo observada uma proporção maior de ativos entre os participantes com dados perdidos.

		Total		Dados completos		Dados perdidos		p
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	45	5,0	31	4,8	14	5,5	0,68
	Feminino	855	95,0	613	95,2	242	94,5	
Faixa etária	De 20 a 39 anos	111	12,3	82	12,7	29	11,3	0,47
	De 40 a 49 anos	192	21,3	140	21,7	52	20,3	
	De 50 a 59	329	36,6	240	37,3	89	34,8	
	60 ou mais	268	29,8	182	28,3	86	33,6	
Anos de estudo	até 8 anos	532	59,1	385	59,8	147	57,4	0,52
	8 anos ou mais	368	40,9	259	40,2	109	42,6	
Estado Civil	Solteiro	135	15,0	97	15,1	38	14,8	0,85
	Casado	547	60,8	394	61,2	153	59,8	
	Viúvo	122	13,6	88	13,7	34	13,3	
	Separado/divorciado	96	10,7	65	10,1	31	12,1	
Tabagismo	Sim	61	6,8	41	6,4	20	7,8	0,44
	Não	839	93,2	603	93,6	236	92,2	
Etilismo	Sim	178	19,8	133	20,7	45	17,6	0,30
	Não	722	80,2	511	79,3	211	82,4	
Doenças crônicas	0	270	30,0	192	29,8	78	30,5	0,59
	1	287	31,9	208	23,3	79	30,9	

	2	157	25,3	228	24,4	71	27,7	
	3 ou mais	115	12,8	115	13,5	28	10,9	
Percepção de Saúde	Negativa	402	44,7	301	46,7	101	39,5	0,05
	Positiva	498	55,3	343	53,3	155	60,5	
Estado Nutricional	Normal	328	36,4	238	37,0	90	35,2	0,87
	Sobrepeso	392	43,6	279	43,3	113	44,1	
	Obesidade	180	20,0	127	19,7	53	20,7	
Caminhada no lazer	<149	590	65,6	439	68,2	151	59,2	0,01
	>=150	309	34,4	205	31,8	104	40,8	
AFMV no lazer	<149	696	77,3	525	81,5	171	66,8	<0,001
	>=150	204	22,7	119	18,5	85	33,2	
Categoria	Não usuários	300	33,3	234	36,3	66	25,8	<0,001
	Ex-usuários	300	33,3	238	37,0	62	24,2	
	Usuários	300	33,3	172	26,7	128	50,0	

Tabela 01. Descrição das características sociodemográficas, comportamento de risco, morbidades e percepção de saúde dos participantes do estudo no ano de 2008 (n=900)

Na tabela 02 é apresentada a associação entre os níveis de participação no PAC e alterações nos níveis de atividade física, percepção de saúde e estado nutricional entre os participantes com dados completos nas duas avaliações (n=644). Foi observada diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis analisadas. A proporção de pessoas que permaneceram ativas entre os dois períodos foi maior entre usuários (45,9%) quando comparados com não usuários (7,3%) e ex-usuários (12,2%).

O mesmo foi observado com a prática de AFMV no lazer, no entanto com diferenças muito maiores entre os diferentes níveis de participação no PAC. A proporção de pessoas que manteve uma percepção positiva de saúde nas duas avaliações foi maior entre os usuários quando comparado com os não usuários ou ex-usuários, no entanto, a proporção ex-usuários que passaram a perceber a saúde positiva foi maior entre os ex-usuários. Ao analisar as alterações no estado nutricional entre as duas avaliações, observou-se entre os usuários do PAC maior proporção de pessoas que mantiveram a classificação normal e menor proporção dos que aumentaram a classificação quando comparado com os não usuários e ex-usuários.

	Total		Não usuários		Ex-usuários		Usuários		p
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Caminhada no lazer									
Permaneceu inativo	297	46,1	158	67,5	119	50,0	20	11,6	<0,001
Tornou-se inativo	80	12,4	27	11,5	36	15,1	17	9,9	
Tornou-se ativo	142	22,0	32	13,7	54	22,7	56	32,6	
Permaneceu ativo	125	19,4	17	7,3	29	12,2	79	45,9	
AFMV no lazer									
Permaneceu inativo	406	63,0	207	88,5	173	72,7	26	15,1	<0,001
Tornou-se inativo	55	8,5	10	4,3	24	10,1	21	12,2	
Tornou-se ativo	71	11,0	15	6,4	36	15,1	20	11,6	
Permaneceu ativo	112	17,4	2	0,9	5	2,1	105	61,0	
Percepção de saúde									
Permaneceu negativa	179	28,3	93	41,2	56	23,9	30	17,4	<0,001
Tornou-se negativa	90	14,2	39	17,3	33	14,1	18	10,5	
Tornou-se positiva	115	18,2	39	17,3	49	20,9	27	15,7	
Permaneceu positiva	248	39,2	55	24,3	96	41,0	97	56,4	
Estado nutricional									
Manteve Normal	154	23,9	49	20,9	48	20,2	57	33,1	0,02
Reduziu a classificação	112	17,4	46	19,7	39	16,4	27	15,7	
Manteve sobrepeso/obeso	237	36,8	84	35,9	91	38,2	62	36,0	
Aumentou a classificação	141	21,9	55	23,5	60	25,2	26	15,1	

Tabela 2. Associação entre participação no Programa Academia da Cidade e alterações nos níveis de atividade física, percepção de saúde e estado nutricional (n=644)

A chance de permanecer ou tornar-se ativo no lazer foi estatisticamente maior entre os ex-usuários e usuários quando comparados com os não usuários (tabela 3). Ex-usuários apresentaram 1,9 e 2,7 maior chance de permanecerem ou se tornarem ativos caminhando ou realizando AFMV respectivamente quando comparados com os não usuários. Entre os usuários estas estimativas foram de 14 e 33,9. Ex-usuários (OR=2,1; IC95%=1,42-3,08) e usuários do PAC (OR=3,9 IC95%=2,51-6,01) também apresentaram maior chance de permanecer ou melhorar a percepção de saúde. A chance de aumentar a classificação do estado nutricional foi menor entre os usuários do PAC (OR=0,6; IC95%=0,57-0,34).

	Caminhada no lazer		AFMV no lazer		Percepção de Saúde		Estado nutricional	
	Permaneceu ou tornou-se ativo		Permaneceu ou tornou-se ativo		Permaneceu ou tornou-se positiva		Aumentou de classificação	
	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}
Bruta								
Não usuário	1,0		1,0		1,0		1,0	
Ex-usuário	2,0	(1,34-3,05)	2,7	(1,46-4,82)	2,3	(1,58-3,32)	1,1	(1,10-0,72)
Usuário	13,8	(8,52-22,29)	34,0	(18,7-61,70)	3,6	(2,37-5,55)	0,6	(0,58-0,35)
Ajustada*								
Não usuário	1,0		1,0		1,0		1,0	
Ex-usuário	1,9	(1,25-2,92)	2,7	(1,44-4,86)	2,1	(1,42-3,08)	1,2	(1,24-0,80)
Usuário	14,0	(8,61-22,79)	33,9	(18,5-61,85)	3,9	(2,51-6,01)	0,6	(0,57-0,34)

Ajustada para sexo, faixa-etária, anos de estudo e estado civil

Tabela 3. Análise de regressão logística binária entre participação no Programa Academia da Cidade e alterações nos níveis de atividade física, percepção de saúde e estado nutricional (n=644)

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou alterações nos níveis de atividade física, percepção de saúde e estado nutricional em um intervalo de dois anos entre diferentes níveis de exposição a um programa comunitário de promoção da atividade física. De acordo com a literatura, as intervenções comunitárias para aumentar os níveis de atividade física da população vêm crescendo, no entanto, a capacidade para apresentar a evolução das melhorias em indicadores de saúde na comunidade alvo, são, de certo modo, desconhecidas e limitadas metodologicamente (BAKER et al., 2011).

Foi observado que em um intervalo de dois anos, a participação no PAC foi associada com maior chance dos usuários permanecerem e se tornarem ativos caminhando no lazer neste período. Estes resultados confirmam resultados prévios, no entanto, baseados em estudos transversais (REIS et al., 2010; REIS et al., 2014; MENDONÇA et al., 2009). Uma importante contribuição do presente estudo é que o PAC possui efeito mesmo entre ex-usuários do programa. Estudo realizado no PAC de Recife identificou, utilizando um delineamento transversal, que mesmo entre ex-usuários do programa, a chance de serem fisicamente ativos no lazer (SIMOES et al., 2009) é maior quando comparados com não usuários.

Os resultados do presente estudo confirmam que mesmo após deixar de participar do programa, a chance de permanecer ativo é duas vezes maior quando

comparado com não usuários do programa. Ainda, estes resultados ajudam a compreender melhor a validade externa deste tipo de intervenção uma vez que até o momento, estudos não tinham avaliado a capacidade de manutenção dos resultados obtidos pela intervenção (PAEZ et al., 2015).

Os resultados do efeito do programa parecem se mais fortes para a AFMV. Entre usuários do programa, a chance de permanecer ou tornar-se ativo por meio de AFMV no lazer foi 33,9 vezes maior quando comparado com os não usuários. Ainda, assim como os resultados observados com a caminhada, o programa parece ter um efeito residual mesmo entre os ex-usuários, que apresentaram 2,7 maior chance de permanecerem ou se tornarem ativos. O maior efeito na AFMV pode ser explicado pela característica das atividades desenvolvidas. A maioria das aulas são compostas por atividades como ginástica, corrida, e dança as quais envolvem intensidade moderada a vigorosa, logo, acredita-se que tais características podem contribuir para o elevado tamanho de efeito observado na associação. Ainda, além das aulas, a realização de palestras e distribuição de folders informativos e outras atividades educativas, podem auxiliar na conscientização da importância a atividade física auxiliando a manutenção dos níveis de atividade física entre os ex-usuários.

Os efeitos observados do PAC nos níveis de atividade física podem explicar a melhoria na percepção de saúde e estado nutricional. Diversas evidências indicam que maior nível de atividade física está associado com melhor percepção de saúde (KALETA et al., 2006). Os dados encontrados indicam que a participação no PAC foi associada a maior chance de permanecer ou passar a ter uma percepção positiva da saúde em um período de dois anos.

Este resultado difere dos observados por Reis et al. (2014) e Soares et al. (2010) ao avaliar a associação entre a participação em programas de comunitários e a qualidade de vida. Apesar dos resultados contraditórios, tal diferença sustenta a hipótese que o delineamento transversal do estudo conduzido pelos autores pode explicar a ausência de relação na qualidade de vida entre usuários e não usuários. Segundo os autores, características dos usuários de programas como o PAC (idosos, mulheres, menor nível socioeconômico e com morbidades) favorecem que eles tenham menor percepção de saúde ou qualidade de vida quando comparados com não usuários em estudos transversais. Neste sentido, o delineamento do presente estudo permite confirmar que apesar de usuários apresentarem menor percepção de saúde ou qualidade de vida quando comparados com usuários do PAC, estes indicadores podem melhorar após o envolvimento nas atividades oferecidas pelo programa.

Um importante resultado em termos de saúde pública do PAC é sua capacidade de reduzir o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade. Os resultados observados indicam que participantes do PAC possuem 40% menor

chance de aumentar de classificação do estado nutricional quando comparados com os não usuários. Ainda, elevada proporção de usuários manteve com o estado nutricional normal entre as duas avaliações. No entanto, este resultado deve ser interpretado com cautela. Apesar do delineamento adotado no estudo permitir identificar que a exposição precede o desfecho, a composição dos grupos (usuários, não usuários e ex-usuários) não pode ser controlada, logo, é possível que pessoas que desejem melhorar o estado nutricional procurem o programa. Ainda, mudanças no IMC podem ser resultados, além de alterações nos níveis de atividade física, alterações nos hábitos alimentares e consequência do processo de envelhecimento (LAKERVELD et al., 2017).

As evidências do modelo de intervenção com exercícios estruturados e supervisionados em comunidades, como o Academia da Saúde passou da categoria de insuficiente para promissora após a avaliação mais minuciosa destes programas (HOEHNER et al., 2013). Esse tipo de modelo apresenta como vantagem oferecer um serviço de orientação presencial de programas estruturados sob supervisão de profissionais àqueles que dificilmente terão acesso a centros esportivos e ou academias de ginástica privadas. De fato, programas de atividade física supervisionados como o Academia da Cidade atinge de maneira específica os principais grupos de risco para a inatividade física (mulheres, pessoas de baixa escolaridade e com comorbidades) (REIS et al., 2014).

Por outro lado, este tipo de modelo tem um alcance populacional relativamente baixo. Os estudos realizados até o momento indicam uma participação de 1,5 a 5,0% da população, o que parece ser uma proporção baixa (BAKER et al., 2011; REIS et al., 2014). No entanto, considerando que estes programas têm sido implementados em grandes capitais como Recife, Aracaju, Vitória e Belo Horizonte, o número absoluto de pessoas atendidas pode é bastante expressivo.

Outro ponto importante a ser destacado no presente estudo é a grande proporção de dados perdidos entre os participantes do programa. Dentre os 300 adultos usuários do programa na primeira avaliação apenas 172 permaneceram no estudo após dois anos (57,3%). Estes resultados podem refletir uma elevada taxa de evasão entre os usuários do programa. Neste sentido estudos que acompanhem os usuários buscando avaliar a taxa de adesão a estes programas e quais as características associadas a maior adesão podem ser de grande importância para os gestores.

O presente estudo apresenta algumas limitações que necessitam ser consideradas. A medida de atividade física foi auto reportada e apesar de ser uma medida com validade e fidedignidade aceitável pode superestimar os níveis de atividade física, principalmente entre os usuários os quais podem ter maior facilidade de recordar das atividades por serem realizadas de maneira mais regular. Por outro

lado, até o momento, as medidas objetivas como acelerômetro e pedômetro ainda não permitem distinguir o contexto específico na qual a atividade física ocorre (lazer, deslocamento, doméstico e laboral), um ponto fundamental neste estudo uma vez que a intervenção possui como foco principal as atividades realizadas no lazer.

Outro ponto importante é o possível viés relacionado a composição dos grupos (não usuários, ex-usuários e usuários). É possível que usuários e ex-usuários procurem o programa com o objetivo de mudanças no comportamento ou por indicação de profissionais de saúde, podendo mudar também outros comportamentos como hábitos alimentares que potencialize mudanças na percepção de saúde e alterações no estado nutricional. Este tipo de viés pode ter sido potencializado pela elevada taxa de perdas entre os usuários.

CONCLUSÃO

A participação no programa academia da cidade por um período de dois anos demonstrou estar associada a maior chance de manutenção e ou aumento nos níveis de atividade física e percepção de saúde bem como redução nas classificações de sobrepeso e obesidade entre adultos de Aracaju.

REFERÊNCIAS

BAKER, P.R.A.; FRANCIS, D.P.; SOARES, J.; *et al.* Community wide interventions for increasing physical activity. **Sao Paulo Med. J.**, v. 129, n. 6, p. 436-437, 2011.

BRASIL. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf Acesso em: 12/09/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf Acesso em: 23/10/2015.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/>. Acesso em: 19/03/ 2019.

CONN, V.S.; HAFDAHL, A.R.; MEHR, D.R. Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. **Am J Public Health**, v.101, n.4, p.751-8, 2011.

DIAZ-DEL-CASTILLO, A.; SARMIENTO, O.L.; REIS, R.; *et al.* Translating evidence to policy: urban interventions and physical activity promotion in Bogotá, Colombia and Curitiba, Brazil. **Transl Behav Med.**, v.1, n.2, p.350–360, 2011.

ERDOGAN, C. E.; VAN DOORSLAER, E.; BAGO D.T.; *et al.*, Do self-perceived health changes predict longevity? **Soc Sci Med.**, v.71, n.11, p.1981-8, 2010.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.; *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med Sci Sports Exerc.**, v.35, n.11, p.1894-900, 2003.

HASKELL, W.L.; LEE, I.M.; PATE, R.R.; *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med Sci Sports Exerc.**, v.39, n.8, p.1423-34, 2007.

HEATH, G.W.; PARRA, D.C.; SARMIENTO, O.L.; *et al.* Evidence-based intervention physical activity-lessons from around the world. **Lancet**, v.380, n.9838, p.272-81, 2012.

HOEHNER, C.M.; RIBEIRO, I.C.; PARRA, D.C.; *et al.* Physical activity interventions in Latin American: expanding and classifying the evidence. **Am J Prev Med.**; v.44, n.3, p.31-40, 2013.

KALETA, D.; MAKOWIEC, D. T.; DZIANKOWSKA, Z.E., *et al.* Physical activity and self-perceived health status. **Int J Occup Med Environ Health.**, v.19, n.1, p.61-9, 2006.

LAKERVELD, J.; MACKENBACH, J. The Upstream Determinants of Adult Obesity. **Obes Facts.**, v.10, n.3, p.216-222, 2017.

LEE I-M.; SHIROMA, E.J.; LOBELO, F.; *et al.* Impact of physical inactivity on the world's major non-communicable disease. **Lancet**, v.380, n.9838, p.219-229, 2012.

MENDONÇA, B.C.A.; TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física. Programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v.14, n.3, p.211-216, 2009.

PAEZ, D.C.; REIS, R.S.; PARRA, D.C.; *et al.* Bridging the gap between research and practice: an assessment of external validity of community-based physical activity programs in Bogotá, Colombia, and Recife, Brazil. **Transl Behav Med.**, v.5, n.1, p.1-11, 2015.

PETRESCU-PRAHOVA, M.; BELZA, B.; KOHN, M.; *et al.* Implementation and maintenance of a community-based older adult physical activity program. **Gerontologist.**, v.56, n.4, p.677-86, 2016.

REIS, R.S.; HALLAL, P.C.; PARRA, D.C.; *et al.* Promoting physical activity through community-wide policies and planning: findings from Curitiba, Brazil. **J Phys Act Health**, v.7, n.(Suppl 2), p.S137-45, 2010.

REIS, R.S.; YAN, Y.; PARRA, D.C.; *et al.* Assessing participation in community-based physical activity programs in Brazil. **Med Sci Sports Exerc.**, v.46, n.1, p.92-8, 2014.

REIS, R.S.; HINO, A.A.; CRUZ, D.K.; *et al.* Promoting physical activity and quality of life in Vitoria, Brazil: evaluation of the Exercise Orientation Service (EOS) program. **J Phys Act Health.**, v.11, n.1, p.38-44, 2014.

SÁ, G.B.A.R.; DORNELLES, G.C.; CRUZ, K.G.; *et al.*, O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis. *Ciência & saúde coletiva*, vol.21, n.6, p.1849-60, 2016.

SIMÕES, E.J.; HALLAL, P.; PRATT, M.; *et al.* Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **Am J Public Health**, v.99, n,1, p.68-75, 2009.

SIMÕES, E.J.; HALLAL, P.C.; SIQUEIRA, F.V.; *et al.* Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. **Prev Med.**, v.103, p.S66-S72, 2017.

SOARES, J.; SIMÕES, E.J.; RAMOS, L.R.; *et al.* Cross-sectional associations of health-related quality of life measures with selected factors: a population-based sample in Recife, Brazil. **J Phys Act Health.**, v.7, n.(Suppl 2), p.S229-41, 2010.

TRUMAN, B.I.; SMITH-AKIN, C.K.; HINMAN, A.R.; *et al.* Developing the Guide to Community Preventive Services—Overview and Rationale. **Am J Prev Med.**, v.8, (Suppl 1), p.18-26, 2000.

WENDEL-VOS, G.C.; SCHUIT, A.J.; TIJHUIS, M.A.; *et al.* Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. **Qual Life Res.**, v.13, n.3, p.667-677, 2004.

CAPÍTULO 4

AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E A TERMINALIDADE NA PERSPECTIVA DOS CÓDIGOS DE ÉTICA DA SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 16/10/2020

Elizabeth Pimentel da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Bioética,
Ética Aplicada e Saúde Coletiva
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/3017350323876686>

Rafael Esteves Frutuoso

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Bioética,
Ética Aplicada e Saúde Coletiva
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/9664948549498115>

Cristiane Maria Amorim Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Bioética,
Ética Aplicada e Saúde Coletiva
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4237974902524134>

RESUMO: O propósito deste estudo é analisar os códigos de ética dos profissionais da área de saúde que atuam com clientes na terminalidade, de modo a identificar nesses documentos a existência da abordagem das diretivas antecipadas de vontade (DAV), bem como é abordada a questão da terminalidade e/ou cuidado paliativo. Diante do aumento da discussão sobre o tema das diretivas, e partindo da premissa que estas emergem de paradigmas éticos e bioéticos, surge a necessidade de avaliar

como é tratada a questão da DAV ou, em se tratando de tema emergente, como é abordada a terminalidade nos códigos de ética dos profissionais da área de saúde que trabalham com clientes que passam por este processo de ameaça à vida. Trata-se de um estudo descritivo e documental com análise dos códigos de ética profissional dos trabalhadores da área da saúde envolvidos nos cuidados aos clientes em situação de terminalidade. Foram consideradas para fins de referência de equipe multiprofissional as especialidades citadas pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, dentro de seus manuais, a saber: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e Odontologia. Como resultados principais, foi identificado que apenas a Enfermagem cita tacitamente as diretivas antecipadas de vontade no seu código e os cuidados paliativos e terminalidade foram identificados na forma escrita nos códigos de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia/Terapia Ocupacional. As demais categorias não citam de forma explícita tais verbetes.

PALAVRAS-CHAVE: Diretivas antecipadas, cuidados paliativos, códigos de ética.

ABSTRACT: The purpose of the present study is to analyze the conducts and codes of ethics that surround health workers who practice with clients dealing with terminal issues, identifying the approach of the Brazilian Advance Directives described in those, studying how terminality and/or palliative care is considered throughout the documents. Due to the increase in the discussion regarding the theme, and assuming

that those emerge from ethical and bioethical paradigms, evaluating how the directives are perceived or how terminality is addressed in health workers' codes of ethics is an undeniable necessity, especially for those who deal with patients in terminal situations. This study is a descriptive and documental analysis of the code of ethics used by health workers who deal with such patients. A multiprofessional team was consulted for references, including workers from Medical Science, Nursing, Nutrition, Physiotherapy, Pharmacy, Social Services, Psychology, Phonoaudiology and Dentistry, fields mentioned by the National Academy of Palliative Care. As a main result it has been identified that Nursing, solely, softly mentions the advance directives in its code of ethics, and palliative care and terminality were identified in written form in the codes of Nursing, Medicine and Physiotherapy / Occupational Therapy. The other categories do not explicitly mention such entries.

KEYWORDS: Advance directives, palliative care, codes of ethics.

1 | INTRODUÇÃO

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) apresentam-se como documentos de manifestação de vontade para cuidados e tratamentos médicos futuros que uma pessoa deseja receber e compreendem duas manifestações – o testamento vital e o mandato duradouro (DADALTO, 2014).

O testamento vital é elaborado por uma pessoa maior de idade e no gozo de suas faculdades mentais, no intuito de dispor acerca de cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitada de manifestar livremente sua vontade. Este modelo tem origem nos Estados Unidos e foi proposto por Luis Kutner como documento que permitisse ao paciente recusar determinados tratamentos médicos, o que protegeria seus direitos quando seu estado clínico fosse irreversível ou estivesse em estado vegetativo persistente. Em 1991, o congresso americano reconheceu o direito à autodeterminação do paciente e instituiu dois tipos de diretivas antecipadas, o *Living Will (LW)* e o *Durable Power of Attorney for Health Care (DPAHC)*. O *LW* é documento restrito às decisões de fim de vida, impedindo a realização de tratamentos quando a pessoa não é mais capaz de decidir. O *DPAHC*, traduzido como “mandato duradouro”, permite a nomeação da pessoa que será consultada em caso de incapacidade temporária ou definitiva sobre decisões em tratamentos médicos (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORITZ, 2018). Conforme Dadalto, Tupinambás e Greco (2013), esse mandato tem alcance mais amplo, porém nada impede que os dois documentos coexistam.

A partir das iniciativas norte-americanas, países europeus e latino-americanos vieram a implantar legislações similares, visando à proteção do direito à autonomia dos pacientes (DADALTO, 2014). Embora o Conselho Federal de Medicina (CFM)

tenha aprovado a Resolução CFM 1.995/2012, que dispõe sobre as DAV, tendo por objetivo preservar a dignidade da pessoa humana, no sentido de que haja o respeito pela parte do médico às determinações prévias do paciente, ainda não existe no Brasil legislação específica sobre o tema.

Diante desse aumento na discussão do tema, ocorrido especialmente após a publicação da resolução CFM 1.995/2012, um modelo de DAV torna-se imperioso em nosso país, ainda que facultativo, a fim de nortear a confecção desses documentos. Porém, é preciso que a construção desse documento seja debatida entre os diversos atores que lidam com o assunto (profissionais de saúde, agentes do direito e gestores) e que seja reconhecido pelo Estado, que deverá se encarregar de distribuí-lo, uniformizando o conteúdo lícito das DAV no Brasil. Por essa razão, entende-se ser necessária a regulamentação do tema por lei federal, que deve determinar a criação de um modelo (DADALTO, 2014).

Ainda, segundo a autora, na mesma obra, sugere-se que o Brasil adote o sistema bipartite francês, com um modelo para pacientes já acometidos por enfermidades graves e outro para pessoas saudáveis.

Os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos e que estão ao lado do cliente no seu processo de adoecimento seriam aqueles que poderiam conversar, orientar, esclarecer e auxiliar no processo de compreensão do momento vivido e da ressignificação desta vida, em conjunto com a família e, quiçá, comunidade.

Nesse sentido, tais agentes de saúde devem criar possibilidades para que o indivíduo compreenda a sua doença, ao invés de focalizar somente a sua saúde, pois essa reflexão pode ajudá-lo a enfrentar a enfermidade e, até mesmo, facilitar a conscientização da aproximação da sua morte (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007).

Tendo como cenário esta abordagem ética, que transcende o conhecimento profissional, e a pluralidade das categorias que compõem o cenário hospitalar, surgiu a necessidade de estudo dos códigos de ética vigentes das categorias que possuem profissionais atuantes regularmente nos pacientes com potencial para redigir ou, ainda, manifestar, ainda que não de forma documental, suas preferências ou negativas no momento da terminalidade.

Sendo assim, frente a esse aumento da discussão sobre o tema das diretivas, e partindo da premissa que estas emergem de paradigmas éticos e bioéticos, coube a necessidade de avaliar como é tratada a questão da DAV. Do mesmo modo, em se tratando de tema emergente, é importante discutir como é abordada a terminalidade nos códigos de ética dos profissionais da área de saúde que trabalham com clientes os quais passam por este processo de ameaça à vida.

Como objetivos, propõe-se a analisar os códigos de ética dos profissionais da área de saúde que atuam com clientes na terminalidade, de modo a identificar

nesses documentos a existência da abordagem das diretivas antecipadas de vontade (DAV), bem como é abordada a questão da terminalidade e/ou cuidado paliativo.

Vale explicitar aqui que foi utilizada a definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde (2002) como um conceito definido em uma modalidade de assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e documental com análise dos códigos de ética profissional dos trabalhadores da área da saúde envolvidos nos cuidados aos clientes em situação de terminalidade de vida. Foram consideradas, para fins de referência de equipe multiprofissional, as especialidades citadas pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, dentro de seus Manuais de 2009 e 2012, a saber: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e Odontologia (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; 2012).

O levantamento dos códigos de ética foi realizado no mês de junho de 2019, como parte do processo de avaliação da disciplina de Biodireito, ministrada dentro do Programa de Pós-Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ/UERJ/UFF e FIOCRUZ). Após o estudo dos documentos, foi realizada uma categorização para posterior análise, separando os documentos por conselho, ano de publicação, presença dos termos Diretiva Antecipada de Vontade, Cuidados Paliativos e Terminalidade.

3 | RESULTADOS

Os códigos de ética das profissões abordadas datam do ano de 1993 (Serviço Social) até os mais recentes, de Medicina e Nutrição, publicados em 2018, conforme pode ser visto no Quadro 1.

Profissões	Conselho	Resolução/Ano	DAV	CP	Terminalidade
Enfermagem	COFEN	564/2017	Presente	Presente	Presente
Medicina	CFM	2.217/2018	Não cita	Presente	Presente
Nutrição	CFN	599/2018	Não cita	Não cita	Não cita
Fonoaudiologia	CFFA	490/2016	Não cita	Não cita	Não cita
Farmácia	CFF	596/2014	Não cita	Não cita	Não cita
Fisioterapia/ Terapia Ocupacional	COFFITO	424/2013	Não cita	Presente	Presente
Odontologia	CFO	118/2012	Não cita	Não cita	Não cita
Psicologia	CFP	010/2005	Não cita	Não cita	Não cita
Serviço Social	CFESS	8662/1993	Não cita	Não cita	Não cita

Quadro 1- Frequência das profissões relacionadas aos respectivos Conselhos, Resoluções/anos de vigência e Presença de especificações sobre Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), Cuidados Paliativos (CP) e Terminalidade

Fonte: Autora, 2019.

4 I ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com relação à terminalidade da vida, apenas os códigos de ética da Enfermagem, da Medicina e da Fisioterapia e Terapia Ocupacional abordam tal temática, através da expressão cuidados paliativos propriamente dita.

No código de Enfermagem, instituído pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), encontramos, no capítulo 2, o trecho que trata dos deveres:

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. (COFEN, 2017, p. 8).

Com relação à Medicina, há a presença dos cuidados paliativos nos princípios fundamentais (XXII):

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. (CFM, 2018, p. 3).

Também encontramos o termo no capítulo V, que trata da relação com os pacientes e familiares, nos artigos 36 e 41, que diz ser vedado aos médicos:

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

[...]

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (CFM, 2018, p. 8).

Finalmente, no código de ética de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a expressão é colocada de forma categórica no artigo 4º do capítulo II, que trata das responsabilidades fundamentais:

Artigo 4º– O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil. (COFFITO, 2013, p. 1).

As diretivas antecipadas de vontade foram citadas de forma explícita apenas pelo Conselho de Enfermagem:

Art. 42. Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Parágrafo único. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades. (COFEN, 2017, p. 7).

Quanto à questão da assistência ao usuário na terminalidade da vida, podemos observar sua presença em alguns códigos, a começar pela Enfermagem, nos artigos 43 e 48, que tratam dos deveres:

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte. (COFEN, 2017, p. 7).

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. (COFEN, 2017. p.8).

O código de ética da Medicina também aborda o tema de forma bastante semelhante da que trata os cuidados paliativos nos princípios fundamentais:

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. (CFM, 2018, p. 4).

Apresenta sequência nos artigos 36 e 41, os quais vedam, na relação entre os médicos com pacientes e familiares:

Art. 36 Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

[...]

Art. 41 Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (CFM, 2018, p. 8).

Com relação à Fisioterapia, temos a seguinte abordagem:

Artigo 14 – Constituem-se deveres fundamentais dos fisioterapeutas relacionados à assistência ao cliente/paciente/usuário:

– respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física, psíquica, moral, cultural e social do ser humano; (COFFITO, 2013, p. 3).

Nos demais códigos de ética, não encontramos citações específicas referentes a diretivas antecipadas de vontade, cuidados paliativos e assistência na terminalidade da vida.

À luz da análise dos códigos profissionais, foi observado que todos se amparam em princípios como Constituição, Direitos Humanos e, também, se ancoram no respeito à vida, dignidade e autonomia de uma maneira mais ampla. Segundo Lima (1999), na atualidade, a consciência profissional tornou-se pressuposto para a nação, que após trilhar o caminho da democracia e cidadania, exige, cada vez mais, profissionais sérios e éticos.

O único Conselho que cita as Diretivas Antecipadas de Vontade de forma tácita é o de Enfermagem. Tudo leva a crer que sua atualização recente tenha feito o tema emergente surgir também na forma de letra, porém não se observou o mesmo fenômeno na Medicina – houve uma reformulação no Código em 2018, entretanto a DAV não foi incorporada a ele, permanecendo como apresentado na Resolução CFM nº 1.995/2012, que dispõe sobre:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. (CFM, 2012, p. 1-2).

Importante citar o código de Farmácia, circunscrito ao Conselho Federal de Farmácia (CFF), que, no capítulo II, discorre sobre os deveres e delibera que:

Art. 11 - O farmacêutico, durante o tempo em que permanecer inscrito em um Conselho Regional de Farmácia, independentemente de estar ou não no exercício efetivo da profissão, deve:

[...]

IV. Respeitar o direito de decisão do usuário sobre sua própria saúde e bem-estar, excetuando-se o usuário que, mediante laudo médico ou determinação judicial, for considerado incapaz de discernir sobre opções de tratamento e/ou decidir sobre sua própria saúde e bem-estar;

[...]

X. Adotar postura científica, perante as práticas terapêuticas alternativas, de modo que o usuário fique bem informado e possa melhor decidir sobre a sua saúde e bem-estar; (CFF, 2014, p. 4).

Relevante destaque deve ser dado, também, ao código de Serviço Social, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), pois, embora seja o mais antigo, apresenta avanço na defesa dos direitos dos clientes e do Sistema Único de Saúde no Título III, que trata das relações profissionais, no capítulo I:

Das Relações com os/as Usuários/as Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais

b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O código de ética constitui-se em fundamental dispositivo para que o profissional se norteie, divulgue e proteja a si e a sociedade com relação a sua própria conduta. Deste modo, deve estar amparado em princípios éticos e morais que legitimem as práticas em determinada época, em um contexto social, histórico, político, científico.

Tal conclusão pode ser observada no fato de que todas as categorias pesquisadas levaram em consideração em seus princípios aspectos ligados a direitos humanos, respeito, dignidade.

Enfermagem, Medicina e Fisioterapia surgiram como as profissões que apresentam em seus códigos citações sobre cuidados paliativos e terminalidade da vida. Essas reflexões sobre tais temas nestas categorias remetem não somente à atualidade da revisita aos seus códigos, mas também ao fato de que estas profissões são as que mais permanecem ao lado dos clientes nos leitos hospitalares, apesar de terem poderes e tempos distintos dedicados a estes indivíduos.

Com relação ao código de Farmácia, as considerações levam a crer que as citações sobre livre escolha e respeito de decisão do usuário parecem explicitar este olhar sem aparentes empecilhos e julgamentos sobre posicionamento do paciente.

Semelhante informação mostra-nos o código de ética do Serviço Social. Se a consideração sobre decisão sobre o cuidado de si passar por, além de autonomia, esclarecimento, respeito e empoderamento, importante destaque se deve a este código, pois, embora seja o mais antigo, mostra vanguarda na defesa dos direitos dos clientes e do Sistema Único de Saúde.

A Enfermagem foi a única categoria a apresentar, de forma tácita, o termo diretivas antecipadas de vontade. Tal constatação pode ser atribuída ao fato de que seus profissionais (considerando também técnicos e auxiliares de enfermagem) permanecem ao lado do paciente 24 horas, tornando-se, muitas vezes, testemunhas de todo sofrimento que a falta de autonomia e obstinação terapêutica possam acarretar ao usuário.

Fato interessante pode ser atribuído à Medicina, já que, embora permaneça também durante tempo significativo ao lado dos pacientes e ainda detenha o poder decisório sobre a terapêutica aplicada, não incluiu no seu recente código de ética as diretivas antecipadas de vontade, permanecendo estas em resolução do ano de 2012.

Importante salientar que tais modificações acompanham as discussões e

transformações na sociedade, havendo constante necessidade de reformulação. Considera-se também o enfoque bioético, que traz para o centro do debate o paciente como um agente moral, dotado de autonomia plena e protagonista de toda sua trajetória de vida, inclusive no momento da morte.

Cabem estudos mais profundos e abrangentes na tentativa de ampliar o entendimento e reflexão sobre a prática e a teoria no campo da deontologia, para que, de fato, nossa conduta possa ser norteada pelos temas bioéticos emergentes.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Org.). 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

_____. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)** / organizado por Ricardo Tavares de Carvalho, R. T.; Parsons, H. F. (Org.) 2. ed. ampl. e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN-BRASIL). **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF-BRASIL). **Código de ética farmacêutica**. Resolução nº 596, de 21 de fevereiro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Código de ética de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013, estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFA). **Código de ética de Fonoaudiologia**. Resolução nº 490, de 18 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a aprovação da reformulação do Código de ética da Fonoaudiologia. e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). **Código de ética de Medicina**. Resolução nº 2217, de 27 de setembro de 2018. *Aprova o Código de Ética Médica*.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM-BRASIL). **Resolução n. 1.995**, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). **Código de ética de Nutrição** Resolução nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Código de ética de Odontologia**. Resolução nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética de Psicologia**. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do Assistente Social**. Resolução nº 8662, de 15 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.

DADALTO, L. **Testamento vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 660-667, 2007.

LIMA, A. O. R. **Ética global internacional**: legislação profissional no terceiro milênio. São Paulo: Iglu, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines. WHO, 2002.

SCOTTINI, M. A.; SIQUEIRA, J. E.; MORITZ, R. D. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 440-450, 2018.

BEBIDA VEGETAL DE CASTANHA-DO-BRASIL ENRIQUECIDA COM PROTEÍNA DE ERVILHA

Data de aceite: 01/12/2020

Maitê de Magalhães Hartmann

Universidade do Vale Rio dos Sinos
São Leopoldo/RS

Cláudia Krindges Dias

Universidade do Vale Rio dos Sinos
São Leopoldo/RS

Valmor Ziegler

Universidade do Vale Rio dos Sinos
São Leopoldo/RS
ID Lattes: 5138207824433367

RESUMO: A utilização de proteínas vegetais em bebidas está crescente no mercado, em decorrência da diminuição do consumo de produtos de origem animal. Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo desenvolver uma bebida vegetal de castanha-do-Brasil (*Bertholletia excelsa*) enriquecida com proteína de ervilha (*Pisum sativum L.*). Foram elaboradas três formulações que diferiram apenas pela quantidade de proteína isolada da ervilha (3%, 6% e 9%) e uma amostra sem adição do isolado proteico. As amostras foram avaliadas sensorialmente por 50 pessoas não treinadas. Além das características organolépticas, foi avaliada a intenção de compra da bebida. O público participante demonstrou boa aceitação das formulações, sendo a mais aceita dentre elas a com 3% de isolado proteico de ervilha, com maior pontuação em todos os quesitos sensoriais e índice de aceitação de 81,22%. A amostra sem adição de proteína teve uma

aceitabilidade de 76,16%. Os resultados obtidos demonstram que as bebidas vegetais estudadas são aceitas e podem ser parte da alimentação diária da população em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Bebida vegetal. Castanha-do-Brasil. Proteína vegetal. Aceitabilidade.

VEGETABLE DRINK OF BRAZIL NUT ENRICHED WITH PEA PROTEIN

ABSTRACT: The use of vegetable proteins in beverages is increasing in the market due to the decrease in consumption of products of animal origin. Thus, the present work aimed to develop a Brazil nut vegetable drink enriched with pea protein. Three formulations were prepared that differed only by the amount of protein isolated from the pea (3%, 6% and 9%) and a sample without the addition of the protein isolate. The samples were evaluated by 50 untrained people. In addition to the organoleptic characteristics, the purchase intention of the drink was evaluated. The participating public demonstrated good acceptance of the formulations, with the highest score among them being 3% of pea protein isolate with the highest score in all sensory requirements and acceptance rate of 81.22%. The sample without added protein had an acceptability of 76.16%. The results obtained demonstrate that vegetable drinks are accepted and can be part of the daily diet of the general population.

KEYWORDS: Vegetable drink. Brazil nuts. Vegetable protein. Acceptability.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o mercado de bebidas vem expandindo cada vez mais por diversas razões, onde as pessoas procuram alimentos alternativos aos de origem animal, seja pela redução do consumo de gordura animal, por alergias ou intolerâncias ao leite bovino, ou até por adotarem um estilo de vida característico, como o vegetarianismo e o veganismo. Essas bebidas substitutas ao leite, são de origem vegetal, entre eles, os principais e mais citados: arroz, castanhas, soja e coco. Além de serem antioxidantes, possuem uma grande variedade de opções e são muito saborosas (BRASIL BEVERAGE TRENDS 2020, 2016).

A castanha-do-Brasil (*Bertholletia excelsa*) é uma oleaginosa consumida *in natura*, nativa da Amazônia e possui alto valor nutritivo, econômico, social e ecológico. A castanha destaca-se por ser uma boa fonte lipídica (60-70%) constituída por ácidos graxos insaturados e proteína (15-20%) de alto valor biológico. Quanto aos aminoácidos essenciais, a metionina é quem mais se destaca na castanha, pois é um dos menos presentes em proteínas vegetais (SILVA et al., 2010; MOURA, 2014). Além do alto teor de macronutrientes, a castanha também é rica em minerais, sendo uma fonte de selênio (Se), atuando contra o estresse oxidativo, auxiliando no sistema imunológico, prevenindo doenças cardiovasculares e câncer (SIMÕES, 2014). O extrato da castanha-do-Brasil é obtido a partir de um processo de mistura de água com a castanha ralada, podendo ser agregado com outras iguarias. Mesmo com os processamentos para sua obtenção, o extrato é rico em ácidos graxos e proteínas (BARBOSA, 2016; FELBERG et al., 2002).

As proteínas são importantes, pois auxiliam nas formações estruturais e funcionais do organismo. Nos últimos tempos a busca por novas alternativas de fontes proteicas aumentou, ampliando estudos e crescimento no mercado de produtos vegetais. Além dos vegetarianos, esta busca disseminou para quem também procura um equilíbrio entre proteína animal e vegetal por diversas razões (ASSIS et al., 2017; PASSOS, 2013). De acordo com Felberg et al. (2004), as proteínas vegetais são abundantes em aminoácidos essenciais, principalmente lisina em leguminosas e metionina nas castanhas e as duas se complementando.

A ervilha (*Pisum sativum L.*) é uma leguminosa originária do Oriente Médio, normalmente consumida em grãos verdes, enlatada ou congelada. Sua ingestão apresenta muitos benefícios à saúde, como prevenção de doenças cardiovasculares e sistema imune. Destaca-se por sua composição centesimal, sendo rica em carboidrato e proteína, além de minerais. A ervilha possui um alto teor de aminoácidos, especialmente lisina, sendo deficiente em metionina e cisteína (GASSI et al., 2009; NAIA, 2015; SILVA, 2019).

Nesse contexto, considerando a necessidade de aumentar a variedade de

produtos com fontes proteicas de origem vegetal, o presente estudo teve como objetivo, desenvolver uma bebida vegetal de castanha-do-Brasil com diferentes proporções de proteína isolada de ervilha e avaliar suas propriedades sensoriais e nutricionais.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Insumos utilizados

Todos os insumos utilizados foram adquiridos no comércio local.

2.2 Preparo e formulação da bebida vegetal

Após as castanhas serem despeliculadas, pesadas e higienizadas, elas foram trituradas por 2 minutos em liquidificador industrial com água aquecida a 75°C, na proporção 2:1 (água:castanha). Para a separação do líquido foi utilizado um pano de algodão devidamente esterilizado. Depois de sua obtenção, o extrato foi submetido ao processo de pasteurização a 80°C por 25 minutos, esfriou-se até 65°C e após foi armazenado a 5°C. (BEZERRA et al., 2018; SANTOS, 2015). Posteriormente ao processo de extração e pasteurização, foi adicionado 3%, 6% e 9% de isolado proteico da ervilha. Uma mostra sem a adição de isolado proteico de ervilha também foi separada e analisada. Todos os ingredientes foram pesados com balança digital de alimentos. O processo de elaboração está esquematizado no fluxograma abaixo (Figura 1).

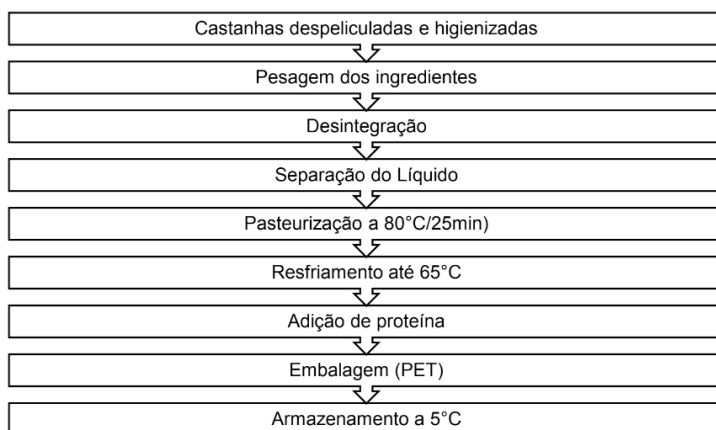


Figura 1- Fluxograma da bebida vegetal

Fonte: Elaborado pelo autor. (2020)

2.3 Avaliação nutricional da bebida vegetal

Para os cálculos da informação nutricional das amostras, foram utilizadas as informações nutricionais contidas na embalagem dos ingredientes utilizados, considerando que: 1 g de proteína = 4 kcal; 1 g de carboidrato = 4 kcal e 1 g de lipídios = 9 kcal. Para a bebida de castanha base, utilizou-se as informações nutricionais de uma marca comercial.

A informação nutricional foi elaborada conforme as regras da ANVISA e a RDC 360/2003, onde a tabela deve conter, além do valor energético e do conteúdo de nutrientes, o percentual de valores diários (%VD), baseados em uma dieta de 2000kcal.

2.4 Análise sensorial

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, sendo aprovado e registrado pelo número 29490820.1.0000.5344. As avaliações sensoriais foram realizadas de acordo com o método descrito por Minin (2006). Cinquenta pessoas não treinadas participaram do estudo. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Livre Consentimento Esclarecido, (TCLE), onde informava todos os ingredientes das amostras, o objetivo do estudo e as informações dos envolvidos no trabalho.

Os painelistas que participaram do ensaio eram de ambos os sexos (sexo masculino e feminino), com idades entre 18 e 60 anos. Cada painalista foi questionado antes da análise para verificação de alergia a algum dos ingredientes contidos nas amostras. Caso algum dos participantes tivesse algum tipo de alergia, eram excluídos imediatamente.

Os painelistas avaliaram quanto a impressão visual e degustativa da bebida. O painel foi estruturado usando as quatro amostras produzidas, codificadas aleatoriamente por 227, 343, 438 e 552, sendo a 227 a amostra sem adição de proteína de ervilha, 343 com adição de 3% de proteína de ervilha, 438 com 6% de adição e 552 com 9% de adição de proteína.

Na aceitação foi avaliado o aroma, sabor, cor e textura utilizando uma escala hedônica não paramétrica de 9 pontos, na qual os extremos correspondem; (1) “desgostei muitíssimo” e (9) “gostei muitíssimo. Por fim, foi avaliada a intenção de compra como (1) “certamente não compraria” e (5) “certamente compraria”.

Os dados obtidos para a aceitabilidade (impressão global) foram utilizados para determinar o Índice de Aceitabilidade (IA), calculado pela seguinte fórmula: $IA\% = A \times 100/B$, onde A é a nota média obtida pelo produto e B a nota máxima dada ao produto (9). Para que seja considerado aceito sensorialmente, o IA do produto deve ser maior ou igual a 70%, conforme ressalta Dutcoski (1996).

2.5 Análise Estatística

Os resultados obtidos foram tabelados e a média e o desvio padrão calculados. Através do teste de Tukey, as médias foram comparadas a um nível de significância de 5% e análise de variância (ANOVA).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Informações nutricionais da bebida

Ao analisar os dados da Tabela 1, pode-se observar que as amostras com adição de proteína, apresentam um aporte energético maior do que a sem adição. A formulação com 9% de isolado proteico apresenta 17% da proteína diária recomendada (baseada em uma dieta de 2000 kcal), sendo considerada uma fonte de proteína. As amostras com 3% e 6% de proteína apresentam um percentual menor do valor energético diário, levando em consideração que a ingestão diária total deve ser de 15%.

Conforme o aumento da concentração de proteína, observa-se que o carboidrato também aumentou, o que pode ser explicado pelo teor de carboidratos presente no isolado proteico de ervilha, que é de 30%. Além do carboidrato, percebe-se um aumento no teor de sódio conforme o aumento na concentração de proteína, podendo ser explicado em razão do teor de sódio presente no isolado proteico, que é de 240mg (em 36g). Nota-se que a gordura total e saturada mantém o valor entre as amostras, assim como a fibra alimentar.

Em um estudo semelhante realizado por Haro (2018), onde a bebida vegetal de amora com adição de 2% de proteína de espirulina que foi desenvolvida e avaliada apresentou uma composição nutritiva com baixas calorias (8,6 Kcal) e açúcares (1,6%), semelhante ao nosso estudo.

Informação nutricional por porção de 200ml (1 copo)								
	Sem adição		3%		6%		9%	
Quantidade por porção	VD(*)		VD(*)		VD(*)		VD(*)	
Valor energético(kcal/kj)	93/389	5%	123/515	6%	125/523	6%	142/594	7%
Carboidrato(g)	7,5	3%	9,5	3%	11,5	4%	13	4%
Proteína(g)	1,5	2%	5,5	7%	8,5	11%	12,5	17%
Gorduras totais(g)	6,3	11%	6,3	11%	6,3	11%	6,3	11%
Gordura saturada(g)	1,5	7%	1,5	7%	1,5	7%	1,5	7%
Gordura trans(g)	-	-	-	-	-	-	-	-
Fibra Alimentar(g)	0,8	3%	0,8	3%	0,8	3%	0,8	3%
Sódio(mg)	40	2%	93	4%	147	6%	200	8%

(*)% Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8.400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

Tabela 2. Informação nutricional da bebida vegetal de castanha-do-brasil enriquecida com proteína de ervilha

3.2 Propriedades sensoriais da bebida

As notas atribuídas pelos participantes do estudo às formulações da bebida vegetal, quanto à aceitação para cada atributo, estão apresentadas na Tabela 2. Para a cor, observa-se que a amostra com 3% de proteína de ervilha apresentou as maiores notas (7,98) ($p \leq 0,05$), que representa “gostei muito” na escala de nove pontos, quando comparada com as amostras sem proteína e com 9%, não diferindo ($p \geq 0,05$) da formulação com 6% de proteína. Para o sabor, observa-se que as amostras sem adição de proteína e com 3% apresentaram as maiores notas, dentre as formulações estudadas, sendo que a amostra com 3% foi significativamente ($p \leq 0,05$) mais aceita, em comparação com as amostras contendo 6 e 9% de proteína de ervilha. Em relação ao aroma e a textura, não houve diferenças estatísticas ($p \geq 0,05$) entre as amostras estudadas.

No estudo realizado por Haro (2018), foram testadas três concentrações de stevia na bebida vegetal de amora com adição de 2% de proteína de espirulina, apresentando nos resultados uma aceitação entre (2,26) e (3,66) em relação aos quesitos sensoriais, em uma escala de 0 a 4 pontos.

Amostra	Cor	Aroma	Textura	Sabor
Sem adição	7,22 ± 1,56 b*	6,76 ± 1,58 a	6,92 ± 1,56 a	6,52 ± 1,72 ab
3%	7,98 ± 1,05 a	6,82 ± 2,06 a	7,22 ± 1,60 a	7,22 ± 1,48 a
6%	7,44 ± 1,43 ab	6,26 ± 1,72 a	6,36 ± 2,05 a	5,80 ± 2,24 b
9%	7,06 ± 1,63 b	6,42 ± 1,52 a	6,48 ± 1,69 a	5,86 ± 2,04 b

*Médias aritméticas simples de 50 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 3. Perfil sensorial da bebida vegetal de castanha-do-brasil enriquecida com proteína de ervilha

3.3 Intenção de compra da bebida

As notas atribuídas pelos participantes às amostras da bebida vegetal adicionada de isolado proteico de ervilha, quanto à intenção de compra, estão apresentadas na tabela 3. Ao analisar a tabela, pode-se observar que a amostra com 3% de proteína de ervilha apresentou maior intenção de compra 3,82 ($p \leq 0,05$) na escala de “provavelmente compraria”, quando comparada com as amostras com 6% e com 9%, sem diferir ($p \geq 0,05$) da amostra sem adição de isolado proteico.

Amostra	Intenção de compra
Sem adição	3,32 ± 1,11 ab*
3%	3,82 ± 0,91 a
6%	2,98 ± 1,20 bc
9%	2,70 ± 1,18 c

*Médias aritméticas simples de 50 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 3. Intenção de compra da bebida vegetal de castanha-do-brasil enriquecida com proteína de ervilha

3.4 Aceitação da bebida vegetal

Conforme apresentado na tabela 4, a amostra com 3% de proteína de ervilha apresentou 81,22% de Índice de Aceitabilidade (IA), sendo significativamente melhor aceita ($p \leq 0,05$), quando comparada com as amostras com 6% e 9%, sem diferença significativa ($p \geq 0,05$) da amostra sem adição de isolado proteico de ervilha. A amostra sem adição de proteína apresentou 76,16% de aceitabilidade, sem diferença significativa ($p \leq 0,05$), em relação às amostras com 6% e 9%.

Existem poucos estudos com proteínas em bebida vegetal, mas em outros alimentos já é mais comum. Passos (2013) desenvolveu um produto alimentício em

gel com proteína isolada de ervilha comparando com um mesmo produto, porém com proteína animal em sua composição. Este estudo apresentou um índice de aceitabilidade maior que 70% no produto com proteína de ervilha, o que demonstra que a possibilidade de utilização de proteína de ervilha em produtos alimentícios é algo viável e inovador.

Em seu estudo, Pereira et al. (2009) elaborou e avaliou uma bebida fermentada com base de extrato hidrossolúvel de soja com adição de polpa de três diferentes frutas. O índice de aceitação (IA) variou entre (5,58) e (6,83), em uma escala de 7 pontos, não apresentando diferença significativa ($p \geq 0,05$) entre as amostras. Os resultados mostraram que através da fermentação e adição de frutas, o extrato hidrossolúvel de soja pode melhorar sensorialmente, afinal, há uma crescente demanda no mercado de alimentos substitutos ao leite de origem animal, no entanto, neste estudo os autores não enriqueceram esses produtos com isolados proteicos.

Amostra	Índice de aceitabilidade (%)
Sem adição	76,16 ± 14,49 ab*
3%	81,22 ± 13,70 a
6%	71,83 ± 17,12 b
9%	71,72 ± 14,68 b

*Médias aritméticas simples de 50 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 4. Índice de aceitabilidade da bebida vegetal de castanha-do-brasil enriquecida com proteína de ervilha

Observa-se que todas as formulações apresentaram IA acima de 70%, e de acordo com Dutcosky (2013) esse índice mínimo deve ser considerado no desenvolvimento de novos produtos, para que este tenha condições, dentre outros fatores, de ser bem aceito e comercializado em escala industrial.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a bebida vegetal com 3% de proteína isolada da ervilha, obteve o maior índice de aceitabilidade (81,22%) e intenção de compra (3,82) dentre as amostras adicionadas de isolado proteico de ervilha e similar a bebida sem adição do isolado proteico. Todas as formulações estudadas apresentaram IA acima de 70%, mas a formulação com 3% de isolado proteico é que pode ser mais aceita no mercado consumidor.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Rotulagem nacional obrigatória**. Brasília: Anvisa, 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/389979/Rotulagem+Nutricional+Obrigat%C3%B3ria+Manual+de+Orienta%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0s+Ind%C3%BAstrias+de+Alimentos/ae72b30a-07af-42e2-8b76-10ff96b64ca4>. Acesso em: 05 ago. 2020.

ASSIS, Leonardo Oliveira de et al. **Determinação da atividade inibitória de enzimas digestivas em suplementos vendidos no comércio internacional à base de proteína vegetal**. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo, v. 11, p.925-933, jan. 2017.

BARBOSA, Mariana Luciene Santos. **Fabricação de Bebidas Fermentadas a partir de extrato hidrossolúvel de soja (*Glycine max*) e de castanha-do-Brasil (*Bertholletia excelsa*)**. 2016. 29 f. Monografia (Especialização) - Curso de Agronomia, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BEZERRA, Valeria Saldanha et al. **Avaliação tecnológica da obtenção do extrato fluido da amêndoa da castanha-do-Brasil**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS, 36., 2018, Belém. Artigo em Anais de Congresso. Embrapa Amapá, 2018. p. 1 - 6.

BRASIL BEVERAGE TRENDS 2020. Campinas: Instituto de Tecnologia de Alimentos - Itai, v. 1, 2010.

BRASIL BEVERAGE TRENDS 2020. Campinas: Instituto de Tecnologia de Alimentos - Itai, v. 1, 2016.

DUTCOSKY, S. D. (2013). **Análise sensorial de alimentos** (4. ed.). Curitiba: Champagnat.

FELBERG, Ilana et al. **Efeito das condições de extração no rendimento e qualidade do leite de castanha-do-Brasil despelculada**. *Boletim do Centro de Pesquisa de Processamento de Alimentos*, Curitiba, v. 20, p.75-88, jan. 2002.

FELBERG, Ilana et al. **Bebida mista de extrato de soja integral e castanha-do-Brasil: caracterização físico-química, nutricional e aceitabilidade do consumidor**. *Alim. Nutr.*, Araraquara, v. 15, p.163-174, 2004.

GASSI, Rosimeri P et al. **Espaçamento entre plantas e número de fileiras no canteiro na produção de ervilha**. *Horticultura Brasileira*, Dourados, v. 27, p.549-552, dez. 2009.

HARO, Karina Maricela Bautista Haro. **Desarrollo de una bebida vegetal con proteína de espirulina (*Arthrospira platensis*), apta para el público ecuatoriano**. 2018. 89 f. (Master universitário) – Desarrollo e Innovación de alimentos.

MOURA, Katherine Leslie Ayres. **Desenvolvimento e avaliação das características nutricionais, físico-químicas e sensoriais de bolo com diferentes tipos de farinhas e Castanha-do-Brasil (*Bertholletia excelsa* H. B. K.)**. 2014. 65 f. TCC (Graduação) - Curso de Engenharia de Alimentos, Universidade Federal de Rondônia, Ariquemes, 2014.

NAIA, Inês Isabel Panasqueira. **Produção de alimentos funcionais inovadores a partir do tremçoço e ervilha com base no método de produção de tempeh de soja.** 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia Alimentar, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2015.

PASSOS, Renata Baratta dos. **Desenvolvimento de um produto alimentício para atletas rico em proteína de ervilha (*Pisum sativum L.*) e carboidratos.** 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, Milene Oliveira et al. **Elaboração de uma bebida probiótica fermentada a partir de extrato hidrossolúvel de soja com sabor de frutas.** Revista do Setor de Ciências Agrárias e Ambientais, v. 5, p.475-487, dez. 2009.

SANTOS, Midiana Gusmão dos. **Avaliação de estabilidade do extrato hidrossolúvel de castanha-do-Brasil (*Bertholletia excelsa*).** 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência e Tecnologia de Alimentos, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

SILVA, Aurenice Maria Mota da. **Estudo das propriedades funcionais de proteínas comerciais de origem vegetal: caracterização, estabilização de emulsões e aplicação em complexos coacervados.** 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia de Alimentos, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2019.

SILVA, Reginaldo Ferreira da et al. **Influência do processo de beneficiamento na qualidade de amêndoas de Castanha-do-Brasil.** *Ciênc. Agrotec.*, Lavras, v. 2, p.445-450, mar. 2010.

SIMÕES, Renata Hanan. **Desenvolvimento de extrato hidrossolúvel de *Bertholletia Excelsa H.B.K* (castanha-do-Brasil) condensado.** 2014. 51 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências de Alimentos, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.

CAPÍTULO 6

CENÁRIO DOS CUSTOS DAS DIÁRIAS HOSPITALARES EM TERAPIA INTENSIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 19/09/2020

Adam Carlos Cruz da Silva

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- EEAP
da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO
FOP- UNICAMP
MBA em Auditoria e Sistemas e Serviços de Saúde- UNESA
<https://orcid.org/0000-0001-7604-6847>

Denise Cavalcante

FOP- UNICAMP
Associação Caruaruense de Ensino Superior
MBA em Economia e Avaliação em Tecnologias em Saúde
<https://orcid.org/0000-0002-9166-0367>

RESUMO: Introdução: Os Gestores de hospitais sejam eles públicos ou privados, cada dia mais precisam entender os custos em saúde, que ultimamente só aumentam, consumindo boa parte dos recursos disponíveis no tratamento de enfermidades. O ambiente de cuidados em terapia intensiva e cuidados intermediários, foco do presente estudo, são ambientes destinados a assistir pacientes graves e de risco no meio hospitalar, e são considerados de alta complexidade, por contar com um aparato tecnológico e informatização. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo, analisar os custos das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo

descritivo, do tipo estudo de caso, que se utilizou da avaliação econômica parcial em saúde.

Resultados e discussões: A organização das unidades de cuidados intensivos e intermediários se divide em Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou Unidades de Cuidados Intermediários – UCI. O total de leitos disponíveis corresponde em 2.671 leitos, com a maioria disponibilizada para a UTI do tipo adulto III e II. Não se observou leitos para Unidade Coronariana II e III e UTI neonatal I. A percentagem da taxa de ocupação na cidade de São Paulo, que se manteve em torno de 60 à 65% nos meses avaliados de 2019. Registra-se um aumento da taxa nos meses de janeiro (69,62%) e julho (65,54%), e uma menor taxa no mês de abril (59,41%). A média de permanência em terapia intensiva demonstrou que a especialidade de pneumologia sanitária apresentou maior média de permanência em UTI (23,50 dias), seguido pela pediatria (12,79 dias), a Clínica médica (10,03 dias), a clínica cirúrgica (6,57 dias) e a obstetrícia (6,57 dias). o custo médio de uma diária de terapia intensiva no SUS por especialidade no município de São Paulo, fica em torno de R\$ 537,27, com o maior custo médio pela especialidade de pediatria, seguido pela clínica médica (R\$ 543,91), a clínica cirúrgica (R\$ 523,88), a intercorrência pós-transplantes (R\$ 508,63), a obstetrícia (R\$ 481,63) e a pneumologia (R\$ 478,95). **Conclusão:** Em época de recursos finitos, saber gerenciar os serviços garante um impacto positivo ao orçamento, pois para o SUS, a eficiência baseia-se na relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em um determinado período de

tempo.

PALAVRAS- CHAVE: Custo; Terapia Intensiva e Sistema Único de Saúde.

SCENARIO OF HOSPITAL DAILY COSTS IN INTENSIVE CARE IN THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: AN ANALYSIS OF THE CITY OF SÃO PAULO

ABSTRACT: Introduction: Hospital managers, whether public or private, increasingly need to understand health costs, which lately only increase, consuming a good part of the resources available in the treatment of illnesses. The care environment in critical care and intermediate care, the focus of the present study, are environments designed to assist critically ill and at-risk patients in the hospital environment, and are considered to be highly complex, as they have a technological apparatus and computerization. **Objective:** This study aimed to analyze the costs of hospital stays in critical care at SUS. **Methodology:** This was a descriptive study, of the case study type, which used the partial economic evaluation in health. **Results and discussions:** The organization of critical and intermediate care units is divided into Critical Care Units - CCU or Intermediate Care Units - ICU. The total number of available beds corresponds to 2,671 beds, with the majority available for the adult type III and II ICU. No beds were observed for Coronary Unit II and III and neonatal ICU I. The percentage of the occupancy rate in the city of São Paulo, which remained around 60 to 65% in the evaluated months of 2019. There is an increase in the rate in January (69.62%) and July (65.54%), and a lower rate in April (59.41%). The average length of stay in critical care showed that the specialty of sanitary pneumology had the highest average stay in the CCU (23.50 days), followed by pediatrics (12.79 days), the Medical Clinic (10.03 days), the clinic surgical (6.57 days) and obstetrics (6.57 days). the average cost of a daily critical care unit in the SUS by specialty in the city of São Paulo, is around R\$ 537.27, with the highest average cost for the pediatric specialty, followed by the medical clinic (R\$ 543.91) , surgical clinic (R\$ 523.88), post-transplant complications (R\$ 508.63), obstetrics (R\$ 481.63) and pneumology (R \$ 478.95). **Conclusion:** In times of finite resources, knowing how to manage services guarantees a positive impact on the budget, as for SUS, efficiency is based on the relationship between the products (goods and services) generated by an activity and the costs of the inputs used in a certain period of time.

KEYWORDS: Cost; Critical Care and Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

Os Gestores de hospitais sejam eles públicos ou privados, cada dia mais precisam entender os custos em saúde, que ultimamente só aumentam, consumindo boa parte dos recursos disponíveis no tratamento de enfermidades. Para compreender esse processo, é preciso possuir ferramentas que explicam os custos em saúde, promovendo a saúde financeira de suas unidades com melhores aplicações dos recursos disponíveis na busca contínua da eficiência, eficácia e

efetividade das atividades, garantindo competitividade e qualidade dos serviços prestados à população.

De acordo com Borges et al (2015), o SUS é financiado por recursos da seguridade social, da União, dos Estados e do Distrito federal, dos Municípios e de outras fontes, que financiam as organizações hospitalares públicas, que pela legislação vigente, não têm possibilidade de estipular os preços de seus serviços. Sendo assim, a melhor opção é gerenciar os custos para obter melhores desfechos clínicos diante do repasse financeiro, mas em razão da complexidade e a visão holística do setor saúde, isso não ocorre, mas propriamente dita em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI).

O ambiente de cuidados em terapia intensiva e cuidados intermediários, foco do presente estudo, são ambientes destinados a assistir pacientes graves e de risco no meio hospitalar, e são considerados de alta complexidade, por contar com um aparato tecnológico e informatização, com olhares minuciosos a vigilância destes pacientes por equipe multidisciplinar, no qual são realizados procedimentos na maioria das vezes invasivos, com suporte de diversos tipos de equipamentos médico-hospitalares para tratamento dos diversos tipos de eventos clínicos e cirúrgicos gerando custos em saúde.

Silva ACC (2018) descreve que com o aumento crescente dos custos em saúde vem trazendo preocupação aos profissionais e, sobretudo, aos gestores que atuam nessa área no que diz respeito à adoção de estratégias para controle de gastos, a equipe de Auditoria no SUS diante de um cenário de transição epidemiológica e da escassez de recursos públicos visa garantir a eficiência alocativa dos recursos.

Silva e Schutz (2020) colocaram que no SUS, a eficiência é estabelecida na relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os seus custos dos insumos empregados em um determinado período de tempo. O resultado que obtiver, vai expressar o custo de uma unidade de produto final em um determinado período de tempo.

Custos são todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens ou serviços. Estão diretamente relacionados aos fatores de produção, no sentido de que só se têm custos durante a fabricação do bem ou a prestação do serviço (BRASIL, 2013)

O conhecimento dos custos é vital para saber se, dado o preço, o produto ou serviço condiz com o valor recebido e, se é possível reduzi-los de acordo com os serviços prestados (MARTINS, 2008). Estimar custos na área da saúde é mais complexo, pois inúmeros fatores estão envolvidos, como a patologia do paciente, o consumo de cada profissional e dentre outros que interferem na assistência.

Os objetivos no conhecimento e o uso das informações das populações e de custos no setor público são essenciais para atingir uma alocação eficiente de

recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento de serviços públicos (BRASIL, 2013).

A população brasileira apresenta nas últimas décadas mudanças na estrutura de crescimento, caracterizada de transição demográfica. No geral as estatísticas têm evidenciado a redução da natalidade, alta mortalidade da população jovem e o aumento na expectativa de vida, com alargamento da pirâmide nas faixas etárias que compreendem a população adulta e idosa (IBGE, 2010). Com aumento dessa expectativa de vida, surgem os efeitos da longevidade, com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na população adulta e idosa por exemplo, demandando em algumas ocasiões em internações em UTI.

Bolela e Jericó (2006) em seu estudo coloca que as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico, com a necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de médica e de enfermagem contínua e intensiva.

Bolela e Jericó (2006) descrevem a UTI como um ambiente como algumas características peculiares: o ambiente permeado por tecnologia de ponta, situações iminentes de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento ao cliente.

Diante do exposto este estudo apresenta como objeto geral, analisar os custos das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS e os objetivos específicos descrever de acordo com a legislação vigente a nomenclatura dos leitos hospitalares em terapia intensiva no SUS, identificar o cenário atual dos leitos de terapia intensiva no SUS, verificar o perfil das internações hospitalares terapia intensiva no SUS e analisar os custos das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso, que se utilizou da avaliação econômica parcial em saúde para analisar os custos das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS.

O estudo de custo das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS foi analisada na cidade de São Paulo, abrangendo apenas leitos públicos, conforme disponibilizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A amostra do estudo foi composta pelos dados disponibilizados em terapia intensiva em 2019. A coleta dos dados ocorreu duas fases distintas, primeiramente coletando dados pertinentes a pesquisa nas fontes secundárias do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e do Sistema de Informações

Hospitalar (SIH) do SUS. Posteriormente, os dados foram alocados na pesquisa e disponibilizados no programa Excel para a análise e discussão dos resultados.

Para identificar a melhor evidência científica, utilizou-se um acrônimo para a revisão chamado População, Paciente, Intervenção e Desfecho (PICO), para a construção da pergunta de pesquisa e o auxílio da literatura, que orienta a formular a pergunta de pesquisa e realizar a busca dos descritores adequados (SANTOS, PIMENTA E NOBRE 2007).

Pergunta	Especificação	Justificativa
P- PACIENTE	Pacientes internados em terapia intensiva no SUS	Devido ao alto custo neste setor.
I- INTERVENÇÃO	Análise do custo das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS	Melhorar o conhecimento dos custos a serem investidos na Terapia Intensiva e cuidados intermediários
C- COMPARADOR	Não realizada	Não foi realizada nenhuma comparação
O- OUTCOME DESFECHO	Quais os custos das diárias hospitalares dos pacientes internados em terapia intensiva no SUS?	Disponibilizar o conhecimento dos custos das diárias hospitalares em terapia intensiva.

Quadro I: Anagrama PICO com a aplicação da questão norteadora

Fonte: Os autores, 2020.

A partir deste estudo, espera-se trazer benefícios ao SUS, pois instrumentaliza os gestores com dados sobre as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde propiciando o seu planejamento, para fomentar a adequação das políticas e das ações para o melhor atendimento à população que necessita de internação em terapia intensiva.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Nomenclatura dos serviços em Terapia Intensiva

De acordo com a Constituição Federal- CF (1988) o SUS foi criado e

regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde de 1990. Com a Norma Operacional Básica- NOB (1996) ocorreu à municipalização do SUS, com a sua organização da prestação da assistência em saúde. Além disso, o sistema dividiu-se em dois blocos, à atenção básica e o que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Segundo Chaves et al (2010) a atenção básica é definida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, a principal porta de entrada (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, porém à inserção de tecnologia é de baixa densidade.

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, que com a assistência na prática clínica irá depender da disponibilidade de profissionais especializados e a incorporação e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento precoce (CHAVES ET AL, 2010).

A alta complexidade, foco do presente estudo, é definida como um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando um serviço de qualidade à população, integrando-se e formando uma rede de serviços aos demais níveis de atenção à saúde como a atenção básica e de média complexidade (CHAVES ET AL, 2010).

Conforme o objetivo proposto realizou-se uma análise na área de alta complexidade para descrever as nomenclaturas existentes e a definição de cada tipo de serviço em terapia intensiva, que também são denominadas como leitos complementares. Os serviços foram descritos de acordo o ato normativo vigente, que definiu o direcionamento ao cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave.

Segundo o Brasil (2007), as unidades de tratamento intensivo são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros.

Anteriormente, segundo a Portaria N° 3432 (1998), revogada em 2017, os tipos de leito de Unidade de Tratamento Intensivo- UTI eram I, II e III de acordo com o perfil do estabelecimento habilitado, o perfil do seu paciente etc. A tipologia para os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários- UCI não eram contemplados, o que deixava uma lacuna entre a UTI e os setores de internação de média e baixa complexidade para a assistência destes usuários do sistema.

Com o ato da Portaria N° 895 (2017), que direcionou o cuidado ao paciente crítico ou grave, descrevendo que toda a UTI e a UCI devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente, fechando o espaço anteriormente deixado pela falta de articulação entre os setores.

Com a evolução no ato normativo no país, o antigo UTI Adulto Tipo I e UTI Pediátrica Tipo I passam a ser denominados de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto (UCI- a) e a Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI- ped), estabelecendo um processo benéfico para a população na área de terapia intensiva do SUS. As Unidades de Terapia Intensiva denominadas como Tipo II ou Tipo III, permaneceram como tal, sem alterações no seu conteúdo.

A organização das unidades de cuidados intensivos e intermediários se divide em Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou Unidades de Cuidados Intermediários – UCI (BRASIL, 2017).

Conforme Brasil (2017) a Unidade de Terapia Intensiva - UTI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, classificadas como:

- I. Unidade de Terapia Intensiva Adulto UTI-a;
- II. Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UCO;
- III. Unidade de Terapia Intensiva Queimados UTI-q;
- IV. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrico UTI-ped; e
- V. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

A Unidade de Cuidado Intermediário - UCI segundo BRASIL (2017) é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva, necessitando de atenção contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, podendo ser classificada como:

- I. Unidade de Cuidado Intermediário Adulto UCI-a;
- II. Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico UCI-ped;
- III. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo;
- IV. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru- UCINCa.

Vale reforçar, que essas nomenclaturas permitem uma avaliação embasada do planejamento em saúde, proporcionando aos Gestores instrumentos de avaliação da sua rede, verificando as necessidades de leitos complementares e a possibilidade de implementação de políticas públicas no SUS.

3.2 Cenário atual dos leitos em terapia Intensiva no SUS

O uso de bases de dados secundárias para o desenvolvimento de pesquisas

sobre serviços de saúde como o CNES tem sido usado cada vez mais, com destaque para estudos de avaliação em saúde. Essas bases têm como principais vantagens a obtenção mais rápida e menos custosa das informações e a possibilidade de acompanhamento temporal, além do grande volume de informação dotada de amplitude populacional e geográfica (MACHADO, MARTINS E LEITE, 2016).

Rocha et al (2018) conceitua que os sistemas de informação em saúde (SIS) são definidos como um conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar na organização do sistema de saúde.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que é um repositório o qual unifica e organiza os dados de estabelecimentos de saúde no país, o cenário dos leitos de terapia intensiva no SUS na cidade de São Paulo se apresenta da seguinte forma:

Nomenclatura dos leitos	Leitos SUS
Unidade Intermediária Neonatal	74
Unidade de Isolamento	250
UTI Adulto Tipo I	41
UTI Adulto Tipo II	509
UTI Adulto Tipo III	676
UTI Pediátrico I	4
UTI Pediátrico II	121
UTI Pediátrico III	190
UTI Neonatal I	0
UTI Neonatal II	248
UTI Neonatal III	123
UTI de Queimados	25
UTI Coronariana Tipo II	0
UTI Coronariana Tipo III	0
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	242
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	58
Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico	2
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	108
Total	2671

Quadro II: Cenário dos leitos de terapia intensiva no SUS na Cidade de São Paulo 2019

Fonte: Os autores 2020 extraído do CNES, 12/2019.

Como se observou no quadro III que trata dos leitos de terapia intensa no município de São Paulo, o total de leitos disponíveis corresponde em 2.671 leitos, com a maioria disponibilizada para a UTI do tipo adulto III e II. Sobretudo, não se observou leitos para Unidade Coronariana II e III e UTI neonatal I na última atualização do sistema. Este fato chamou a atenção, porém existem possibilidades a serem colocadas como a inconsistência, a falta de alimentação dos dados ou a apresentação ser real quanto ao achado.

Conforme Rocha et al (2018) os dados do CNES são importantes para a área de planejamento, controle e avaliação em saúde e deveriam refletir a real situação do sistema de saúde. No entanto, os poucos estudos que abordaram elementos do CNES, evidenciaram inconsistências na base de dados com potencial para afetar negativamente eventuais análises desenvolvidas com a mesma.

Para melhor visualização dos dados informados no quadro três, realizou-se um gráfico para melhor entendimento do cenário:

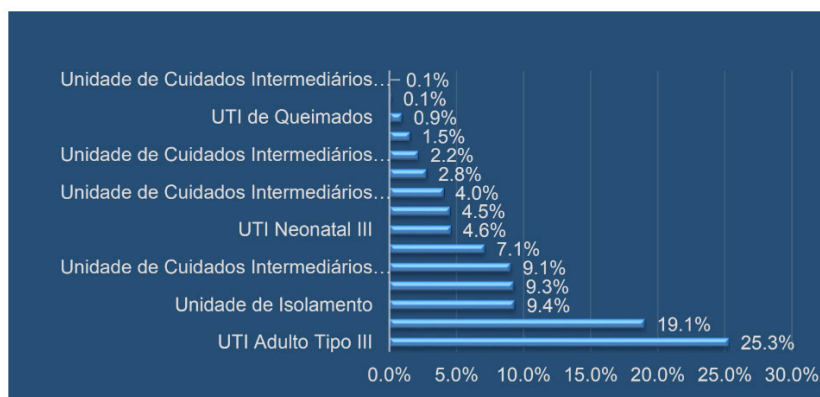


Gráfico I: Percentual de leitos por nomenclatura versus leitos total em terapia intensiva SUS

Fonte: Os autores, 2020.

Como se observou, o maior percentual para leitos em UTI adulto tipo II III, com quase 45% dos leitos disponíveis em terapia intensiva no município de São Paulo, seguidos por UTI neonatal tipo III e II com 13,9%, UTI pediátrico III e II cm 11,6% e assim sucessivamente. Os leitos de maior complexidade estão contemplados neste cenário e fortalecem o sistema como um todo com equipamentos, recursos humanos e outros requisitos para a assistência especializada.

Estudos de Goldwasser et al (2018) que versa sobre o planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema

social complexo, descreve que entre os anos de 2010 e 2011, o número de leitos em UTI adulto no Estado do Rio de Janeiro possuía 4.299 leitos de UTI para adultos, dos quais 1.007 públicos (SUS). Neste estudo não se mencionava os tipos de leitos em UTI adulto pois não se tratava dos objetivos do estudo, mas é um importante indicador a ser mensurado nas avaliações das unidades intensivas.

Com todos os autores citados, reforça que analisar os eventos ocorridos na esfera municipal é crucial para a realização de estudos avaliativos em saúde. Equívocos ocorrem para quem considera o território geográfico como expressão de características uniformes, especialmente no que concerne a eventos de saúde (ROCHA ET AL, 2018).

3.3 Perfil das internações hospitalares em terapia intensiva no SUS

Segundo Gomes e Volpe (2018) saber o perfil das internações de hospitais gerais permite caracterizar os principais desfechos que levaram o usuário à procura do serviço e as suas características. Essas são informações importantes para a estruturação do sistema e a inserção de novas políticas voltadas para o aumento da equidade no acesso aos serviços de saúde, a redução do “desperdício” de recursos econômicos e maior eficiência e qualidade no atendimento hospitalar.

Pode-se acrescentar a construção de ferramentas que possibilitem a previsão, provisão de recursos humanos e materiais para atender pacientes, além de planejar e estabelecer a demanda de cuidados multiprofissionais requeridos a partir do estabelecimento de um perfil das características das internações e suas relações (GOMES E VOLPE, 2018).

Nos estudos de Gomes e Volpe (2018) relatam que existem poucas pesquisas para o perfil das internações em hospitais gerais públicos brasileiros, e relatam o foco para avaliação de diagnósticos específicos, perfil de doenças crônicas, estudos em faixas etárias específicas e setores da assistência hospitalar como a UTI.

Saber o perfil dessas internações em terapia intensiva no SUS pode corroborar nas relações dos níveis de atenção à saúde do sistema público brasileiro, tendo uma busca mais eficiente da assistência hospitalar e os caminhos a serem traçados na atenção básica. Incluíram nessa avaliação, todos os leitos com nomenclatura citados neste estudo (Item 4.1).

Desta forma, para a operacionalização foi necessário coletar dados da programação e calcular de indicadores que permitam analisar a situação atual vigente no que diz respeito às taxas de ocupação e o tempo médio de permanência segundo leito-especialidade:

TAXA DE OCUPAÇÃO EM UTI POR INTERNAÇÕES NO SUS				
MÊS	Tx. ocup. UTI SUS	Qtd leitos UTI exist.	Qtd leitos UTI SUS	Qtd diárias UTI pagas
1	69,62%	4.969	1.936	40.435
2	60,26%	4.978	1.936	35.001
3	63,09%	5.009	1.936	36.640
4	59,41%	5.014	1.936	34.505
5	61,30%	4.953	1.915	35.219
6	61,49%	4.963	1.915	35.327
7	65,54%	5.101	1.929	37.926
8	62,49%	5.141	1.945	36.464
9	64,93%	5.197	1.905	37.108

Quadro III: Taxa de ocupação em UTI, em internações SUS, mun.: SAO PAULO-SP, ano: 2019⁽³⁴⁾

Fonte: Os autores 2020, extraído do AUDITASUS/SIHSUS, 2019.

Verificou-se conforme o quadro I, a percentagem da taxa de ocupação na cidade de São Paulo, que se manteve em torno de 60 à 65% nos meses avaliados de 2019. Registra-se um aumento da taxa nos meses de janeiro (69,62%) e julho (65,54%), e uma menor taxa no mês de abril (59,41%).

Segundo BRASIL (2017) que trata da qualificação do cuidado ao paciente crítico, com aprimoramento dos processos de trabalho, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos, as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários em geral, devem cumprir o critério de manter a taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento). Registra-se com isso, uma taxa abaixo do padrão estabelecido, o que não pode ser ocorrer nos dias de hoje, pois o leito de terapia intensiva é um recurso caro e complexo e deverá ser bem gerenciado para a recuperação da saúde do usuário.

Ramos et al (2015) descreve que por agregar tipos distintos de leitos sob a mesma nomenclatura, valores extremos para uma dessas categorias podem determinar valores discrepantes para o indicador. Sugere-se maiores estudos para discussão do caso citado.

O Governo do Distrito Federal- DF (2008) divulgou sua taxa de ocupação em leitos de terapia intensiva adulto de 92,7% dos nove hospitais da sua rede. As taxas de ocupação em UTI adulto dos oito hospitais variaram entre 72,1% a 97,7%. Para um hospital terciário da rede, a taxa de ocupação chegou a 99%.

Castro et al (2016) demonstrou em seu estudo de internação na UTI adulta, por especialidade médica, que os motivos mais frequentes foram os clínicos (51%),

os cirúrgicos (24%) e os neurológicos (15%). Acredita-se que grandes partes dos atendimentos considerados cirúrgicos e neurológicos sejam de causas traumáticas, uma vez que o HUHS é referência de atendimento ao trauma no município de Anápolis.

Segundo Favarin e Camponogara (2012) as causas mais comuns de internações em terapia intensiva são as doenças infecciosas, destacando-se o choque séptico; problemas neurológicos, como o AVE; doenças respiratórias, como a insuficiência respiratória aguda; pós-operatório de neurocirurgia ou cirurgia ortopédica, doenças cardiovasculares, evidenciando o infarto agudo do miocárdio; traumas; doenças metabólicas, como casos de insuficiência renal e cetoacidose diabética.

Vale lembrar, que o perfil de atendimento dos hospitais pode influenciar na taxa de ocupação por especialidade médica Estudos de (BORGES ET AL, 2017), colocam que a especialidade responsável pela internação na UTI mais frequente foi a neurocirurgia, o que pode estar relacionado ao perfil de atendimento da instituição, que é referência em trauma na região.

MÉDIA DE PERMANÊNCIASIH/SUS EM UTI, POR ESPECIALIDADE, MUN.:SAO PAULO-SP, 9/2019			
Especialidade	Média de permanência em UTI	Total de dias em UTI	Total de internações com UTI
01-Clínica cirúrgica	6,57 dias	13.475	2.050
02-Obstetrícia	2,26 dias	156	69
03-Clínica médica	10,03 dias	13.873	1.383
04-Pneumologia sanitária (tisiologia)	23,50 dias	47	2
05-Pediatria	12,79 dias	9.557	747
TOTAL	8,73 dias	37.108	4.251

Quadro IV: Média de permanência SIH/SUS em UTI, por especialidade, mun.SAO PAULO-SP, 9/2019

Fonte: Os autores 2020, extraído do AUDITASUS/SIHSUS, 2019.

Neste indicador, a especialidade de pneumologia sanitária apresentou maior média de permanência em UTI (23,50 dias), seguido pela pediatria (12,79 dias), a Clínica médica (10,03 dias), a clínica cirúrgica (6,57 dias) e a obstetrícia (6,57dias).

Estudos de Borges et al (2017) refere-se a um estudo realizado em Santa

Catarina sobre o tempo de permanência na UTI, que identificou cerca de 53,2% dos pacientes internados permaneceram por um período de zero a três dias e 29,7% ficaram de quatro a quinze dias. Em uma instituição de ensino, o tempo de permanência na UTI correspondeu em média a 5,46 dias. Já no seu estudo, o período de internação que apresentou maior constância foi de cinco a catorze dias, podendo-se também relacionar ao perfil de saúde da amostra, que, pela gravidade clínica, pode ter apresentado necessidade de maior permanência.

3.4 Análise dos custos das diárias hospitalares em terapia intensiva no SUS

O gerenciamento de custos na assistência em saúde é um processo administrativo de tomada de decisão, na busca de eficiente racionalização na alocação de recursos disponíveis, respeitando tanto as necessidades da clientela quanto as finalidades institucionais (ZULIANI, 2010).

Com o conhecimento sobre as informações dos custos na assistência, os gestores e os profissionais de saúde, possam através de diversos fatores e da sua realidade atual, adequar o que recebem com os seus custos diretos e indiretos.

Diante da relevância da temática dos custos em saúde, em especial na área de terapia intensiva, apresentam-se os resultados e as suas discussões:

CUSTO SUS UTI POR ESPECIALIDADE		
Especialidade	% do custo em UTI	Custo UTI na especialidade
01-Clínica cirúrgica	35,78%	R\$7.087.118,52
02-Obstetrícia	0,39%	R\$76.567,93
03-Clínica médica	38,18%	R\$7.563.507,80
04-Pneumologia sanitária (tisiologia)	0,11%	R\$22.499,84
05-Pediatria	25,54%	R\$5.060.170,86
TOTAL	100,00%	R\$19.809.864,95

Quadro V: % do custo SUS, com UTI, por especialidade, Município de São Paulo- SP, 09/2019.

Fonte: Os autores 2020, extraído do AUDITASUS/SIHSUS, 2019.

Conforme quadro I coloca, o maior custo em terapia intensiva está voltado na especialidade de clínica médica, a clínica cirúrgica e a pediatria que juntas consumiram quase 100% dos recursos financeiros no município de São Paulo. Seguidos pela obstetrícia e pneumologia sanitária.

CUSTO MÉDIO DE DIÁRIA DE TERAPIA INTENSIVA SUS		
Especialidade	Custo médio da diária em UTI	Total de diárias de UTI
01-Clínica cirúrgica	R\$523,88	38.895
02-Obstetrícia	R\$481,63	536
03-Clínica médica	R\$543,91	47.625
04-Pneumologia sanitária (tisiologia)	R\$478,95	130
05-Pediatria	R\$545,80	28.402
06-Intercorrência pós-transplante - hospital-dia	R\$508,63	5
TOTAL	R\$537,27	115.593

Quadro VI: Custo médio de uma diária de Terapia Intensiva no SUS por especialidade, Município de São Paulo- SP %

Fonte: Os autores 2020, extraído do AUDITASUS/SIHSUS, 2019.

Conforme o quadro II disponibiliza, o custo médio de uma diária de terapia intensiva no SUS por especialidade no município de São Paulo, fica em torno de R\$ 537,27, com o maior custo médio pela especialidade de pediatria, seguido pela clínica médica (R\$ 543,91), a clínica cirúrgica (R\$ 523,88), a intercorrência pós-transplantes (R\$ 508,63), a obstetrícia (R\$ 481,63) e a pneumologia (R\$ 478,95).

No total do número de diárias em terapia intensiva, as especialidades que mais internaram foram a clínica médica, a clínica cirúrgica, a pediatria, a pneumologia sanitária e a obstetrícia.

Estudos De Borges et al (2015) relatou o valor que o HCU apresentou como uma receita oriunda do Sistema Único de Saúde com uma média de R\$ 508,63 por diária de UTI pediátrica. Esse estudo corrobora com os achados, apesar de uma diferença entre o.

Santos (2009) descreveu em seu estudo, uma média de diária de UTI do tipo três no SUS é de R\$ 508,67, no valor repassado pelo Ministério da Saúde para o Hospital da Base do Distrito Federal relativo aos leitos de terapia intensiva, registrou o valor de R\$ 631.718,46 considerando o valor da diária inicial citado. Os maiores gastos com diárias forma para traumas com R\$ 246.176,92 devido ao caso ficam mais tempo internados, a intensiva pediátrica com R\$ 186.158,58 com maior número de pacientes e menor permanência, a unidade coronariana com R\$ 169.813,38 e a geral com R\$ 33.569,46.

4 | CONCLUSÃO

Diante das colocações, verificou-se o panorama de leitos em terapia intensiva na cidade de São Paulo, podendo auxiliar os gestores na aplicabilidade da gestão indicando a possibilidade da revisão de quantitativos existentes de acordo com a demanda e a necessidade local.

Em relação à especialidade, a taxa de ocupação e a média de permanência em leitos de terapia intensiva devem ser monitoradas, e as suas informações repassadas para o Ministério da Saúde aprimorando o sistema público em saúde, identificando os problemas e as possibilidades de melhorias.

Na questão voltada para os custos em terapia intensiva, verificou-se que as áreas de clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria representam a maior parte dos gastos, consumindo grande parte destes recursos. Conhecer o comportamento destes custos é essencial para o gerenciamento desta unidade de tratamento, para melhor prestação dos serviços em alta complexidade.

Em época de recursos finitos, saber gerenciar os serviços garante um impacto positivo ao orçamento, pois para o SUS, a eficiência baseia-se na relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em um determinado período de tempo.

Conforme o apresentado, esta pesquisa apresentou um breve cenário dos custos de terapia intensiva na cidade de São Paulo, onde se apresentou alguns pontos do sistema, com as suas vantagens, as desvantagens e as possibilidades de melhoria na assistência em saúde “gratuita” de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

BORGES, F.; BOHRER, C. D.; BUGS, T. V.; NICOLA, A. L.; TONINI, N. S.; OLIVEIRA, J. L. C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI- Adulto de um hospital universitário público.** Cogitare Enferm. (22)2: e50306, 2017.

BORGES, E. C.; MARTINS, V. F.; NETO, E. B. M.; RIBEIRO, R.; B. **Análise de custos da diária de UTI pediátrica de um hospital universitário.** Journal of Management of Roraima Revista de Administração de Roraima. ISSN: 2237-8057. Brasil, Boa Vista, Ed. Vol. 5, n. 1, jan/ jun. 2015.

BOLELA, F. JERICÓ M. C.; **Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização.** Esc. Anna Nery vol.10 no.2 Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990.** Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 06 de Dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017.** Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 06 de Janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. –: Editora do Ministério da Saúde 148 p. – (Série Gestão e Economia da Saúde ; v. 2. Brasília, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Nº 3.432/GM/MS, de 12 de Agosto de 1998**. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 06 de Janeiro de 2020. Revogada.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 06 de Janeiro de 2020.

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde. **Lei nº 8.142, 28 de Dezembro de 1990**. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 06 de Dezembro de 2019.

CASTRO, R.; BARBOSA, N. B.; ALVES, T.; NAJBERG, E.; **Perfil das ações das internações em unidades das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS Vol. 5, N. 2. Julho/ Dezembro. 2016.

CHAVES, G.J.; FRANCISCO, E. L.; VOLPE, F. M.; CAPANEMA, F. D.; ABRANTES, M. M. **A inserção da rede FHEMIG na assistência pública à saúde no Estado de Minas Gerais**. Rev Med 20 (3 Supl 4): S19-S30. Minas Gerais, 2010.

CONASS/NOTA TÉCNICA 33/2009 – **Análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2010 e os Recursos destinados ao Ministério da Saúde**. Brasília: CONASS, 2009.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. **Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário**. Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, v.2, n.2, p.320-329, maio/ago. 2012.

GOLDWASSER, R. S.; LOBO, M. S. C.; ARRUDA, E. F.; ANGELO, S. A.; RIBEIRO, ECO.; SILVA J. R. L. **Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo**. Rev Bras Ter Intensiva. 30(3): 347-35. Rio de Janeiro 2018.

GOMES, L. L.; VOLPE, F. M.; **O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG**. Rev Med;28 (Supl 5): e-S28051. Minas Gerais, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br>> Acesso em: 06 de Dezembro de 2019.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M. LEITE, I. C. **Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos**. Rev Bas Epidemiologia Jul-Set 2016; 19(3): 567-581.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custo**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MOREIRA, J.; B. SOUZA, I. C. S. **Complicações mais comuns em pacientes internados em terapia intensiva.** Revista Científica Univiçosa - Volume 8- n. 1 - Viçosa - MG - Jan. - - p. 252-257, Dez. 2016.

RAMOS, M. C. A.; CRUZ, L. P.; KICHIMA, V. C.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O.; COUTTOLENC, B. F. **Avaliação de desempenho dos hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil.** Prática de Saúde Pública • Rev. Saúde Pública 49 31 Jul 2015.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; BARBOSA, A. C. Q.; AMARAL, PV.; THUNÉ, E.; ROCHA, J. V.; ALVARES, J. V.; FACHINNI, L. A. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados.** Temas Livres • Ciênc. saúde colet. 23, Jan. 2018.

SANTOS, CMC.; PIMENTA, CAM.; NOBRE, MRC. **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.** Rev Latino Am. Enfermagem Latino 15 n° 3 Ribeirão Preto June 2007.

SANTOS, A. C. **Custo com assistência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital público de nível terciário, Distrito Federal, 2008.** Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação de Ciências da Saúde. Brasília, 2009.

SILVA, ACC. **Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros no SUS: O caso da Prefeitura de Campos dos Goytacazes.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. Rio de Janeiro, 2018.

SILVA ACC, SCHUTZ V. **Auditoria de contas em saúde: análise das glosas e suas justificativas no Home Care.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 47: e2975.

ZULIANI, L. L.; JERICÓ, M. C.; CASTRO, L.C.; SOLER, Z. A. S. G.; **Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva.** Rev Bras Enferm, nov-dez; 65(6): 969-76. Brasília 2012.

CAPÍTULO 7

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ALEITAMENTO MATERNO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 21/09/2020

Amanda Martins

Santa Casa de Misericórdia de Bandeirantes
Bandeirantes - PR
<http://lattes.cnpq.br/3610865443631356>

Tatiane Silva Guilherme

Santa Casa de Misericórdia de Bandeirantes
Bandeirantes - PR
<http://lattes.cnpq.br/2702119244166986>

Fernanda de Jesus Teixeira

Santa Casa de Misericórdia de Bandeirantes
Bandeirantes - PR
<https://orcid.org/0000-0003-1982-8521>

Kelly Holanda Prezotto

Universidade Estadual Centro-Oeste
(UNICENTRO)
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0001-9432-6965>

Carolina Fordellone Rosa Cruz

Universidade Estadual do Norte do Paraná
(UENP)
Bandeirantes, PR, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8936-9191>

RESUMO: *Objetivos:* analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem em relação ao aleitamento materno exclusivo, principais dificuldades encontradas no momento das orientações e fatores que contribuem para o desmame precoce. *Métodos:* estudo transversal

com base em dados primários. A pesquisa incluiu todos os profissionais de Enfermagem atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e Santa Casa de Misericórdia do Município de Bandeirantes, Paraná. As entrevistas foram realizadas de junho a agosto de 2018 através de um formulário aplicado individualmente após consentimento e assinatura do participante. O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes e pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Norte do Paraná. *Resultados:* a maioria dos entrevistados são enfermeiros (48%), com mais de cinco anos de formação profissional (76%), com idade predominante de 30 a 40 anos (38,09%). Aproximadamente 52,38% dos profissionais consideram ter um bom conhecimento sobre aleitamento materno e 95,24% negam a existência de leite fraco. Observou-se que em casos de mastite 57,14% orientam a manutenção do aleitamento. *Conclusões:* Os profissionais destacam a falta de interesse da mãe como principal dificuldade durante a orientação. A falta de informação, leite fraco e/ou falta de leite, medo, dor, problemas mamários, dificuldade na pega e necessidade da mãe trabalhar foram as principais causas do desmame precoce citadas. **PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno, Enfermagem, Desmame precoce.

INFORMATION OF NURSING
PROFESSIONALS AGAINST
BREASTFEEDING IN A MUNICIPALITY OF
SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: Objectives: To analyze the nursing

professionals' knowledge regarding exclusive breastfeeding, the main difficulties encountered at the time of the guidelines and factors that contribute to early weaning. Methods: a cross-sectional study based on primary data. The research included all Nursing professionals working in the Basic Health Units and Santa Casa de Misericórdia in the Municipality of Bandeirantes, Paraná. The interviews were conducted from June to August of 2018 through a form applied individually after consent and signature of the participant. The project was authorized by the Municipal Health Department of Bandeirantes and the ethics committee of the State University of Northern Paraná. Results: Most of the interviewees are nurses (48%), with more than five years of professional training (76%), with a predominant age of 30 to 40 years (38.09%). Approximately 52.38% of professionals consider having a good knowledge about breastfeeding and 95.24% deny the existence of weak milk. It was observed that in cases of mastitis, 57.14% are oriented towards maintaining breastfeeding. Conclusions: The professionals highlight the mother's lack of interest as the main difficulty during orientation. Lack of information, weak milk and / or lack of milk, fear, pain, breast problems, difficulty in taking and mother's need to work were the main causes of early weaning cited.

KEYWORDS: Breastfeeding, Nursing, Early weaning.

INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento que contém maior número de nutrientes e vitaminas que são primordiais para o recém-nascido (RN). O Ministério da saúde e Organização mundial da saúde (OMS), recomendam que o bebê seja amamentado exclusivamente até os seis meses de vida e que a amamentação continue até os dois anos ou mais com a introdução de alimentos semi sólidos e saudáveis em tempo oportuno, resultando em inúmeros benefícios para a criança em todas as etapas da vida (BRASIL, 2015).

O aleitamento materno é benefício para o binômio mãe-filho. Promove para a mãe menor risco de desenvolvimento de câncer de mama e ovário, menor risco de hemorragias, emagrecimento rápido e preveni uma nova gestação, atuando como um ótimo contraceptivo (BRASIL, 2015; FARIA e WISNIEWSKI, 2015).

A amamentação contribui para imunidade da criança, diminuindo o risco de infecções, doenças respiratórias, diarreia, risco de alergias, risco de hipertensão, reduz a chance de obesidade, melhora o desenvolvimento da cavidade bucal e o desenvolvimento cognitivo e emocional. Além de promover um maior vínculo entre mãe e filho (JESUS et al., 2017; BRASIL, 2015; RIETH E COIMBRA, 2016; FARIA e WISNIEWSKI, 2015).

Apesar das diversas vantagens da amamentação serem comprovadas, a prevalência até o sexto mês de vida ainda não atinge 40% em nível mundial. O Brasil tem um percentual de 41% de prevalência de AME em menores de seis meses

(PRADO et al.,2016).

O desmame precoce pode ser influenciado por diversos fatores, sendo eles biológicos, histórico-culturais, econômico-sociais e psíquicos. Portanto compete ao profissional de Enfermagem desenvolver diversas estratégias para conscientização de gestantes e puérperas, acolhendo-as, compreendendo-as, respeitando-as e fornecendo as nutrizes orientações necessárias de acordo com o surgimento de dúvidas (PRADO et al.,2016).

Para oferecer suporte às nutrizes é de suma importância que o profissional de Enfermagem esteja capacitado para atender a população, incentivando e promovendo do aleitamento materno exclusivo (AME) desde as consultas de pré-natal, parto e visitas puerperais (SILVA et al., 2017).

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem em relação ao aleitamento materno exclusivo, abordando as principais dificuldades encontradas no momento das orientações e fatores que contribuem para o desmame precoce segundo os profissionais.

MÉTODO

Estudo transversal com uma abordagem quantitativa, baseada em dados primários. A pesquisa foi realizada em Bandeirantes, o município está localizado no norte do Paraná, região Sul do Brasil. Segundo o IBGE, em 2018 foi estimada uma população de 31.526 habitantes. De acordo com o último censo realizado no ano de 2010 totalizou 32.184 habitantes (IBGE, 2018).

Foram utilizados como critérios de inclusão todos os profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que estavam atuando nas Unidades Básicas de Saúde de (UBS) do município de Bandeirantes-PR e na Santa Casa de Misericórdia de Bandeirantes – PR. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença maternidade, licença-saúde e/ou não aceitaram participar.

As informações referentes aos números de funcionários e localização das UBS foram disponibilizadas pela Enfermeira Coordenadora das UBS do Município. Em seguida, a pesquisadora se deslocou até as UBS e aplicou um questionário no próprio local de trabalho dos participantes. A coleta ocorreu nos meses de junho e agosto de 2018 e antes do preenchimento os profissionais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A população total foi composta por 29 profissionais de Enfermagem, sendo 16 técnicos de enfermagem, 10 enfermeiros e 3 auxiliares de enfermagem vinculados a Secretaria Municipal de Saúde e Santa Casa de Misericórdia do Município de Bandeirantes-PR. No entanto foi composta por 21 profissionais,

sendo 10 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem e 3 de auxiliares. Em relação aos demais profissionais 5 se recusaram a participar da pesquisa, 1 estava de licença maternidade e 2 afastados por motivo de licença-saúde.

O banco de dados foi elaborado a partir de uma planilha no Excel 2016 para o estudo das variáveis e foram analisadas as seguintes informações.

Perfil socioeconômico: Idade dos profissionais, sexo, escolaridade, ocupação/profissão, estado civil, renda familiar em salários mínimos e número de dependentes, tempo de profissão e unidade de trabalho.

Conhecimento dos profissionais sobre o aleitamento materno: Como considera o seu conhecimento sobre o aleitamento materno? Existe Leite fraco? Você acha importante falar sobre amamentação? Estimula o aleitamento materno? Orienta a mãe fornecer o leite artificial? Quantas horas após o parto é recomendado iniciar a amamentação? O aleitamento até 6 meses é benefício para o binômio mãe e filho? Quais são os benefícios do colostro para o recém-nascido? Orienta prevenir e tratar intercorrências mamárias? Orienta a manutenção da amamentação em caso de mastite? Recebeu alguma capacitação sobre aleitamento materno? Dificuldades encontradas pelos profissionais e motivos do desmame precoce: Quais são as principais dificuldades durante as orientações? Quais são as principais orientações realizadas nas visitas? Quais os fatores que contribuem para o desmame precoce? Quais são as principais intercorrências mamárias? Quais são as orientações de prevenção e tratamento para intercorrências mamárias?

O projeto foi submetido e autorizado pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP e aprovado com o seguinte número CAAE: 68864417.6.0000.8123.

RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos nessa pesquisa pode-se perceber que a maioria dos entrevistados são enfermeiros (48%), seguido de técnicos de enfermagem (38%) (Figura 1).

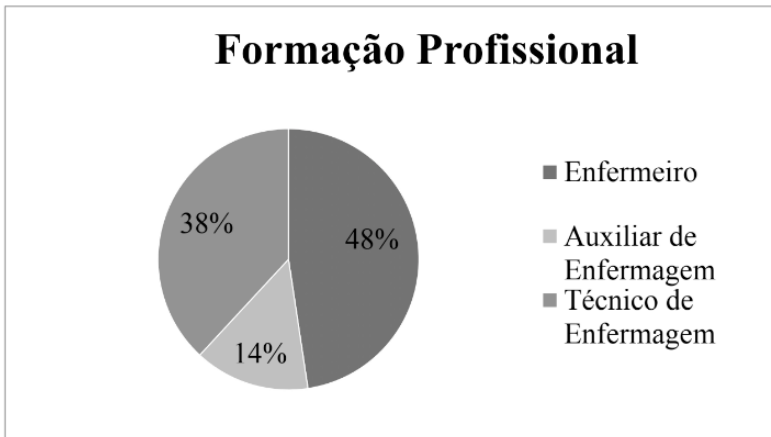


Figura 1 – Perfil profissional dos entrevistados. Bandeirantes, Paraná, 2018.

O tempo de formação predominante neste estudo foram de cinco a 10 anos de serviço (38%) e maior que 10 anos de serviço (38%) (Figura 2).

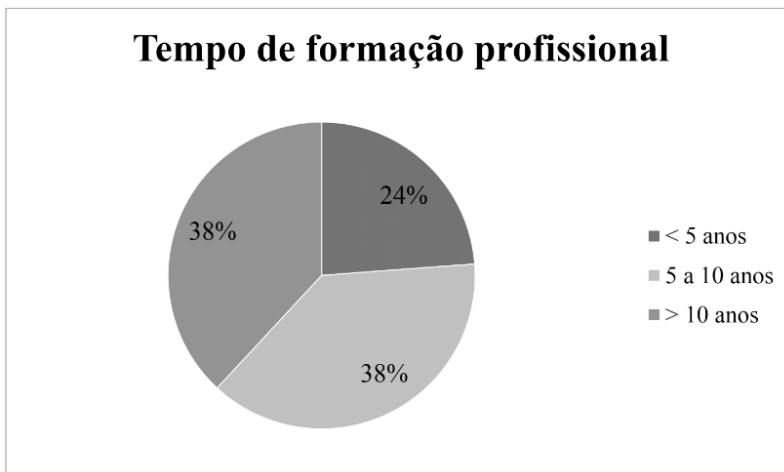


Figura 2 – Tempo de formação profissional. Bandeirantes, Paraná, 2018.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das variáveis socioeconômicas e de acordo com os dados pode-se perceber que as idades predominantes foram de 30 a 40 anos, totalizando 38,09% (8), seguido de 41 a 50 anos, totalizando 28,07% (6). Ao que diz respeito ao estado civil 42,86% (9) eram solteiros. A renda familiar prevalente foi de um a quatro salários mínimos, no qual, totalizou 80,96% (17). E a maioria dos profissionais possuíam apenas um filho 52,38% (11).

Variáveis	Nº	%
Idade		
< 30	03	14,29
30 a 40	08	38,09
41 a 50	06	28,57
> 50	04	19,05
Estado Civil		
Solteira	09	42,86
Casada	08	38,09
Amasiada	01	04,76
Renda Familiar (SM)		
< 1 salário mínimo	02	09,52
1 a 4 salários mínimos	17	80,96
> 4	02	09,52
Número de Filhos		
Não possui filhos	03	14,29
1 filho	11	52,38
>1 filho	07	33,33
Total	21	100,00

Tabela 1 – Distribuição das variáveis socioeconômicas segundo idade, estado civil, renda familiar e número de filhos. Bandeirantes, Paraná, 2018.

Os dados descritos na Tabela 2 referem-se ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o aleitamento materno. A maioria dos profissionais consideram ter um bom conhecimento 52,38% (11) e 95,24% (20) negam a existência de leite fraco. Todos os profissionais 100% (21) acreditam na importância do aleitamento materno incentivando as mulheres amamentarem antes da primeira hora após o parto. E 76,19% (16) referiram não ofertar leite artificial ao recém-nascido. Dos entrevistados 38,09% (8) afirmaram que o leite materno fortalece o sistema imunológico do bebê. Quanto a prevenção e ao tratamento das intercorrências mamárias 80,95% (17) referem realizar orientações. Observou-se que em casos de mastite 57,14% (12) orientam a manutenção do aleitamento.

Variáveis	Nº	%
Como considera o seu conhecimento sobre o aleitamento materno		
Ruim	00	00,00
Regular	06	28,57
Bom	11	52,38
Ótimo	03	14,29
Excelente	01	04,76
Existe leite fraco		
Sim	01	04,76
Não	20	95,24
Você acha importante falar sobre amamentação		
Sim	21	100,00
Estimula o aleitamento materno		
Sim	21	100,00
Orienta a mãe fornecer o leite artificial		
Sim	05	23,81
Não	16	76,19
Recomenda iniciar a amamentação		
<1 hora	21	100,00
O aleitamento até 6 meses é benefício para o binômio mãe e filho		
Sim	21	100,00
Quais são os benefícios do colostro para o recém-nascido		
Fortalece o sistema imunológico do bebê	08	38,09
Vitaminas e nutrientes para o Bebê	03	14,29
Nutrição, saúde e proteção	06	28,57
Promove nutrição do bebê e vínculo com a mãe	01	04,76
Não sabe	03	14,29
Orienta prevenir e tratar problemas com aleitamento materno		
Sim	17	80,95
Não	04	19,05
Orienta a manutenção da amamentação em caso de mastite		
Sim	12	57,14
Não	09	42,86
Recebeu capacitação sobre aleitamento materno		
Sim	05	23,81
Não	16	76,19
Total	21	100,00

Tabela 2 - Conhecimento sobre o aleitamento materno pelos profissionais entrevistados. Bandeirantes, Paraná, 2018.

Os dados descritos abaixo no Quadro 1 referem-se as principais dificuldades

encontradas pelos profissionais durante as orientações e os motivos destacados por eles em relação ao desmame precoce. Os profissionais foram questionados em relação aos fatores que encontram durante as orientações realizadas. Foi destacado que 28,09% dos profissionais alegam a falta de interesse da mãe como principal dificuldade durante a orientação. Quando questionadas sobre quais orientações eram fornecidas às mães no momento da orientação, técnica de pega correta e amamentação, cuidados com as mamas, cuidado com coto umbilical, incentivo do AME obteve-se um total 28,59%. A falta de informações, leite fraco e/ou falta de leite, medo, dor, problemas mamários, dificuldade na pega e necessidade da mãe trabalhar foram as principais causas do desmame precoce totalizando 23,82%. As principais intercorrências mamárias relatadas foram às fissuras, pega incorreta e cansaço (9,52%), fissuras, pega incorreta e mastite (9,52%), fissuras, sangramento e características da mama (9,52%), fissuras, pega incorreta e falta de informação (9,52%). No que se refere aos cuidados, tratamento e prevenção de intercorrências mamárias frisam ensinar a pega correta, realizar ordenha manual, amamentar a livre demanda e revezar as mamas na amamentação (14,29%) e procurar a unidade de saúde para solucionar o problema (14,29%).

Variáveis	Nº	%
Quais são as principais dificuldades durante as orientações		
Falta de interesse das mães e o número elevado de pacientes	01	04,76
Falta de conhecimento, falta de interesse das mães, falta de tempo, múltiplas tarefas, número reduzido de profissionais e número elevado de pacientes	01	04,76
Falta de conhecimento e falta de tempo	01	04,76
Falta de conhecimento do profissional	01	04,76
Falta de conhecimento e falta de interesse das mães	03	14,29
Múltiplas tarefas, número reduzido de profissionais e número elevado de pacientes	01	04,76
Falta de interesse das mães	06	28,59
Falta de conhecimento, falta de interesse das mães e falta de tempo	01	04,76
Falta de conhecimento, falta de profissionais e número elevado de profissionais	01	04,76
Falta de interesse das mães e número reduzido de profissionais	02	09,52
Falta de conhecimento, falta de interesse das mães, número reduzido de profissionais e número elevado de pacientes	01	04,76
Falta de conhecimento, falta de interesse das mães, número reduzido de profissionais	01	04,76
Falta de conhecimento, falta de interesse das mães, falta de tempo, múltiplas tarefas, número reduzido de profissionais	01	04,76

Quais são as principais orientações realizadas nas visitas

Técnicas de pega correta e amamentação, cuidados com as mamas e incentivo ao AME	01	04,76
Técnica de pega correta e amamentação, cuidados com o coto umbilical e sinais de hipoglicemia	01	04,76
Técnica de pega correta e amamentação	02	09,52
Técnica de pega correta e amamentação, cuidados com o coto umbilical e cuidado com as mamas	03	09,52
Técnica de pega correta e amamentação, cuidados com o coto umbilical	02	09,52
Técnica de pega correta e amamentação, cuidado com as mamas, cuidados com o coto umbilical, orientada a tomar banho de sol, verifico: lóquios, incisão cirúrgica e episiotomia	01	04,76
cuidados com o coto umbilical	02	09,52
Técnica de pega correta e amamentação, cuidados com as mamas, cuidado com coto umbilical e incentivo do AME	06	28,59
Técnica de pega correta e amamentação, cuidados com as mamas, cuidado com coto umbilical, incentivo do AME e cuidados com os pontos de episiotomia ou cesárea	01	04,76
Não realizam visitas	02	09,52

Fatores que contribuem para o desmame precoce

Falta de informações, leite fraco e/ou falta de leite, medo, dor, problemas mamários, dificuldade na pega e a necessidade da mãe trabalhar	05	23,82
Uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas e a necessidade da mãe trabalhar	02	09,52
Medo, dor, uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas e desinteresse das mães	03	14,29
Falta de informações, medo, dor, problemas mamários, dificuldade na pega, demora na descida do leite, necessidade da mãe trabalhar e uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas	03	14,29
Leite fraco e/ou falta de leite, falta de apoio e a necessidade da mãe trabalhar	02	09,52
Uso de fórmulas lácteas e chupetas	02	09,52
Medo, dor, uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas	01	04,76
Medo e a necessidade da mãe trabalhar	02	09,52
Falta de informações, dor, falta de apoio, uso precoce de fórmulas lácteas e chupetas, necessidade da mãe trabalhar, medo, dificuldade na pega, leite fraco e/ou falta de leite, problemas mamários e a demora na descida do leite	01	04,76

Quais são os principais problemas com o aleitamento materno

Fissuras, pega incorreta e cansaço	02	09,52
Pega incorreta, fissuras e mastite	01	04,76
Mitos, complicações nas próprias mamas, dor, fissura, demora na descida do leite, bebês que choram demais, pega incorreta	01	04,76
Característica das mamas e fissuras	02	09,52
Pega incorreta, fissuras, e o uso de chupetas	01	04,76
Fissuras, mastite e a falta de informação	01	04,76
Paciência da mãe, necessidade da mãe trabalhar, fissuras e pega incorreta	01	04,76

Pega incorreta, fissuras, falta de informação as a demora do tempo que leva a descida do leite	01	04,76
Pega incorreta, falta de informação e fissura	02	09,52
Não realizam orientações	07	33,36
Quais são as orientações de prevenção e tratamento para problemas com o aleitamento materno		
Banho de sol, passar o próprio leite nas fissuras e fazer ordenha para ingurgitamento	02	09,52
Ordenha manual, posição e pega correta	01	04,76
Banho de sol, hidratar com óleo de amêndoas e secar bem os mamilos	01	04,76
Hidratação com o próprio leite nas fissuras, em caso de mastite consultar o médico para proteção adequada, e para ingurgitamento compressas frias	01	04,76
Pega correta	01	04,76
Posição e pega correta, manter as mamas secas e limpas, evitar o uso de produtos como: cremes e sabonetes e realizar ordenha para diminuir ingurgitamento	01	04,76
Pega correta, ordenha, amamentar a livre demanda e revezar as mamas na amamentação	03	14,29
Procurar a unidade	03	14,29
Expor as mamas, fazer massagem com buchas caseiras, limpar as mamas antes da amamentação e cobrir com leite após a amamentação	01	04,76
Não realizam orientações	07	33,34
Total	21	100,00

Quadro 1 – Principais dificuldades encontradas pelos profissionais durante as orientações e os motivos destacados por eles em relação ao desmame precoce. Bandeirantes. Paraná, 2018.

DISCUSSÃO

A formação profissional predominante no presente estudo foi enfermeiro (48%). De acordo com um estudo realizado em 2011 em uma maternidade pública de Teresina, Estado do Piauí com o objetivo de investigar os problemas relacionados ao aleitamento, e realizado com dez membros da equipe de enfermagem pode-se notar que 40% dos entrevistados eram enfermeiros, dados que vão de acordo com o presente estudo (FILHO et al.,2011).

O enfermeiro atua na prevenção, reabilitação e recuperação da saúde do paciente. Durante o pré-natal, parto e puerpério cabe ao enfermeiro influenciar de forma positiva o aleitamento materno exclusivo, estimulando e ensinando a lactente à pega correta do bebê, fornecendo informações sobre as possíveis intercorrências mamárias durante a lactação e desta forma evitar o desmame precoce (FILHO et al.,2011; BRASIL, 2009).

De acordo com o levantamento de dados neste estudo 76% dos entrevistados

possuem mais de cinco anos de serviço. Jesus, Oliveira e Moraes, (2015) mostram dados diferentes em sua pesquisa, onde foi realizado um estudo transversal em 15 hospitais com mais de 1000 partos/ano do município do Rio de Janeiro, para verificar a associação entre capacitação em aleitamento materno e conhecimentos, habilidades e práticas profissionais. De acordo com esses autores 56,7% dos profissionais de saúde entrevistados tinham de seis meses a nove anos de trabalho (JESUS et al., 2017).

O profissional de enfermagem no decorrer dos anos de trabalho, geralmente possui uma maior habilidade para o serviço, aumentando assim suas responsabilidades. E devido à alta demanda de pacientes em muitas instituições de saúde, os profissionais de enfermagem, por muitas vezes acabam trabalhando sob estresse e enfrentando uma sobrecarga de trabalho. (PROCHNOW et al., 2013).

Levando em conta esses fatores, o profissional necessita de aprimoramento de seus conhecimentos, para que assim detecte as intercorrências do aleitamento de forma rápida e consiga orientar a mãe com maior segurança e facilidade (BRASIL, 2015).

A faixa etária predominante no presente estudo foi de 30 a 40 anos (38,09%). Foram encontrados dados coincidentes em uma pesquisa realizada em 2012 a respeito das práticas de promoção ao aleitamento materno desenvolvida com 85 profissionais de enfermagem do município de Uberaba, Minas Gerais, pertencentes à Estratégia de Saúde da Família. Constatando-se que (34,2%) possuíam idade entre 22 a 55 anos (FLORENCIO et al., 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem dispõe sobre a reforma da previdência proposta pela PEC 287/2016. “Reforma de quarenta e nove anos de tempo de contribuição para ter acesso à aposentadoria por média de contribuições, aumento de tempo mínimo de quinze para vinte e cinco anos nas aposentadorias por idade e elevação da idade para o recebimento do benefício assistencial para setenta anos, podem tornar as exigências inalcançáveis para grande parte dos trabalhadores da área de enfermagem, tal profissão que expõe aos trabalhadores a riscos biológicos, longas jornadas de trabalho em pé, execuções que exigem habilidades técnicas e vigor físico” (COFEN, 2017).

Ao considerar que os trabalhadores permanecem por mais tempo no mercado, é necessário que medidas de atenção à saúde sejam implementadas. Buscando um envelhecimento ativo destes profissionais e a manutenção da capacidade de trabalho (PROCHNOW et al., 2013).

Na variável estado civil observou-se que 42,86% (9) dos profissionais entrevistados eram solteiros. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no ano de 2009, no município de Coimbra – MG, que abordou o significado do aleitamento materno para profissionais (médicos, enfermeiros e

agentes comunitários de saúde) atuantes em um PSF e constatou-se que 52,09% dos profissionais eram solteiros (MARQUES et al., 2009).

O atual estudo mostra que 52,38 % (11) dos profissionais possuíam um filho. Dados divergentes foram mostrados em um estudo realizado em Uberaba, no qual, 50,6% dos participantes não possuíam filhos (MACHADO et al., 2012).

Embora a maioria dos entrevistados tenham relatado possuir filhos e já ter vivenciado a experiência e a prática da amamentação, o conhecimento de alguns profissionais entrevistados sobre essa temática ainda era insuficiente.

Grande parte dos entrevistados 95,24% (20) afirmaram não existir leite fraco. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Hospital Universitário do Vale do Paraíba (SP) no ano de 2014 com o objetivo de verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno, onde 94% dos entrevistados relataram não existir leite fraco (MAGALHÃES e RODRIGUES, 2014). O leite materno é o alimento de maior valor nutritivo para o bebê, sendo ele fonte de vitaminas, gorduras e nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança já provado cientificamente sua superioridade em comparação a outros leites (JESUS et al., 2017; BRASIL, 2015; FARIA e WISNIEWSKI, 2015; BRASIL, 2018).

Todos os participantes (100%) afirmam conhecer a importância do aleitamento e relatam incentivar o aleitamento materno exclusivo. Informações que vão de encontro com a atual pesquisa foram observadas em um estudo realizado no Piauí, através do relato de enfermeiras que afirmam sua importância e incentivam a amamentação (FILHO et al., 2011).

Através do acompanhamento com as gestantes, os profissionais de saúde devem ter em mente que além das orientações sobre o manejo no momento da amamentação, devem esclarecer as dúvidas destas, compreendendo sua vivência social e experiência pessoal respeitando-as, abordando-as de forma clara e respeitosa (FILHO et al., 2011; BRASIL, 2009).

Neste atual estudo 76,19% (16) não orientam a lactante a oferecer leite artificial em momento algum. Resultados semelhantes foram apresentados em uma pesquisa realizada em Cuiabá – MT no ano de 2015 para analisar a atuação do enfermeiro frente ao desmame precoce as enfermeiras que realizavam consultas de enfermagem nas ESF também desaconselham o uso de leite artificial devido aos seus males (MONTESCHIO ET AL., 2015).

Em relação ao tempo recomendado para iniciar a amamentação 100% das entrevistadas destacam que se deve ser iniciada em até uma hora de vida do bebê. O ministério da saúde diz que o aleitamento deve ser iniciado a partir do nascimento, podendo ser desde a sala de parto, sendo aconselhada na primeira hora de vida a livre demanda. A criança amamentada a partir do nascimento tem um

fator de proteção contra o óbito neonatal. Sendo estimado em 2015 que 13% dos óbitos em crianças menores de cinco anos poderiam ser evitados através do AME, compreendendo que nenhuma outra estratégia causa tanto impacto quanto o leite materno (BRASIL, 2015).

O AME até 6 meses de vida é incentivado por 100% dos profissionais entrevistados. Dados que coincidem com um estudo realizado em Goiânia – GO, o qual analisa a atuação do enfermeiro na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno realizada em 2004, contando com 21 enfermeiras de três maternidades públicas mostrando que mais de 80% das entrevistadas preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade (ALMEIDA et al., 2004).

Sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida 100% das entrevistadas afirmou ser benéfico para o binômio mãe-filho. Contribuindo para o bebê na redução de risco de óbitos neonatais, infecções respiratórias, risco de alergias, episódios de diarreia, melhor desenvolvimento cognitivo e na cavidade bucal (BRASIL, 2015).

Para a nutriz contribui reduzindo o risco de câncer de mama, câncer de ovário e de útero, agindo como um contraceptivo natural, diminuindo o risco de sofrer com doenças coronarianas, doenças metabólicas, osteoporose, fratura de quadril, artrite reumatoide e depressão pós-parto. Em relação ao benefício binômio destaca-se o menor risco de desenvolver diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidade e hipertensão (BRASIL, 2015).

No presente estudo, nota-se que 38,09% relataram que o leite materno fortalece o sistema imunológico do bebê e 28,57% contribui para nutrição, saúde e proteção para o bebê. Uma pesquisa desenvolvida em 2014 no município de Itapetinga-Bahia com oito enfermeiras com o intuito de analisar o conhecimento de enfermeiras sobre as vantagens da amamentação para a família, no qual, foi possível observar que a maioria das entrevistadas destacaram os benefícios da amamentação como a proteção e estimulação do sistema imunológico, prevenção de infecções respiratórias, diarreia, desnutrição e futuras internações. Contribuindo com a mãe prevenindo câncer de mama e útero e fazendo com que o útero retorne ao normal mais rápido (DIAS et al., 2016).

O colostro é o leite mais importante produzido pela nutriz tendo como composição anticorpos, grande quantidade de proteína, vitaminas, água, e menor quantidade de gorduras em comparação ao leite maduro. Este pode ser produzido até o sétimo dia de lactação apresentando coloração amarelada sendo indispensável para o recém-nascido. Após este período o leite passa ser denominado leite de transição que pode durar até 15 dias após o parto apresentando coloração esbranquiçada com uma concentração maior de vitaminas e gorduras, em seguida o leite é denominado maduro, possuindo seu valor nutricional e volume adequado

para a necessidade do bebê (BRASIL, 2015).

A maioria dos profissionais entrevistados neste estudo (80,95%) afirmam atuar na prevenção e tratamento das intercorrências da amamentação. No entanto quando questionados sobre quais orientações realizavam 33,36% não souberam responder. O ministério da saúde aconselha que o profissional apoie a lactente, informando-a sobre a importância da amamentação exclusiva, desestimulando a introdução de outros alimentos até os seis meses da criança (BRASIL, 2015; BRASIL, 2009).

Em relação à mastite (57,14%) 12 dos entrevistados relataram incentivar a mãe continuar amamentando. Resultado que vai de encontro com a pesquisa foram mostrados em um estudo realizado em Teresina, onde o profissional influencia a manutenção da amamentação e suspenda temporariamente apenas em casos de presença de pus (FILHO et al., 2011). Algumas ações podem contribuir para o desmame precoce, uma delas é a mastite, causada pela estagnação do leite materno, aumentando a pressão intraductal. A predisposição para mastite inclui mamadas com horários regulares, redução no número de mamadas, longo período de sono do bebê, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, criança com sucção fraca e produção excessiva de leite. Sendo evitável através das orientações de qualidade do profissional de enfermagem (BRASIL, 2015).

Em relação à capacitação profissional 76,19% (16) dos entrevistados afirmaram nunca ter participado de nenhuma capacitação sobre aleitamento materno. Dados divergentes são observados nos estudos de Jesus, Oliveira e Moraes, (2015) e de Fonseca-Machado et al, (2012), no qual, mais de 80% dos entrevistados referiram já ter participado de pelo menos uma capacitação. Outro estudo realizado por Magalhães e Rodrigues (2014) também não condiz com a atual pesquisa, pois 58% dos profissionais afirmaram ter participado de cursos sobre aleitamento (MAGALHÃES e RODRIGUES, 2014; JESUS et al., 2017; MACHADO et al., 2012).

A capacitação é essencial para o educador, não só em relação ao aleitamento materno. Em geral o profissional de saúde necessita sempre aprimorar seus conhecimentos a fim de promover uma qualidade melhor em seu serviço, devido à mudança constante do conhecimento na área da saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Todo profissional de saúde deveria estar apto para realizar orientações sobre amamentação. A portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O Art. 21 destaca: “O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde

no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde, articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS”. Objetivando melhorias da qualidade do processo de trabalho (BRASIL, 2007).

A falta de interesse das mães em relação ao conhecimento sobre a amamentação no momento das orientações foi relatada por 58,09% dos entrevistados. Uma pesquisa desenvolvida em 2008, para identificar as vantagens do aleitamento materno e as causas de desmame precoce segundo a percepção de mães e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Teixeiras - Minas Gerais, averiguou que o desinteresse materno em relação a amamentação foi considerado o terceiro motivo do desmame precoce (15%) segundo os profissionais entrevistados, ficando atrás somente de quantidade de leite (48%) e desinformação (16%) (AZEREDO et al., 2008).

Observa-se que os motivos que levam a nutriz a interromper a amamentação são um conjunto de intercorrências, onde o profissional deve atuar com várias estratégias para que a mãe persista na amamentação (AZEREDO et al., 2008). Em relação ao desinteresse da mãe, o profissional pode atuar de forma criativa, formando grupos de gestante, para complementar o atendimento, permitindo a proximidade da gestante com o profissional, esclarecendo dúvidas e angústias, utilizando quadros, fotos, abordando as dificuldades de forma simples e de fácil compreensão (FRIGO et al., 2012). A prevenção das intercorrências mamárias é essencial para evitar que as nutrizas sofram com o ato de amamentar (BRASIL, 2015).

Com relação às orientações realizadas às mulheres durante as visitas domiciliares 28,09% fizeram orientações sobre a técnica de pega correta, cuidados com as mamas, cuidado com coto umbilical e incentivam o AME. Em dados coletados a partir de um estudo sobre manejo e benefícios da amamentação em 2015 no município de Niterói, foram entrevistados 59 enfermeiros atuantes de uma maternidade pública, os quais trouxeram depoimentos semelhantes quanto às orientações fornecidas às mães (AZEVEDO et al., 2015).

A mãe precisa ser orientada deste o pré-natal, podendo ser através de grupos de gestantes, palestras, oficinas, folders e consultas. No pós-parto pode ser através da consulta puerperal e de visitas domiciliares contribuindo na interação da família, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança e avaliando a recuperação da puérpera (BRASIL, 2015). O puerpério se trata de uma fase que gera insegurança a mulher, principalmente primíparas. É importante que o profissional se sensibilize neste momento e através das visitas domiciliares identifique quais são as necessidades destas mulheres (MEDEIROS e COSTA, 2016).

Verificou-se no atual estudo que 23,82% (5) dos profissionais consideram que

a falta de informação, leite fraco/ou falta de leite, medo, dor, problemas mamários, dificuldade na pega e necessidade da mãe trabalhar são os fatores que influenciam no desmame precoce. Em um estudo realizado em Teresina – PI foi mostrado que a maioria dos profissionais relatam que as mães desistem de amamentar por sentir medo e dor, não compreenderem a importância do aleitamento, acreditando que o leite seja fraco, e assim contribuindo com o surgimento de complicações como mastite, ingurgitamento e fissuras (FILHO et al., 2011). Os profissionais podem intervir promovendo o conhecimento, reduzindo ou solucionando as intercorrências mamárias, identificando-as e proporcionando a nutriz uma amamentação efetiva (NEVES et al., 2016).

A maioria dos profissionais deste estudo (92%) afirmam realizar orientações sobre as vantagens da amamentação. A pesquisa desenvolvida por Magalhães e Rodrigues (2014) mostra dados concordantes, onde 38,09% (8) dos profissionais esclarecem que o aleitamento fortalece o sistema imunológico do bebê e oferece nutrição, saúde e proteção 28,57% (6).

O leite é composto por anticorpos (tornando-o único), proteínas, água, nutrientes essenciais e gorduras e por isso o ministério da saúde desaconselha a introdução de outros alimentos e líquidos até o sexto mês da criança. Sendo o leite materno próprio para o sistema digestório do bebê, evitando episódios de diarreia e alergias que podem surgir com a introdução precoce de outros tipos de leite e alimentos (BRASIL, 2015).

Em relação à prevenção de fissuras, dor ou ingurgitamento mamário, 80,95% (17) dos entrevistados do presente estudo relataram fazer orientações para as mães. Em outro estudo foi observado dados semelhantes sendo que 90% (45) dos profissionais afirmam orientar e ensinar as mães (MAGALHÃES e RODRIGUES, 2014).

De acordo com o ministério da saúde é essencial estimular a mulher desde o pré-natal sobre os cuidados com as mamas, desaconselhando o uso de cremes e pomadas durante a gestação e amamentação, principalmente, na aréola (aumentam a sensibilidade e favorece o aparecimento de fissuras), ensinando a pega correta do bebê desde a primeira mamada, a fim de evitar o surgimento de dores e reduzir o aparecimento de fissuras, amamentar a livre demanda e esvaziar a mama completamente, evitando o ingurgitamento e a mastite. Caso a mulher apresente fissuras, recomenda-se que seja utilizado o próprio leite materno após as mamadas (BRASIL, 2015).

Em relação aos cuidados mamários, as entrevistadas relataram fazer orientações em relação à hidratação dos mamilos com o próprio leite, limpeza correta do mamilo, realização de compressas frias, ordenha manual, posicionamento correto e banhos de sol. E em concordância com este estudo, uma pesquisa realizada no

Rio Grande do Sul, os profissionais incentivam a realização da higiene mamilar, observando a pega do bebê e analisando a presença de fissuras e sangramento (FLORENCIO et al., 2012). Entretanto a mulher pode desistir de amamentar, e esta decisão deve ser respeitada por todos os profissionais, compreendo a dificuldade da mãe, evitando julgamentos e apoiando-as em suas decisões (BRASIL, 2015).

A principal dificuldade identificada ao realizar esta pesquisa foi encontrar os profissionais de Enfermagem em seu local de trabalho com algum tempo disponível para responder ao questionário devido à demanda do serviço. Entretanto a maioria dos profissionais se mostrou disposta e comprometida a respondê-lo.

CONCLUSÃO

Através dos resultados apresentados na presente pesquisa concluiu-se que a maioria dos profissionais entrevistados são enfermeiros com mais de cinco anos de formação profissional, com idade predominante de 30 a 40 anos, solteiras e com renda familiar de um a quatro salários mínimos.

Referente ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o aleitamento materno, a grande maioria considera ter um bom conhecimento e negam a existência de leite fraco. Todos os entrevistados acreditam na importância do aleitamento materno incentivando a prática em menos de uma hora após o parto. Quanto à prevenção e tratamento das intercorrências mamárias os profissionais em sua maioria orientam a manutenção do aleitamento.

Já em relação às principais dificuldades encontradas pelos profissionais durante as orientações e os motivos citados por eles em relação ao desmame precoce, destaca-se à falta de interesse da mãe como principal dificuldade durante a orientação. A falta de informações, leite fraco e/ou falta de leite, medo, dor, problemas mamários, dificuldade na pega e necessidade da mãe trabalhar foram as principais causas do desmame precoce e quanto ao tratamento e prevenção de intercorrências mamárias os profissionais entrevistados frisam ensinar a pega correta, realizar ordenha manual, amamentar a livre demanda e revezar as mamas na amamentação e ainda procurar a unidade de saúde para solucionar o problema quando necessário.

Além da falta de interesse das mães durante as orientações observa-se que os motivos que também levam a nutriz a interromper a amamentação são um conjunto de intercorrências. Portanto para despertar o interesse das mães e tornar às orientações em relação ao Aleitamento Materno mais atrativas e evitando possíveis intercorrências mamárias sugere-se que toda a equipe de saúde e não somente o enfermeiro, trabalhe de forma multiprofissional e interdisciplinar através de mecanismos dinâmicos e lúdicos.

Para tanto se torna imprescindível a realização de educação permanente em saúde para toda a equipe da unidade de saúde. A capacitação é essencial para o educador, não só em relação à temática estudada no presente estudo. Em geral o profissional de saúde necessita sempre aprimorar seus conhecimentos a fim de promover uma qualidade melhor em seu serviço, devido à mudança constante do conhecimento na área da saúde.

Desta forma destaca-se também a importância do enfermeiro atuar na prevenção, reabilitação e recuperação da saúde da paciente durante o pré-natal, parto e puerpério de forma positiva ao aleitamento materno exclusivo, estimulando e ensinando a lactente a pega correta do bebê, fornecendo informações sobre as possíveis intercorrências mamárias durante a lactação e desta forma evitar o desmame precoce.

REFERÊNCIAS

MAGALHÃES, C.P., RODRIGUES, A.M. **Conhecimento de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em um Hospital Universitário do Vale do Paraíba (SP)**, Revista Ciências Humanas – Universidade De Taubaté (Unitau) – Brasil – Vol. 7, N. 1, 2014. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/viewFile/123/717>

JESUS, P.C., OLIVEIRA, M.I.C., MORAES, J.R. **Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas**. Ciênc. saúde coletiva vol.22 no.1 Rio de Janeiro jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100311&script=sci_abstract&tlng=pt

FILHO, M.D.S., NETO, P.N.T.G., MARTINS, M.C.C. **Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem**. Teresina PI, Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):70-5. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21114/13940>

DIAS, R.B., BOERY, R.N.S.O., VILELA, A.B.A. **Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação**. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.8 Rio de Janeiro ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000802527&lng=pt&tlng=pt

FLORENCIO, A., SAND, I.C.P.V.D., CABRAL, F.B., COLOMÉ, I.C.S., PERLINI, N.M.O.G. **Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde**. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.6 São Paulo dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342012000600006

MACHADO, M.O.F., HAAS, V.J., STEFANELLO, J., NAKANO, A.M.S., SPONHOLZ, F.G. **Aleitamento materno: conhecimento e prática**. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.4 São Paulo ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342012000400004

MARQUES, E.S., COTTA, R.M.M., FRANCESCHINI, S.C.C., BOTELHO, M.I.V, ARAÚJO, R.M.A, JUNQUEIRA, T.S. **Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa Unidade de Saúde da Família.** Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 2, abril-junho, 2009, pp. 439-455 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838223011.pdf>

AZEREDO, C.M., MAIA, T.M., ROSA, T.C.A., SILVA, F.F., CECON, P.R., COTTA, R.M.M. **Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros.** Rev. paul. pediatr. vol.26 no.4 São Paulo Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000400005

AZEVEDO, A.R.R., ALVES, V.H., SOUZA, R.M.P., RODRIGUES, D.P., BRANCO, M.B.L.R., CRUZ, A.F.N. **O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0439.pdf>.

ALMEIDA, N.A.M., FERNANDES, A.G, ARAÚJO, C.G. **Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/835/982>

MONTESCHIO, C.A.C., GAÍVA, M.A.M., MOREIRA, M.D.S. **O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança.** Rev Bras Enferm. 2015; 68(5):587-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0869.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Art. 21. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf

BRASIL. Ministério da saúde (BR). **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção Básica. 2edição.** Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.

RIETH, N.F.A., COIMBRA, L.C. Revista de Pesquisa em Saúde, **Caracterização do aleitamento materno em São Luís, Maranhão, 2016.** Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5487/3360>.

SILVA, D.S.S., OLIVEIRA, M., SOUZA, A.L.S.D., SILVA, R.M. **Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro.** Cadernos UniFOA, Volta Redonda, 2017. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/483/1286>.

PRADO, C.V.C., FABBRO, M.R.C., FERREIRA, G.I. Rede de Revistas Científicas da América Latina. **Desmame precoce na perspectiva de puérperas: Uma abordagem dialógica, 2016.** Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71446259006/>.

FARIA, S.E. WISNIEWSKI, D. **Aleitamento Materno X Desmame Precoce.** Revista Uningá Review Vol.2 (Abr – Jun 2015). Disponível em: <http://Revista.Uninga.Br/Index.Php/Uningareviews/Article/View/1624/1235>

BRASIL. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica – n.º 23, Brasília DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

OLIVEIRA, M.P.R., MENEZES, I.H.C.F., SOUSA, L.M., PEIXOTO, M.R.G. **Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária**. Revista Brasileira de Educação Médica, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>

FRIGO, L.F., SILVA, R.M., MATTOS, K.M., MANFIO, F., BOEIRA, G.S. **A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência**. Rev Epidemiol Control Infect. 2012; 2(3): 113-114. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2745-11590-1-PB.pdf>

MEDEIROS, L.S., COSTA, A.C.M. **Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão. Caxias, MA, Brasil, Rev Rene. 2016 jan-fev; 17 (1):112-9. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2622/2009>.

NEVES, B.R., SILVA, T.S., GOMES, D.R., MATTOS, M.P., MENDES, A.C.S.M., GOMES, R.G. **Intercorrências mamárias relacionadas com a amamentação: uma revisão sistemática**. Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia.,2016; 1 (2): 58-73 Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/129-525-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/129-525-1-PB%20(1).pdf)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de população estimada 2018, Bandeirantes-Paraná**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/bandeirantes/panorama>

PROCHNOW, A., MAGNAGO, T.S.B.S., URBANETTO, J.S., BECK, C.L.C., LIMA, S.B.S., GRECO, P.B.T. **Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho**. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. 2013;21(6):1298-305. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01298.pdf

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Carta aprovada por unanimidade pelo plenário do Cofen. Alerta para impacto na Saúde Coletiva e na aposentadoria dos profissionais de Enfermagem**. Conselho Federal de Enfermagem- Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-alerta-sobre-impactos-da-reforma-da-previdencia_50277.html

CAPÍTULO 8

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 ACERCA DOS CUIDADOS COM OS PÉS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 10/09/2020

Emanuelly Andreza Santos Araújo Vaz

Pós-graduanda em Terapia Intensiva pela
Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional – FATESP/UNIPÓS
Teresina - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8847387981690055>

Simone Maia da Silva

Faculdade Integral Diferencial – FACID
Teresina - Piauí
<https://orcid.org/0000-0002-2656-6198>

Dayanna da Rocha Martins

Pós-graduanda em Terapia Intensiva pela
Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional – FATESP/UNIPÓS
Pós-graduanda em Enfermagem em Nefrologia
pela Faculdade Unyleya
Teresina - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9219664690675550>

Ana Carolina Santos Cândido

Pós-graduanda em Terapia Intensiva e
Urgência e Emergência pela Faculdade de
Tecnologia e Educação Superior Profissional –
FATESP/UNIPÓS
Teresina - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/0411351094619183>

RESUMO: Objetivou-se avaliar o conhecimento e prática voltados à prevenção do pé diabético em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem

descritiva de natureza quantitativa, desenvolvida em duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos - PI, com 40 diabéticos de ambos os sexos, mediante o uso de Formulário Sociodemográfico e Clínico, Questionário de Comportamentos Essenciais com os Pés e o Questionário de Conhecimento Acerca dos Cuidados Essenciais com os Pés. Houve predominância do sexo feminino no estudo (67,5%). Sobre o conhecimento correto para o cuidado com os pés, 70% reconhecem a importância da inspeção diária dos pés, 42,5% responderam que os calçados macios e confortáveis são ideais para o uso e 90% desconheciam que os pés devem ser hidratados principalmente na região plantar, dorsal e calcanhar, com exceção entre os espaços interdigitais. Reportando a prática dos cuidados com os pés, 50% não realizavam a higiene de maneira adequada e 57,5% não inspecionavam os pés diariamente. Nos cuidados com as unhas, 92,5% desconheciam o corte correto, fazendo-o no formato redondo e/ou rente ao dedo. É necessário o desenvolvimento de estratégias educativas para sensibilizar, tanto os diabéticos quanto os profissionais de saúde, sobretudo, enfermeiros para a eficaz prevenção do pé diabético.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *Mellitus* tipo 2. Autocuidado. Pé diabético.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PEOPLE WITH DIABETES *MELLITUS* TYPE 2 ABOUT FOOT CARE

ABSTRACT: The purpose of this study was to

evaluate the knowledge and practice for the prevention of diabetic foot in patients with diabetes *mellitus* type 2. This is a cross-sectional study with a descriptive approach of quantitative nature, conducted in two units of the Family Health Strategy (FHS) of the city of Picos - PI, with 40 diabetics of both sexes, using the Sociodemographic and Clinical Form, Questionnaire of Essential Foot Behaviors and the Essential Foot Care Knowledge Questionnaire. There was a predominance of females in the study (67.5%). About the correct knowledge for foot care, 70% recognize the importance of daily foot inspection, 42.5% answered that soft and comfortable shoes are ideal for use and 90% were unaware that feet should be hydrated mainly in plantar, dorsal and heel region, except between interdigital spaces. Reporting the practice of foot care, 50% did not perform proper hygiene and 57.5% did not inspect their feet daily. In nail care, 92.5% were unaware of the correct cut, making it round and / or close to the finger. It is necessary to develop educational strategies to raise awareness, both for diabetics and health professionals, especially nurses, for the effective prevention of diabetic foot.

KEYWORDS: Diabetes *Mellitus* Type 2. Self Care. Diabetic Foot.

INTRODUÇÃO

Considerado um problema de saúde pública e de alta prevalência no mundo, o diabetes é uma doença importante que vem atingindo cada vez mais pessoas, destacando-se por seu potencial para o desenvolvimento de complicações crônicas e agudas, quando não tratada adequadamente.

Dentre os tipos de diabetes, destaca-se o Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DM2) que é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém, pode haver predomínio de um deles (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; BRASIL, 2013). O efeito do DM2 é considerável, limitando o bem-estar físico, social e econômico das pessoas acometidas.

A parcela de cooperação e compromisso no tratamento por parte da pessoa com a doença reflete o autocuidado, ação elementar para o manejo do DM2 e manutenção de sua qualidade de vida. O plano terapêutico deve ser, sempre que possível, compartilhado, incentivando a responsabilização do indivíduo com seu autocuidado e promovendo sua autonomia, bem como considerando o suporte social necessário e disponível (BRASIL, 2014).

Por ser uma doença de instalação silenciosa os pacientes estão predispostos ao desenvolvimento de diversas complicações agudas e/ou crônicas. Merecendo ênfase as complicações macrovasculares (cardiopatias, doença vascular cerebral e doença vascular periférica) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Destarte, constituem algumas das principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e motivo de preocupação crescente para as autoridades de saúde

(SANTOS *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que o mau controle glicêmico e o tempo de evolução da doença estão diretamente relacionados aos surgimentos destas complicações, sendo o pé diabético uma das mais importantes, quer pelas repercussões que tem na vida do doente, quer pelos custos socioeconômicos que lhe estão associados (NEVES *et al.*, 2013).

O pé diabético define-se como um estado fisiopatológico de base etiopatogênica neuropática, induzida pela hiperglicemia sustentada, em que, com ou sem coexistência de Doença Arterial Periférica (DAP), e com prévio traumatismo desencadeante, se produz úlceras e/ou destruição de tecidos profundos que surgem nos pés do portador de diabetes (DUARTE; GONÇALVES, 2011).

Nesse interim, salienta-se que uma ampla fração das ocorrências de amputações de membros inferiores em pessoas com DM2 é evitável e que o exame adequado dos pés pode prover melhor grau de prevenção contra as complicações que podem ocorrer, por intermédio da identificação precoce e tratamento oportuno das alterações encontradas. Além disso, é vantajoso ao paciente, uma vez que pode ser orientado quanto a alguns cuidados especiais que deve tomar, bem como lhe ser indicado tratamentos mais adequados, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do pé diabético (BRASIL, 2013).

É importante que as pessoas com diabetes conheçam as atividades de autocuidado cruciais para as decisões diárias em sua rotina, o que deve ser estimulado por todos os profissionais de saúde que atendem a esta clientela, sobretudo, o enfermeiro.

Assim, a finalidade deste estudo é avaliar o conhecimento e a prática de cuidados que visem à prevenção do pé diabético em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, em duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos – PI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva de natureza quantitativa, realizado no período de março a dezembro de 2017, em duas unidades da ESF no município de Picos-PI, escolhidas por conveniência, pois apresentavam maior número de usuários cadastrados no programa HIPERDIA.

Foram critérios de inclusão: ter diagnóstico de DM2, ter idade igual ou superior a 18 anos e ser cadastrado no HIPERDIA das unidades de saúde escolhidas para a coleta de dados. Foram excluídos aqueles que apresentaram qualquer dificuldade que inviabilizasse as respostas aos instrumentos.

Desse modo, a amostra foi constituída por 40 pessoas, e os dados foram

coletados na sala de enfermagem no momento das consultas e por meio de visitas domiciliares, no período setembro a outubro de 2017, mediante o uso de Formulário Sociodemográfico e Clínico, Questionário de Comportamentos Essenciais com os Pés e o Questionário de Conhecimento Acerca dos Cuidados Essenciais com os Pés (ROCHA, 2005) adaptado, que compreende itens relacionados ao conhecimento e à prática dos clientes diabéticos com relação ao cuidado com os pés.

O formulário é constituído de duas partes principais: a primeira consta dados para caracterização dos participantes relativos a: sexo, idade, estado civil, anos de estudo, ocupação e renda familiar e, a segunda parte do formulário por questionamentos referentes aos dados clínicos dos pacientes.

Os dados foram digitados e tabulados no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Utilizou-se a estatística descritiva e os achados foram apresentados por meio de tabelas, para que houvesse melhor compreensão deles, e analisados conforme a literatura pertinente à temática.

Esta proposta de pesquisa foi conduzida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, tendo sido aprovada em seus aspectos éticos e metodológicos, sob número de Parecer 2.247.303. Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia assinada pela pesquisadora.

RESULTADOS

Do total de entrevistados (27), 67,5% eram do sexo feminino, com idades entre 30 e 89 anos, 50% eram casados, 70% aposentados, e 77,5% possuíam renda familiar de até três salários mínimos. Durante as entrevistas, quando investigados sobre seus conhecimentos acerca dos cuidados com os pés (Tabela 1), 32,5% responderam que os pés devem ser lavados com sabão comum e 42,5% afirmaram que deve-se usar escova para esfregar os pés; 75% afirmaram que a secagem deveria ser feita passando uma toalha por entre os dedos; 90% desconheciam que os pés devem ser hidratados principalmente na região plantar, dorsal e calcanhar, com exceção entre os espaços interdigitais; 70% disseram que uma pessoa com diabetes deve examinar os pés diariamente. Nos cuidados com as unhas, 95% desconheciam o corte correto; e apenas 42,5% responderam que os calçados macios e confortáveis são ideais para o uso.

Variáveis	f	%
Deve-se lavar os pés com		
Sabão de coco	11	27,5
Sabão comum	13	32,5
Sabão neutro	10	25,0
Sabonete comum	5	12,5
Água	1	2,5
O que deve usar para esfregar os pés?		
Bucha normal	4	10,0
Bucha macia	9	22,5
Esponja	2	5,0
As próprias mãos	7	17,5
Não esfregar	1	2,5
Outro*	17	42,5
Secagem ideal dos pés		
Com uma toalha, não passando entre os dedos	3	7,5
Com uma toalha, passando entre os dedos	30	75,0
Não necessita secar	7	17,5
Deve-se passar creme hidratante		
Entre os dedos e na sola do pé	1	2,5
Em cima, na sola e no calcanhar	4	10,0
Em cima, na sola, no calcanhar e entre os dedos	35	87,5
Os pés devem ser examinados		
Diariamente	28	70,0
Semanalmente	5	12,5
Mensalmente	6	15,0
Trimestralmente	1	2,5
As unhas devem ser cortadas		
Rente ao dedo quadrada (reta)	11	27,5
Rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	23	57,5
Não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	4	10,0
Não rente ao dedo quadrada (reta)	2	5,0
O calçado que se deve usar quanto a estrutura é?		
Folgado	19	47,5
Justo	4	10,0
Macio e confortável	17	42,5
Total	40	100,0

* Refere-se a: Escova

Tabela 1. Conhecimento dos pacientes diabéticos com relação ao cuidado com os pés. Picos-PI, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à prática executada para cuidar e prevenir complicações crônicas dos pés (Tabela 2), 50% afirmaram lavar os pés diariamente; 35% secavam entre os dedos após a lavagem; 37,5% hidratavam; 42,5% examinavam os pés diariamente. Quando questionados sobre o hábito de cortar as unhas, 52,5% responderam positivamente que faziam o corte arredondado e rente ao dedo. Quanto ao tipo de calçado usado habitualmente, 35% utilizavam macio e confortável; mais da metade confirmou sempre inspecionar todos os calçados antes do uso (65%).

Variáveis	f	%
Lava os pés diariamente		
Sim	20	50,0
Às vezes	1	2,5
Só quando toma banho	19	47,5
Enxuga entre os dedos		
Sim	14	35,0
Não	21	52,5
Às vezes	5	12,5
Passa creme hidratante nos pés		
Sim	15	37,5
Não	14	35,0
Às vezes	11	27,5
Examina os pés		
Diariamente	17	42,5
Semanalmente	7	17,5
Mensalmente	3	7,5
Não examino	13	32,5
Corta as unhas		
Rente ao dedo quadrada (reta)	12	30,0
Rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	21	52,5
Não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	4	10,0
Não rente ao dedo quadrada (reta)	3	7,5
Estrutura do calçado		
Folgado	18	45,0
Apertado	1	2,5
Justo	7	17,5
Macio e confortável	14	35,0
Inspeciona os calçados		
Sim	26	65,0
Não	10	25,0
Às vezes	4	10,0
Total	40	100,0

Tabela 2. Prática dos pacientes diabéticos com relação ao cuidado com os pés. Picos-PI, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciaram que os comportamentos apresentados pelas pessoas diabéticas em relação aos cuidados essenciais com os pés acerca da lavagem com sabão neutro e bucha macia, ainda, não foram incorporados. Os comportamentos apresentados são aqueles que predispõem ao risco para o aparecimento de complicações nos pés.

Para o Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (2001), os cuidados esperados para prevenir o pé diabético constituem a lavagem dos pés diariamente com água e sabão neutro, se possível utilizando uma “bucha” macia, especialmente entre os pododáctilos; secar bem os pés, com uma toalha macia, especialmente entre os pododáctilos e hidratar os pés com creme à base de ureia, principalmente na região plantar, dorsal e calcanhar, com exceção entre os espaços interdigitais, preferencialmente três vezes ao dia, pela manhã, à tarde e à noite.

A hidratação também é um cuidado essencial para a proteção dos pés contra o ressecamento, pois evita rachaduras (MENEZES, 2013). Possivelmente, a não adesão ao uso de hidratantes para os pés por parte da amostra (35%) deve-se ao baixo poder aquisitivo e da ausência de hábito dessa prática.

Também percebeu-se que no estudo houve a predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino, o que pode ser explicado pelo fato de as mulheres terem mais cuidado com a saúde, maior percepção da doença e buscarem o serviço de saúde com mais frequência.

A respeito dos calçados, a amostra se comportou de forma satisfatória quanto à disposição de praticar o que fosse orientado para a prevenção do pé diabético. O tipo ideal para os diabéticos é calçado fechado, macio e confortável, de couro e sem costuras no seu interior, pois essas características evitam o surgimento de lesões nos pés, que associadas à infecção podem levar a amputação. (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

Por outro lado, é preciso considerar que nem sempre o conhecimento leva à mudança de atitudes do paciente frente às demandas que o tratamento impõe no cotidiano. Entretanto, os resultados evidenciados por este estudo, pôde-se verificar que a maioria das pessoas com diabetes faziam o uso de calçados adequados.

De acordo com o Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (2001), o exame dos pés da pessoa com diabetes constitui componente integral no manejo do diabetes, cuja finalidade é a prevenção e a minimização do risco para ulcerações e/ou amputações.

Ao investigar a realização do exame diário dos pés pelas pessoas diabéticas, observou-se que a conduta ainda não foi incorporada pela maioria 23 (57,5%). Constatou-se que 28 (70,0%) possuem conhecimento correto acerca deste cuidado,

sendo, portanto, um dado satisfatório.

Na literatura, encontramos que 35% dos portadores de DM2 estudados sequer examinam os pés, o que indica uma preocupante falta de autocuidado voltado para a prevenção de complicações (LAURINDO *et al.*, 2005); esses apresentam alto risco para desenvolver o pé diabético.

Outro estudo (ALMEIDA *et al.*, 2013) também refere que a maioria das pessoas diabéticas consideram importante o cuidado com os pés na prevenção de complicações, porém apenas 50% os examinam diariamente.

No que se refere ao corte de unhas, 37 (92,5%) apresentaram comportamento inadequado, com corte de unha no formato redondo e/ou rente ao dedo. Em relação a este cuidado, apenas 2 (5,0%) referiram conhecimento adequado (corte de unha quadrado e não rente ao dedo).

O corte de forma arredondada, segundo Amaral e Tavares (2009) não é recomendado, pois o corte frequente dos cantos das unhas contribui para o aparecimento de lesões devido ao encravamento ou machucado. No estudo desenvolvido por esses autores, notou-se que 70,7% das pessoas cortavam as unhas em linha reta, achado que também foi encontrado no estudo de Bragança *et al.* (2010), onde mais da metade dos participantes cortavam as unhas de maneira inadequada.

Todos os entrevistados praticam algum método a fim de cuidar e prevenir complicações crônicas nos pés, porém de forma incompleta e/ou inadequada. Tais resultados corroboram os obtidos em outros estudos aqui mencionados, os quais evidenciam um comportamento de autocuidado inadequado, apesar de os diabéticos saberem da necessidade de cuidados apropriados dos pés.

Tal desconexão entre as atitudes e a prática de autocuidados com os pés sugere a deficiência de conhecimento precedente, que pode estar relacionada à falta de acesso a informações que devem ser repassadas pelos profissionais atuantes nas unidades de ESF durante suas consultas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a prática das pessoas com diabetes acompanhados na Estratégia de Saúde da Família em relação aos cuidados essenciais com os pés, bem como o conhecimento adquirido ao longo da trajetória de convívio com a doença.

A partir dos achados, observou-se que o manejo dos pés das pessoas diabéticas é complexo, exigindo uma estreita colaboração e responsabilidade tanto das pessoas diabéticas, como do enfermeiro, a fim de identificar problemas reais e potenciais, como estratégia para evitar o desenvolvimento do pé diabético e

consequentes amputações das extremidades inferiores, possibilitando sensibilizar os indivíduos para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e mudança do estilo de vida.

Este estudo demonstrou que as pessoas com DM2 apresentam falhas na aplicação das medidas preventivas do pé diabético, tal como conhecimento, podendo incorrer em aumento do risco de complicações e incapacidades, com prejuízos para a qualidade de vida.

Destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde, sobretudo, enfermeiros a buscarem desenvolver junto do diabético, alternativas que facilitem a sua adesão aos cuidados necessários, por meio do acompanhamento periódico e contínuo. Também é necessário investigar quais são as possíveis causas para a não adesão às práticas preventivas, como a falta de conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A. *et al.* **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado.** Rev. Bras. Cir. Plást., São Paulo, v. 28, n. 1, p. 142-146, Mar. 2013.

AMARAL, A. S.; TAVARES, D. M. S. **Cuidado com os pés:** conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. Rev. Eletr. Enf., v.11, n.4, p.801-810, 2009.

BRAGANÇA, C. M. *et al.* **Avaliação das práticas preventivas do pé diabético.** J. Health Sci. Inst., v.28, n.2, p.159-163, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2014.

DUARTE, N.; GONCALVES, A. **Pé diabético.** Angiol Cir Vasc, Lisboa. v. 7, n. 2, p. 65-79, jun. 2011.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso internacional sobre pé diabético.** Direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Tradução de Ana Cláudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

LAURINDO, M. C. *et al.* **Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés.** Arq Ciênc Saúde;12(2);80-84, abr.-Jun., 2005.

MENEZES, L. C. G. **Autocuidado da pessoa com diabetes e pé em risco:** Contribuição ao cuidado clínico de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013, 144p.

NEVES, J. *et al.* **O pé diabético com infecção aguda:** tratamento no Serviço de Urgência em Portugal. *Rev. Port. Cir.*, Lisboa, n. 27, p. 19-36, Dec. 2013.

ROCHA, R. M. **Pé diabético:** fatores comportamentais para prevenção. Ribeirão Preto, 2005. 217f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

SANTOS, A. L. *et al.* **Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados:** inquérito telefônico de morbidade autorreferida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 761-770, Mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016.** 5. ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2016.

CAPÍTULO 9

DESCRIÇÃO DO PERFIL DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO NA ÁREA DESCENTRALIZADA DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE

Data de aceite: 01/12/2020

Vanuza Cosme Rodrigues

Superintendência Litoral Leste
Jaguaribe
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Limoeiro do Norte-Ceará
ID Lattes: 0251452517396428

Thalita Soares Rimes

Secretária de Saúde de Limoeiro do Norte
Limoeiro do Norte-Ceará
ID Lattes: 7951247761512913

Cristianne Soares Chaves

Superintendência Litoral Leste
Jaguaribe
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Limoeiro do Norte-Ceará
ID Lattes: 6296144405724097

Maria de Fátima Costa

Superintendência Litoral Leste
Jaguaribe
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Limoeiro do Norte-Ceará
ID Lattes: 7078428039030698

Fabiola Maria de Girão Lima

Superintendência Litoral Leste
Jaguaribe
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Limoeiro do Norte-Ceará
ID Lattes: 5013255880669468

Mere Benedita do Nascimento

Superintendência Litoral Leste
Jaguaribe
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Limoeiro do Norte-Ceará
ID Lattes: 4685969693592953

RESUMO: A raiva é uma doença infecciosa viral aguda, que acomete mamíferos, inclusive o homem. Apresenta-se como uma encefalite progressiva, com letalidade de aproximadamente cem por cento, o que a torna de alta relevância para a saúde pública. O presente estudo descreve o perfil do atendimento antirrábico da raiva na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Limoeiro do Norte-Ce, no período de 2008 a 2019. Trata-se de um estudo descritivo dos atendimentos antirrábicos humanos notificados no SINAN-NET. Coleta de dados realizada em novembro de 2019, com banco congelado em 07/11/2019, sendo descritos em gráficos, tabelas, mapas. No período de 2008 a 2019 foram registradas 15.334 notificações de atendimentos antirrábicos humanos. A maior parte das notificações teve a zona urbana como residência (59,7%), e ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos (24,0%). O sexo masculino predominou como o mais notificado, com 50,7% dos atendimentos. A espécie canina foi a mais frequente nas agressões (59,0%), seguida da felina (34,7%). As agressões por primatas não humanos, quirópteros, e raposas totalizaram 422. O tratamento indicado, observação mais vacina, prevaleceu com a maior frequência (51%), seguido de unicamente vacina (19,5%). A indicação de soro antirrábico foi adotada em (12,3%) das notificações. Conclui-se que a descrição do perfil epidemiológico da raiva na ADS de Limoeiro do Norte/CE, evidenciando as variáveis do atendimento antirrábico humano, e abordagem das ações direcionadas à vigilância da raiva animal, são importantes elementos norteadores para a recomendação de ações voltadas para a vigilância da raiva humana e

animal.

PALAVRAS-CHAVE: Raiva, doença, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT: Rabies is an acute viral infectious disease that affects mammals, including man. It presents as a progressive encephalitis, with a lethality of approximately one hundred percent, which makes it highly relevant to public health. This study describes the profile of rabies anti-rabies care in the Decentralized Health Area (ADS) of Limoeiro do Norte-Ce, in the period from 2008 to 2019. This is a descriptive study of the human anti-rabies care reported in SINAN-NET. Data collection performed in November 2019, with frozen bank on 11/07/2019, being described in graphs, tables, maps. In the period from 2008 to 2019, 15.334 notifications of human anti-rabies care were registered. Most of the notifications had the urban area as a residence (59.7%), and occurred in the age group of 20 to 39 years (24.0%). The male gender predominated as the most notified, with 50.7% of the consultations. The canine species was the most frequent in aggressions (59.0%), followed by feline (34.7%). Assaults by non-human primates, chiropterans, and foxes totaled 422. The treatment indicated, observation plus vaccine, prevailed most frequently (51%), followed by only vaccine (19.5%). The indication for anti-rabies serum was adopted in (12.3%) of the notifications. It is concluded that the description of the epidemiological profile of rabies in the ADS of Limoeiro do Norte / CE, showing the variables of human anti-rabies care, and the approach to actions directed to the surveillance of animal rabies, are important guiding elements for the recommendation of actions aimed at surveillance of human and animal rabies.

KEYWORDS: Rabies, disease, epidemiological surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença infecciosa viral aguda, que acomete mamíferos, inclusive o homem. Apresenta-se como uma encefalite progressiva, com letalidade de aproximadamente cem por cento, o que a torna de alta relevância para a saúde pública. Sua transmissão ao homem dá-se, principalmente, pela mordedura e lambedura dos animais infectados, ocasião em que é inoculado o vírus contido na saliva de animal. O vírus agente etiológico da doença pertence ao gênero *Lyssavirus*, família *Rabhdoviridae* (BRASIL, 2019a).

Teoricamente, o fato de a raiva ser uma doença cem por cento prevenível a torna epidemiologicamente passível de eliminação, entretanto, a ciência, a tecnologia e os imunobiológicos indispensáveis para evitar o agravo, não são acessíveis a todos que necessitam. Anualmente, em mais de cento e cinquenta países e territórios, morrem cinquenta e nove mil pessoas em consequência da raiva, sendo a transmissão canina responsável por cerca de 99% dos casos (OMS, 2017).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2017, anunciou a ação “Zero até 30: O Plano Estratégico” que visa eliminar óbitos por raiva transmitida por cães até 2030. Fazem parte desse planejamento entidades importantes no cenário

mundial como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), Organização Mundial da Saúde Animal (OIE) e Aliança Global para o Controle da Raiva (GARC).

Atualmente, no Brasil, os animais silvestres predominam como transmissores da raiva humana, suplantando a raiva urbana, transmitida por cão. Nos últimos trinta anos, o país intensificou as ações de vigilância e controle da raiva canina e felina, reduzindo as taxas de mortalidade por raiva humana transmitida por esses animais (BRASIL, 2019b).

O Ministério da Saúde aponta, no período de 2010 a 2018, as regiões Nordeste e Norte com destaque na ocorrência de 88,8% dos casos humanos de raiva no país. A partir de 2015, todos os casos de raiva foram transmitidos por morcegos ou gatos, com o isolamento da variante viral de *Desmodus rotundus* (BRASIL, 2019b).

No Brasil, no período de 2009 a 2018, foram registrados 38 casos de raiva humana. Destes, 19 (50%) tiveram o morcego como animal agressor, em 11 (29%) casos o cão, quatro (10%) por primatas não humanos, três (8%) por felinos e um deles não foi possível identificar o animal agressor (CEARÁ, 2019).

No Estado do Ceará, de 2007 a 2018, houve cinco casos de raiva humana. O principal animal agressor foi o sagui, no entanto, outros agressores também foram registrados, como o cão e o morcego. Nesse período, os municípios com registro foram: Camocim (sagui/2008), Chaval (cão/2010), Ipu (sagui/2010), Jati (sagui/2012) e Iracema (morcego/2016) (CEARÁ, 2019).

A raiva é fatal sem profilaxia pós-exposição adequada. A instituição de um tratamento correto, a urgente observação do estado do animal e a rapidez no repasse de informações dão qualidade à vigilância epidemiológica em caso de agressão animal. A imunidade é adquirida pelo uso de vacina, e a imunidade passiva, pelo uso do soro (BRASIL, 2014).

O tratamento profilático pós-exposição é baseado nas características da lesão provocada pelo animal agressor, espécie animal, características do animal agressor e na possibilidade de observação deste. A profilaxia pós-exposição deve ser instituída, após a análise do caso, mediante anamnese completa e anotação dos dados de agravo (BRASIL, 2016).

No Brasil, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) tem por objetivo registrar e processar os dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nas esferas municipal, estadual e federal.

No Ceará, entre janeiro de 2007 e março de 2019, foram registradas 358.525 notificações de atendimentos antirrábicos humanos pós-exposição, apresentando média de 27.579 ao ano. Observou-se que os coeficientes de incidência dos

atendimentos apresentaram ascensão até 2010. Houve um crescimento de 42% entre 2010 e 2011, quando chegou a 34,9 atendimentos por 10.000 habitantes. O ano com a maior incidência foi 2018, com 48,5 atendimentos por 10.000 habitantes (CEARÁ, 2019).

O presente estudo descreve o perfil do atendimento antirrábico da raiva na Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Limoeiro do Norte-Ce, no período de 2008 a 2019. Apresenta também as variáveis do atendimento antirrábico humano; e expõe as ações direcionadas aos animais suscetíveis, no contexto vigilância da raiva, na referida ADS.

A ADS de Limoeiro registrou em 2016, um caso de raiva humana, transmitido por morcego hematófago, na zona rural do município de Iracema. A avaliação epidemiológica da raiva animal, na referida Área Descentralizada, nos permite evidenciar uma epizootia de raiva silvestre, desde 2013 até os dias atuais. Portanto, tais fatos revelam que a Região de Saúde estudada, apresenta alto risco para transmissão da raiva, tanto humana como animal.

Diante da potencial emergência da doença e da confirmada circulação viral em animais domésticos de criação e silvestres na região de Limoeiro do Norte, e em decorrência da importância e necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da epidemiologia na profilaxia da raiva, este estudo contribuirá com informações importantes para realização de estratégias e ações capazes de reduzir os riscos de atendimento antirrábico e raiva humana.

O estudo objetivou descrever perfil do atendimento antirrábico na Área Descentralizada de Saúde de Limoeiro do Norte-CE, no período de 2008 a 2019.

2 | MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo dos atendimentos antirrábicos humanos notificados no SINAN- NET, na Área Descentralizada de Saúde de Limoeiro do Norte. Com a coleta de dados realizada em novembro de 2019, com banco de dados congelado em 07/11/2019.

A ADS de Limoeiro do Norte é composta de 11 municípios: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte (figura 1), com população total de 227.481 habitantes, e está inserida na Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, compreendendo com as demais Áreas Descentralizadas de Aracati e Russas, 20 municípios, e uma população de 541.757 habitantes (IBGE, 2018).

Os dados foram coletados através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação da Secretaria da Saúde do Estado (SINAN NET) e do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, do Laboratório Central de Saúde Pública do

Ceará (GAL/LACEN).

Como se trata de dados cujo conteúdo é de caráter público, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, mesmo assim, os pesquisadores seguiram todos os preceitos éticos necessários para análise e divulgação dos dados dessa natureza.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entende-se que a qualidade de dados indica o quanto às fontes de dados atendem às demandas de informação necessárias. Isto envolve conhecer a qualidade de dados atual, determinar a qualidade desses dados desejada e ajustar a qualidade atual em função do que se almeja.

Percebe-se que a incompletude dos dados ainda é um fator presente, bem como inconsistências das informações. Para tanto, isso reflete sobre a confiabilidade, cobertura e duplicidade dos dados.

Apesar dessas inquietações, os dados foram analisados de acordo com as variáveis que as fontes foram capazes de conceder, as quais estão descritas abaixo em gráficos, tabelas, mapas.

Atendimentos antirrábicos humanos

No período de 2008 a 2019 foram registradas 15.334 notificações de atendimentos antirrábicos humanos na ADS de Limoeiro do Norte, apresentando média de 1.262/ano, 2008 a 2018. Observou-se nos coeficientes de incidência uma ascensão contínua até o ano 2018 (Figura 1). Ressalta-se que o ano de 2019 ainda está em vigência, o que impossibilita comparações na série histórica apresentada.

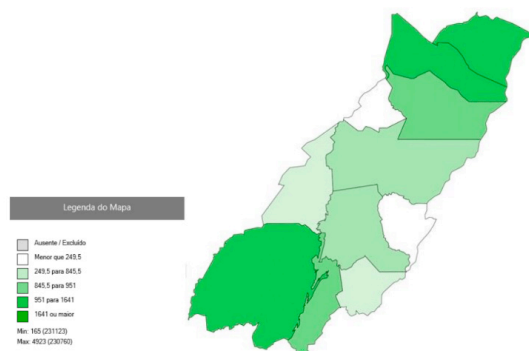


Figura 1. Distribuição do número de atendimento antirrábico, por município de residência, ADS Limoeiro do Norte, 2008 a 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

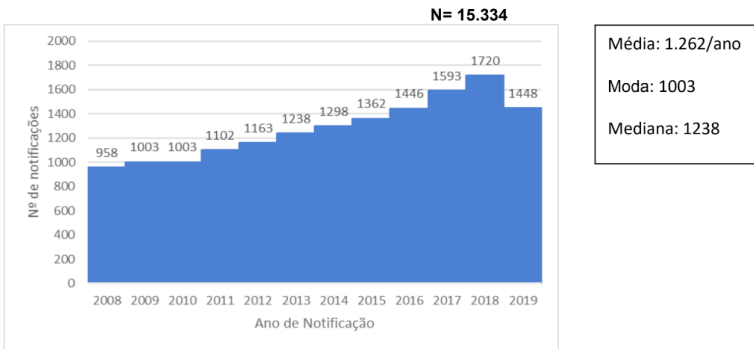


Gráfico 1. Distribuição do número de atendimento antirrábico, por ano de notificação, ADS Limoeiro do Norte, 2008 a 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

Observou-se que a incidência dos atendimentos antirrábicos humanos, por 10.000 habitantes na Área Descentralizada de Saúde de Limoeiro do Norte, no período de 2008 a 2019, aumentou no decorrer de cada ano. Tal comportamento não seguiu a tendência do Estado do Ceará, onde a incidência dos referidos acidentes foi reduzida em 2016. No entanto, em 2018, foi registrada a maior incidência, acompanhando o Estado do Ceará (CEARÁ, 2019).

Contudo, para o aumento da incidência, deve-se considerar as hipóteses de aumento da população da Área Descentralizada estudada, e do aperfeiçoamento das notificações nos sistemas locais de saúde.

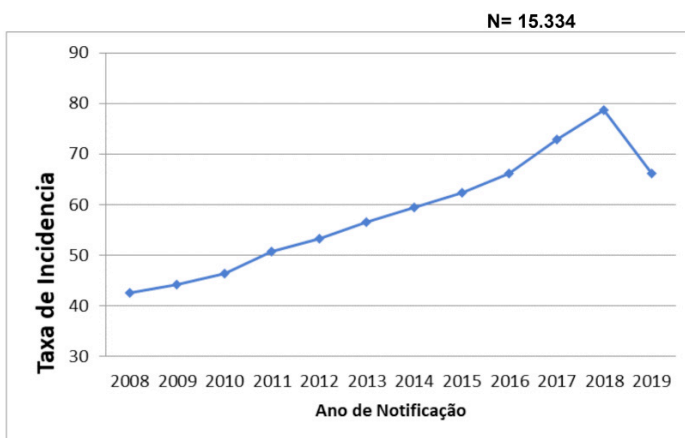


Gráfico 2. Coeficiente de incidência dos atendimentos antirrábicos humanos, por 10.000 habitantes, ADS Limoeiro do Norte, 2008 – 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

No universo de 15.334 atendimentos, a maior parte das notificações teve a zona urbana como residência (59,7%), e ocorreu em pessoas da faixa etária de 20 a 39 anos (24,0%). Igualmente, o sexo masculino predominou como o mais notificado, com 50,7% dos atendimentos (Tabela 1).

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
< 1 ano	215	1,40
1 – 4	1.305	8,50
5 – 9	1.588	10,3
10 – 19	2.108	13,7
20 - 39	3.687	24,0
40 - 59	3.507	22,8
60 e +	2.924	19,1
Sexo		
Masculino	7.769	50,7
Feminino	7.565	49,3
Zona de residência		
Ign/Branco	204	1,3
Urbana	9.156	59,7
Rural	5.766	37,6
Peri urbana	208	1,35

Tabela 1. Distribuição do atendimento antirrábico humano, segundo sexo e zona de residência, ADS Limoeiro do Norte, 2008 a 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

Na ADS de Limoeiro do Norte, a espécie canina relacionou-se como a mais frequente nas agressões dos atendimentos antirrábicos humanos (59,0%), seguida da felina (34,7%). As agressões por primatas não humanos, quirópteros, e raposas totalizaram 422 (2,7%), 136 (1,0%) e 73 (0,2%), respectivamente (Tabela 2).

Conforme ocorre no país, a espécie canina apresentou-se como a mais agressora, seguida da felina. Ressalte-se que com a intensificação das ações de vigilância e controle da raiva canina e felina nos últimos 30 anos, o Brasil alcançou significativa redução nas taxas de mortalidade por raiva humana, com o predomínio de casos em caráter esporádicos e acidentais (Brasil, 2019b).

Variável	n	%
Espécie		
Canina	9.048	59,0
Felina	5.325	34,7
Quiróptera	136	1,0
Primata não humano	422	2,7
Raposa	73	0,5
Herbívoro	37	0,2
Outra	293	2,0
Tipo de Exposição		
Mordedura	12.951	84,2
Arranhadura	3.481	22,7
Lambadura	418	2,7
Contato Indireto	107	0,7
Outra	86	0,6

Tabela 2. Frequência dos atendimentos antirrábicos humanos, segundo espécie animal agressora e tipo de exposição, ADS Limoeiro do Norte, 2008 – 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL 07/11/2019.

O registro de exposição por mordedura prevaleceu com a maior frequência nos atendimentos antirrábicos (84,1%), seguido das notificações por arranhadura (22,7%).

Os locais do corpo registrados como mais agredidos foram igualmente mãos/pés (45,5%), seguidos por membros inferiores com 33% (GRÁFICO 3).

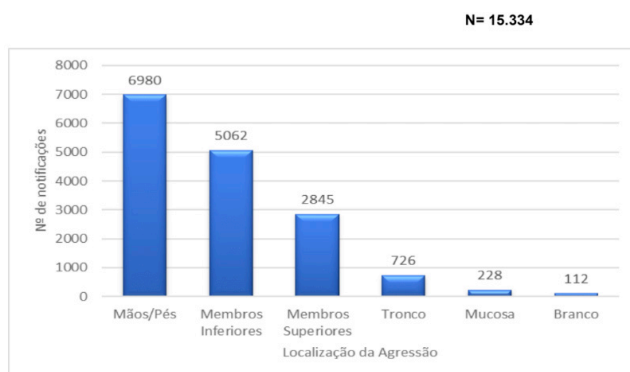


GRÁFICO 3. Frequência dos atendimentos antirrábicos humanos, segundo o local da agressão, ADS Limoeiro do Norte, 2008 – 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL 07/11/2019.

Quanto à apresentação das lesões, os ferimentos únicos foram os mais comumente apresentados (55,3%), seguidos dos ferimentos múltiplos (43,5%). No entanto, os ferimentos do tipo superficial (55,4%) e profundo (40,8%) prevaleceram nos atendimentos (Tabela 3).

Variáveis	n	%
Ferimento		
Único	8.482	55,3
Múltiplo	6.668	43,5
Sem ferimento	55	0,3
Ignorado	129	0,8
Tipo de ferimento		
Profundo	6.270	40,8
Superficial	8.493	55,4
Dilacerante	613	4,0
Ignorado/Branco	661	4,3

Tabela 3. Frequência dos atendimentos antirrábicos humanos, segundo o ferimento e tipo de ferimento, ADS Limoeiro do Norte, 2008 – 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

O tratamento indicado observação mais vacina prevaleceu com a maior frequência (51%), seguido de unicamente vacina (19,5%). A indicação de soro antirrábico foi adotada em (12,3%) das notificações (Gráfico 4).

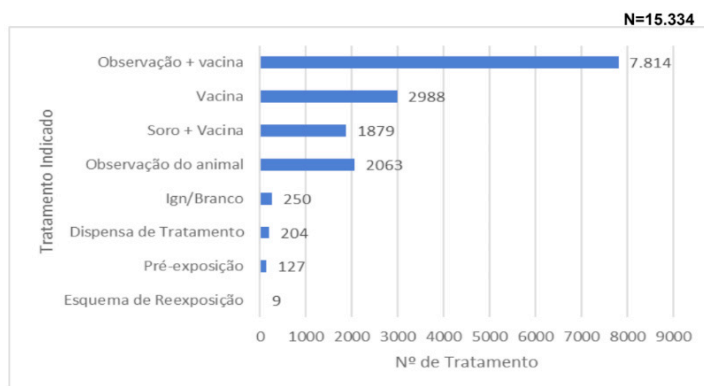


GRÁFICO 4. Frequência dos atendimentos antirrábicos humanos, segundo tratamento indicado, ADS Limoeiro do Norte, 2008 – 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

O tratamento antirrábico foi interrompido em 507 (3,31%) dos casos, sendo o abandono (2,0%) o principal motivo dessa interrupção; seguido da indicação da unidade de saúde (1,27%) (Tabela 4). Ressalta-se que esses dados poderiam ser diferenciados se todas as variáveis fossem preenchidas adequadamente, uma vez que é alto o percentual de ignorado/branco em todas as variáveis analisadas nessa tabela.

“A natureza epidemiológica representa insumos essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde. A informação só ocupa espaço estratégico quando permite estimar indicadores relevantes sobre a situação de saúde e fatores associados, atende ao agente da decisão e reverte-se em ações concretas e resolutivas aos problemas de saúde no espaço onde são produzidas” (Romero e Cunha, 2007).

Portanto, é fundamental a qualidade dos dados produzidos, nesse caso específico, a completitude das fichas de notificação demonstrou precariedade.

Variáveis	n	%
Interrupção do tratamento		
Não	9.060	59,08
Sim	507	3,31
Ign./Branco	5.767	37,6
Motivo da interrupção		
Abandono	305	2,00
Indicação unidade	195	1,27
Transferência	46	0,30
Ign./Branco	14.788	96,4
Unidade procurou o paciente		
Sim	302	1,97
Não	34	0,22
Ign./Branco	14.998	97,8

Tabela 4. Frequência dos atendimentos antirrábicos humanos, segundo a interrupção do tratamento, o motivo de interrupção, e em caso de abandono busca pela unidade de saúde, ADS Limoeiro do Norte, 2008 – 2019.

Fonte: SINAN/REGIONAL, 07/11/2019.

Vigilância da raiva animal na Área Descentralizada de Limoeiro do Norte/CE, 2013 – 2019

A Região de Saúde iniciou acesso ao GAL no ano de 2013, motivo pelo qual os dados estão a partir desse ano.

As amostras enviadas demonstram uma curva ascendente contínua com o maior número de envio (257) em 2019. As positivas revelam curva ascendente até 2019, que se destaca com o maior número de amostras positivas (67) e curva descendente em 2018, com 29 positivas (Gráfico 5).

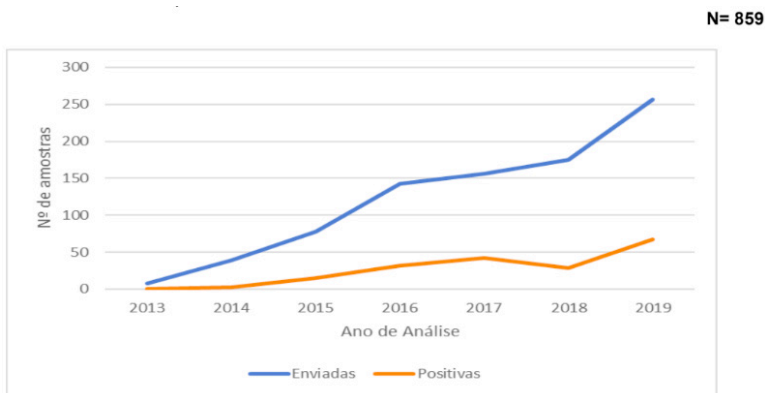


Gráfico 5. Distribuição do Nº de amostras animais, enviadas e positivas para diagnóstico laboratorial de raiva, na ADS Limoeiro do Norte – 2013 a 2019.

Fonte: GAL - LACEN/CE

Dentre os animais suscetíveis à raiva, o maior número de amostras enviadas foi de morcego (726/859), seguidas de raposa (40/859), cão (40/859), gato (24/859), sagüi (10/859), e outras (859).

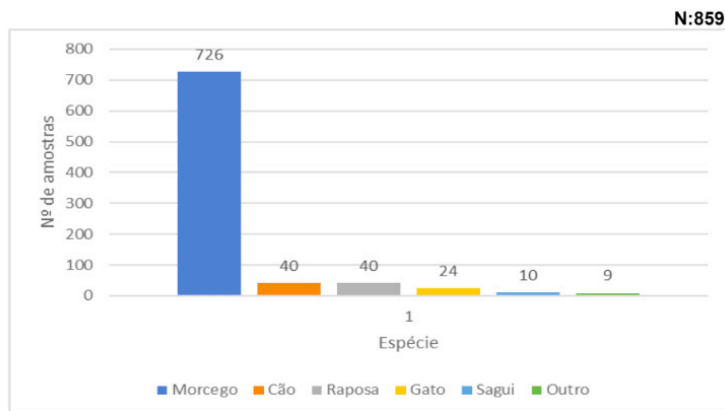


Gráfico 6. Distribuição das amostras animais, por espécie, para diagnóstico laboratorial de raiva, ADS Limoeiro do Norte – 2013 a 2019.

Fonte: GAL - LACEN/CE

Em todos os anos, na série histórica estudada o morcego destacou-se como animal de maior positividade para raiva, em especial em 2017 (35/42). Apenas o ano de 2014 não registrou raposas positivas, que alcançou em 2017 o maior número de positivas (6/42). Houve diagnóstico positivo em gatos apenas nos anos de 2015 (1/15) e 2017 (1/42).

A incidência de agressões por animais silvestres (morcego, raposa, e primatas não humanos) na ADS de Limoeiro do Norte é preocupante. Ressalte-se um óbito por raiva humana transmitida por morcego hematófago, em 2016, no município de Iracema. Segundo Kotait et al (2007) a raiva silvestre assumiu maior importância no contexto epidemiológico do país com a intensificação das ações de vigilância de cães e gatos.

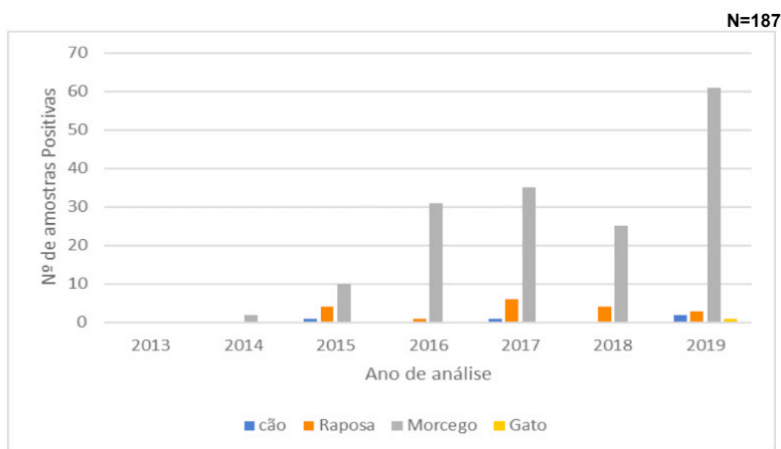


Gráfico 7. Número de animais com diagnóstico positivo para raiva, por espécie, ADS Limoeiro do Norte, de 2013 a 2019.

Fonte: GAL - LACEN/CE

CONCLUSÃO

Em síntese, a descrição do perfil epidemiológico da raiva na ADS de Limoeiro do Norte/CE, evidenciando as variáveis do atendimento antirrábico humano, e abordagem das ações direcionadas à vigilância da raiva animal, são importantes elementos norteadores para a recomendação de ações voltadas para a vigilância da raiva humana e animal, bem como para suscitar pesquisas epidemiológicas específicas, e avaliação do sistema de vigilância local.

A vigilância e o monitoramento da raiva em animais por meio do envio ao laboratório de amostras suspeitas permitiram a análise de que a Área Descentralizada

de Saúde de Limoeiro do Norte é uma área epizootica de raiva silvestre.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços**. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/raiva>. Acesso em: 13 Out. 2019b.

_____. Ministério da Saúde. **Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, 2014**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/19/Normas-tecnicas-profilaxia-raiva.pdf> Acesso em 16 out 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses : normas técnicas e operacionais** [recurso eletrônico] Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 121 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_prevencao_controle_zoonoses.pdf Acesso em: 15 de out. 2109

CEARÁ. Secretária de Saúde do Estado. **Boletim epidemiológico**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/boletins/>. Acesso em 13 Out 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados básicos Limoeiro do Norte**. Acesso em: 12 de out.. 2019. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=230760>

KOTAIT, I. *et al.* **Reservatórios Silvestres do Vírus da Raiva: um desafio para a saúde pública**. Boletim Epidemiológico Paulista. v.4, nº 40, 20, p.1-8, 2007. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180642722007000400001&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 15 out 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**. Módulo 4: vigilância em saúde pública / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_4.pdf. Acesso em 15 out 2019.

ROMERO, D.E; CUNHA C.B. **Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**, 2002. Cad Saude Publica 2007; 23(3):701-714.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

ID Lattes: 8009268839108398

Adriana Rodrigues Alves de Sousa

Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI
ID Lattes: 0739322970622743

Danuza Ravena Barroso de Souza

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza-CE
ID Lattes: 2445425836933217

Deborah Coelho Campelo

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza-CE
ID Lattes: 2957879991863443

Filipe Augusto de Freitas Soares

Instituto Oswaldo Cruz IOC
Fiocruz Piauí
ID Lattes: 9079536420764824

Luciana Catunda Gomes de Menezes

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza-CE
ID Lattes: 7533799744262097

Paulo Sérgio Dionísio

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE
ID Lattes: 2276987540141682

Sara Machado Miranda

Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI
ID Lattes: 0174743510817884

Tamires Barradas Cavalcante

Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI

RESUMO: Atualmente, as doenças que afetam o trato gastrointestinal, como o câncer colorretal e outras, levam à confecção de estomas, representando mudanças importantes na vida dos pacientes. Os problemas mais comuns dizem respeito ao aparecimento de complicações e a falta de preparo para enfrentá-las. Conforme estudos, as complicações poderão ser evitadas com a devida educação em saúde acrescida do estímulo ao autocuidado e do atendimento interdisciplinar. Na enfermagem, existem várias formas de estratégias educativas que promovem a emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar com destaque no estudo o uso de tecnologias educativas. O estudo teve como objetivo analisar o conhecimento científico sobre as estratégias educativas empregadas pela enfermagem para o ensino-aprendizagem das pessoas com estomia intestinal. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados PubMed, LILACS e CINAHL, entre 1996 a 2014. Obteve-se amostra de 11 estudos. O Brasil liderou o número de publicações e dos artigos incluídos na revisão e todos foram publicados em periódicos de enfermagem. Estes dados revelam o envolvimento dos enfermeiros com a temática em questão. Esta revisão permitiu identificar que estratégias de educação com o uso de tecnologias educativas são mais consistentes nas mensagens transmitidas ocasionando rápida mudança de comportamento.

PALAVRAS-CHAVE: Estomia; Educação em saúde; Materiais de ensino.

EDUCATIONAL STRATEGIES FOR PEOPLE WITH OSTOMY BOWEL: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Currently, diseases affecting the gastrointestinal tract, such as colorectal cancer and others, lead to the production of stomata, representing major changes in the lives of patients. The most common problems, concerns the onset of complications and the lack of preparation to face them. According to studies, the complications can be avoided with proper increased health education encouraging the self-care and interdisciplinary care. In nursing, there are various forms of educational strategies that promote the emancipation of the subjects involved in the care with emphasis on the study the use of educational technologies. The study aimed to analyze the scientific knowledge of the educational strategies used by nurses for teaching-learning programs for people with ostomy. This is an integrative review carried out in the databases PubMed, LILACS, SciELO and CINAHL from 1996 to 2014 was obtained sample of 11 studies. Brazil led the the number of publications and articles included in the review (11-100%) were published in magazines in general nursing journals. These data reveal the involvement of nurses with the theme in question. This review identified that education strategies with the use of educational technologies are more consistent in the messages transmitted causing rapid change of behavior.

KEYWORDS: Stoma; Health education; Teaching materials.

1 | INTRODUÇÃO

Estomia, também denominada estoma ou ostoma, significa uma abertura do segmento intestinal na parede abdominal, com o objetivo de desviar o conteúdo fecal para o meio externo ao corpo, e sua técnica consiste na abertura de um orifício que resulta do ato cirúrgico, no qual esse orifício aberto denomina-se colostomia ou ileostomia conforme sua localização nesse órgão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS, 2014).

Na atualidade a cirurgia de estomia constitui uma das mais importantes técnicas cirúrgicas por contribuir para a sobrevida de pessoas submetidas a confecção de estomia intestinal. Contudo, apesar das melhorias alcançadas, a nova condição de estomizado produz uma gama de alterações no estilo de vida do usuário. Independentemente de ser temporária ou definitiva, a presença de uma estomia intestinal pode resultar não só em modificações em nível fisiológico (perda do controle fecal e da eliminação de gases, complicações com a estomia e realização do autocuidado com o estoma), mas também em nível psicológico, emocional, sexual e social, onde cada sujeito convicto da sua cultura e história manifestará alterações que lhe são próprias (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; DÁZIO, 2008)..

Sabe-se que a estomia intestinal traz dificuldades para quem a possui, por meio do surgimento de dúvidas e medos que iniciam desde o momento da cirurgia

até a chegada no domicílio, onde a pessoa com estomia intestinal se encontra com incertezas, acreditando que suas fragilidades a impossibilitam de alcançar uma nova forma de viver e ser de maneira saudável. Assim, torna-se fundamental a capacidade que a pessoa tem de se compreender e compreender o contexto no qual está inserida, para agir sobre si mesma e sobre sua realidade, ou seja, a construção da autonomia passa a ser imprescindível para as pessoas com estomia intestinal (BARROS *et al.*, 2012).

Assim, o enfrentamento dessa nova condição de vida permeado por complexas modificações biológicas, psicossociais e econômicas requer significativos ajustes na vida do estomizado, nesse processo faz-se necessário o apoio no núcleo familiar e social, bem como na estrutura de atendimento profissional de saúde, a qual se faz essencial para a eficácia e rapidez da reabilitação do estomizado, tendo em vista a contribuição para a adaptação deste a sua nova condição (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; SANTOS; CESARETTI, 2015; SONOBE; BARICHELLO; ZAGO, 2002).

Quando se fala em coconstrução da autonomia entende-se que os profissionais de saúde podem contribuir para as pessoas ampliarem seus conhecimentos atuando com o propósito de explicitar a dimensão técnica envolvida no seu processo de saúde. Assim o profissional enfermeiro tem papel importante no auxílio das pessoas com estomia intestinal, objetivando ampliarem seu conhecimento, incentivando sua capacidade reflexiva, interferindo em sua rede de dependência e na sua tomada de decisões (ONOCKO; CAMPOS, 2006).

O cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal compreende desde o momento da avaliação diagnóstica, onde é definido a necessidade da confecção do estoma, no pré-operatório, no trans-operatório, no pós-operatório imediato e no tardio ou fase ambulatorial, na qual se evidencia a qualidade de vida, autonomia e reabilitação. Dessarte, para o enfermeiro desenvolver um cuidado autêntico e de qualidade, é imperioso eleger em suas ações aspectos substanciais à relação humano-humano como: a conversa, a escuta, o toque, a demonstração de preocupação e afeto (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Torna-se mister reconhecer que a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de enfermagem de boa qualidade, onde o enfermeiro, como educador em saúde, necessita orientar os pacientes e seus familiares. Desse modo, entendemos a educação em saúde como um processo de ensino que o enfermeiro faz com seus clientes, objetivando o aprendizado e o autocuidado (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

Em educação e saúde, o fundamental é a escolha por uma concepção pedagógica capaz de desenvolver no paciente a possibilidade crítica e a construção de novos conhecimentos. No entanto, segundo se verifica no cotidiano das práticas

de saúde desenvolvidas junto às pessoas com estomias intestinais, podemos encontrar várias formas de tecnologias que promovem a emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar. Dentre elas, a tecnologia educativa surge como instrumento facilitador do processo ensino-aprendizagem, ocasionando o desenvolvimento de habilidades, sendo mediadora de conhecimentos para o cuidado (SOUZA *et al.*, 2005).

A inserção das tecnologias no contexto da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo profissional enfermeiro na sua relação com a pessoa com estomia intestinal, assim o uso de tecnologias que contribuam com a educação em saúde abre novos caminhos no processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor (enfermeiro), leitor (estomizado e familiares) e o objeto do discurso (material educativo) (SOUZA *et al.*, 2005).

Na condição de educador em saúde, o profissional enfermeiro deve implementar cuidados à pessoa com estomia intestinal, por meio de uma interação mútua, horizontal e humanizada, transportando essa pessoa da condição de mero receptor de informações para autor (sujeito transformador) de sua autonomia. Diante disso, dá-se a importância da educação em saúde, por meio da informação compartilhada pela ação educativa, através da prática dialógica e do uso de tecnologias educativas, com vistas permitir que o processo de ensino-aprendizagem se concretize e o cliente exerça sua função de sujeito, independente e autônomo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que visa à busca de pesquisas já realizadas e consiste na síntese de múltiplos estudos que permitem conclusões gerais a respeito de uma área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A partir do momento que possibilita a síntese de conhecimentos dos estudos incluídos na revisão, facilita aos profissionais de saúde que prestam cuidados, a tomada de decisões nas intervenções para um cuidado mais efetivo consolidando a prática clínica ao embasamento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora para este estudo foi: quais as estratégias de educação em saúde utilizadas para o ensino-aprendizagem de pessoas com estomia intestinal? Nessa perspectiva, foi realizada busca na literatura científica durante o mês de outubro de 2015. O acesso deu-se nas bases de dados: National Library of Medicine (PubMed/Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Empregou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS)/BIREME e do Medical Subject Headings (MeSH)/PubMed, utilizando os seguintes descritores cruzados com o marcador booleano “and”: estomia/*ostomy*,

educação em saúde/*health education*, materiais de ensino/*teaching materials*.

No momento da busca, cada base de dados foi acessada sendo pesquisada de modo a esgotar as buscas das publicações e evitar viés que prejudicasse a fidedignidade dessa etapa. A referida etapa foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, com posterior reunião para consenso sobre os artigos que iriam compor a amostra. Foram incluídos os artigos que abordavam temas sobre estomia intestinal, educação em saúde e materiais de ensino, publicado em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, que responderam a questão norteadora dessa revisão e com recorte temporal de 1996 a 2014, em razão de poucos artigos tratarem sobre este tema houve a necessidade de manter recorte temporal maior.

Foram excluídas publicações do tipo editorial, dissertações, revisões de literatura, estudos que não abordavam a temática relevante e publicações duplicadas, das quais foi selecionado o artigo apenas uma vez. Durante a busca identificamos 82 artigos no LILACS, 83 artigos na CINAHL, não sendo encontrado nenhum artigo no PubMed, totalizando 165 artigos. Ao refinarmos a pesquisa 17 artigos foram excluídos por não apresentarem textos completos, 01 por ser publicação editorial (artigo jornalístico), 02 por ser revisão de literatura, 01 por ser dissertação, 11 se repetiam nas bases de dados e 122 não respondiam ao objeto de estudo. Restaram 11 artigos, os quais após leitura minuciosa formaram a amostra para o estudo. No Fluxograma 1 são apresentados os números de artigos encontrados, excluídos e selecionados por bases de dados.

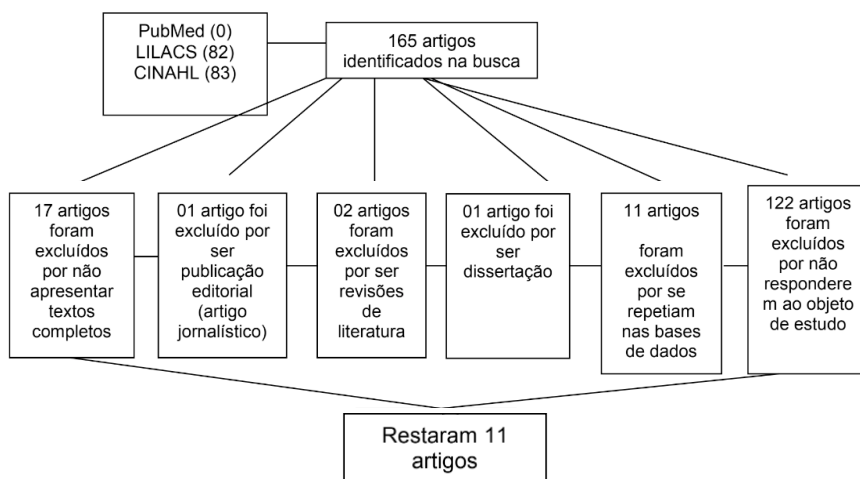


Figura 1: Estratégias educativas para pessoas com estomia intestinal: revisão integrativa

Fluxograma 1 – Distribuição do número de artigos encontrados, excluídos e selecionados por bases de dados. Teresina-PI, 2015

Fonte: Elaborado pela autora.

Para definir as informações a serem extraídas dos estudos, efetuou-se uma leitura minuciosa e analítica com auxílio do formulário adaptado e registrou-se os seguintes aspectos: identificação do estudo (título do artigo, título do periódico, autores, países, idioma, ano de publicação e nível de evidência científica); tipo de revista; características metodológicas do estudo (tecnologia utilizada/desenvolvida, público-alvo) (URSI, 2005). A determinação do nível de evidência dos estudos foi realizada com base na classificação revista das forças de evidência, proposta por Polit e Beck (2011), que considera as evidências em seis níveis, sendo: nível I, estudos relacionados com a metanálise de múltiplos estudos controlados; nível II estudos experimentais individuais; nível III, estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle; nível IV, estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, com abordagem qualitativa e estudos de caso; nível V, dados de avaliação de programas e obtidos de forma sistemática e nível VI, opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações. Consideramos o respeito pela propriedade intelectual dos autores dos artigos que constituíram a amostra, nomeadamente, na citação rigorosa dos seus trabalhos.

3 I RESULTADOS

No Quadro 1, são apresentados os resultados das publicações quanto as características, à autoria do estudo, ano de publicação, país de origem, título, periódico, delineamento de pesquisa, nível de evidência e as estratégias de educação em saúde realizadas.

Número/ Autor	Ano/ País	Periódico	Delineamento da pesquisa*	Nível de Evidência**	Estratégias de Educação em Saúde
1. Coey, L.	1996 Inglaterra	Journal of Clinical Nursing	Tipo de estudo não identificado	-	Ação educativa através de materiais impressos (PEM)
2. O'Shea, H. S.	2001 Estados Unidos	J. WOCN	Tipo de estudo não identificado	-	Ação prática de enfermagem baseada no processo de aprendizagem
3. Lo, S. F. <i>et al.</i>	2010a China	Journal of Clinical Nursing	Estudo Randomizado	II	Ação educativa através de programa de multimídia de aprendizagem
4. Slater, R. C.	2010 Inglaterra	British Journal of Community Nursing	Tipo de estudo não identificado	-	Ação educativa através de orientações verbais e escritas e escala (The Stoma Quality of Life Scale)

5. Lo, S. F. <i>et al.</i>	2010b China	Journal of Advanced Nursing	Estudo randomizado experimental	II	Ação educativa através do uso de um programa multimídia de ensino
6. Martins, P. A. F.; Alvim, N. A. T.	2011 Brasil	Rev. Bras. Enferm.	Tipo convergente- assistencial	IV	Ação educativa através da prática dialógica do enfermeiro
7. Gemmill, R. <i>et al.</i>	2011 Estados Unidos	Journal of Continuing Education in Nursing	Estudo descritivo	IV	Ação educativa através de folheto informativo, vídeo instrutivo, demonstração de cuidados e acompanhamento no domicílio
8. Martins, P. A. F.; Alvim, N. A. T.	2012 Brasil	Texto Contexto Enferm.	Qualitativo tipo convergente- assistencial	IV	Plano de cuidados compartilhado mediado pela prática dialógica
9. Barros, E. J. L. <i>et al.</i>	2012 Brasil	Rev. Gaucha Enferm	Descritivo	IV	Dialogo mediado por uma tecnologia educativa (cartilha educativa)
10. Poletto, D, Silva, D. M. G. V.	2013 Brasil	Rev. Latino Am. Enferma- gem	Descritivo	IV	Informações, orientações e demonstrações técnicas de forma verticalizada pela equipe de saúde, especial-mente da enfermagem
11. Souza, N. V. D. O. <i>et al.</i>	2014 Brasil	J. Bras. Tele	Relato de experiência	VI	Tecnologias de comunicação e informações virtuais por meio de palestras e cursos <i>on-line</i>

*Os delineamentos enumerados neste quadro estão descritos como no artigo analisado.

**O nível de evidência dos estudos foi determinado segundo a classificação de Polit e Beck ⁽¹⁷⁾.

Quadro 1 – Caracterização das pesquisas e estratégias de educação em saúde realizadas. Teresina-PI, Brasil, 2015.

Fonte: Elaborado pela autora.

Pela análise dos artigos selecionados, a grande parte dos estudos foi encontrada na base de dados LILACS (10-91%), com maior concentração e maior frequência nos últimos cinco anos, uma vez que a partir de 2010 encontramos mais artigos e com menor intervalo de tempo de publicação entre um e outro, com predomínio no ano de 2010 e 2012 (representando respectivamente 30% em 2010 e 20% em 2012). O Brasil liderou o número de publicações (5-45,5%). Dois estudos foram produzidos na América do Norte (2-18,2%), cinco estudos produzidos na América do Sul (5-45,5%), dois estudos na Europa (2-18,2%) e dois estudos na Ásia (2-18,2%) a evidenciar a distribuição das pesquisas em todo mundo. Dos artigos incluídos na revisão, 11 (100%) foram publicados em periódicos de enfermagem em geral. Quanto ao delineamento da pesquisa, evidenciou-se: estudo randomizado, descritivo, convergente assistencial e relato de experiência. Três artigos analisados

não foram possíveis identificar o tipo de estudo. Em relação às forças de evidências observou-se que 45,45% das publicações possuem o nível de evidência IV, seguidas de 18% com nível de evidência II e 9% com nível VI. Não foi encontrado nas publicações, trabalhos com níveis de evidência I, II e V. Em relação aos tipos de estratégias educativas que têm sido utilizadas para a abordagem das pessoas com estomia intestinal, foi possível observar a existência de duas mais expressivas: a prática dialógica e a orientação por meio de tecnologias educativas.

4 | DISCUSSÃO

Para melhor discutir o enfoque educativo dos estudos analisados, optou-se pela organização dos artigos agrupados em duas categorias: a categoria Educação em saúde por meio da prática dialógica e Educação em saúde com uso de tecnologias educativas.

Educação em saúde por meio da prática dialógica

Nesta categoria estudos que abrangeram questões referentes às atividades de educação em saúde por meio da prática dialógica que se faz imperiosa para a educação em saúde da pessoa com estomia intestinal, uma vez que o diálogo é a essência da educação. Segundo Freire (1994), o homem é o sujeito de sua própria educação. Assim sendo, o homem como sujeito cognoscente inserido no mundo e com o mundo deve ser reconhecido e ouvido através de um processo de educação mediado por uma relação horizontal e recíproca, instalando-se um processo participativo, dialogal e ativo, que permite comunicação e educação em comunhão ((MARTINS; ALVIM, 2011).

Nesse contexto, é por meio da dialogicidade que os sujeitos alcançam a comunicação. O diálogo é mediatizado por uma interação horizontal e mútua, permitindo o compartilhamento de saberes e práticas entre os sujeitos envolvidos através das palavras, levando em consideração o saber do outro, reconhecendo suas crenças, cultura, contexto social, político e econômico, dessa forma se compreende que a educação não ocorre de forma depositária, unidirecional e através de discurso monológico (MARTINS; ALVIM, 2011).

Desta maneira, a educação em saúde é um processo permanente com princípios críticos e reflexivos e metodologia baseada no dialogo construindo indivíduos ativos e participativos nas questões de gestão da saúde (BRASIL, 2009). Porém de acordo com Poletto e Silva (2013), em estudo desenvolvido com pessoas com estomia intestinal e familiares cuidadores, foi predominante o processo educativo com base na tendência tradicional, com orientações e informações ditadas. Havendo somente uma transferência de informações pois o aprendizado só acontece mediado por troca de conhecimentos.

Por meio deste estudo eles incentivam os profissionais a substituírem o trabalho técnico e o atendimento verticalizado pela prática do diálogo, da criação de vínculo e da educação em saúde (POLETO; SILVA, 2013). A relação de diálogo para uma troca de saberes permite o surgimento de um terceiro saber, resultado da interação entre os conhecimentos dos profissionais de saúde e da população, uma vez que o saber popular é um meio para ampliar as práticas dos profissionais de saúde promovendo vivências e experiências das pessoas com estomia intestinal, contribuindo para a construção de um plano de cuidado individual e congruente com as necessidades e desejo do estomizado (GOMES; MERHY, 2011). Segundo O'Shea (2001) a chave para o sucesso do processo de ensino-aprendizagem é a aceitação da legitimidade e crenças do outro, o respeito pela autonomia de cada um e a preocupação genuína com o bem-estar da pessoa com estomia intestinal. Assim o diálogo através da ação profissional possibilita o alcance da autonomia, a ruptura da cultura do silêncio e a libertação da pessoa com estomia intestinal antes vista como objeto (MARTINS; ALVIM, 2012).

A educação em saúde embasada no ensino dialógico a essas pessoas equivale uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde (SILVA *et al.*, 2012). As práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à mudança de paradigmas de atenção à saúde, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2003) sugere como práticas educativas em saúde a realização de workshops educacionais e de capacitação para pacientes e familiares, a utilização de materiais educativos para a complementação das orientações aos pacientes e às famílias com acesso à informação e apoio ao autogerenciamento fora do estabelecimento de saúde utilizando telefone ou Internet, assim como, o uso de recursos computadorizados para a preparação de materiais individualizados de autogerenciamento.

Diante disso, a educação em saúde e a inserção de outras tecnologias educacionais nas práticas educativas à pessoa com estomia intestinal vêm para complementar as ações desempenhadas pelo enfermeiro bem como abrir novas alternativas no processo ensino-aprendizagem (FREITAS; CABRAL, 2008). De tal modo, o diálogo mediado por uma tecnologia educativa equivale à forma de cuidado humanizado fomentador da emancipação dos sujeitos (BARROS *et al.*, 2012)..

Educação em saúde com o uso de tecnologias educativas

Essa estratégia educativa foi identificada em sete estudos que desenvolveram atividades de cunho individual e/ou em grupo por meio de uma abordagem interativa. Foi realizada em consultas ambulatoriais ou apenas pela distribuição de materiais educativos, como: cartilhas, materiais educativos impressos, cursos on-

line e programas multimídias, intensificando os cuidados com pele periestoma e/ou reforçando os cuidados gerais.

A tecnologia educacional compreende o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para a formação de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com o propósito de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente (TEIXEIRA, 2010). Portanto, na prática do cuidado, a enfermagem possui possibilidades de encontrar formas de tecnologias que provoquem o processo de emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar. Assim, as tecnologias vinculadas à educação se identificam com métodos de cuidados simplificados com o objetivo de tornar sua prática comum, facilitando o autocuidado (MERHY, 2002).

Entendemos que o enfermeiro como educador deve desenvolver práticas educativas que facilitem a aprendizagem significativa, onde o uso de tecnologias educativas são estratégias importantes para a execução das atividades de educação em saúde além de promover de forma mais ampla e criativa o seu real papel de orientador e facilitador (LITWIN, 2001). Assim as tecnologias educacionais, utilizadas pela enfermagem, são compreendidas com um fundamento filosófico voltado para o desenvolvimento do indivíduo e caracterizada por novas teorias, ensinamentos, pesquisas, conceitos, técnicas para a atualização da educação, possibilitando ao educador maneiras inovadoras por meio de imagens, permutando conhecimentos, facilitando o aprendizado e contribuindo para o avanço educacional (NIETSCHKE *et al.*, 2005).

No estudo de Coey (1996) que relata sobre a legibilidade de materiais educativos impressos utilizados para informar as pessoas portadoras de estomias, evidencia que materiais educativos impressos são muito eficientes na educação dos pacientes, uma vez que, são reutilizáveis, permanentes, legíveis no ritmo do leitor, fáceis de reproduzir e distribuir, consistentes em mensagem transmitida e portáteis, então ao receberem informações escritas sofrem menos dor, menos ansiedade e vão para casa mais cedo.

Conforme o estudo de Barros *et al.* (2012), a aplicação de um programa de educação em saúde individual por meio de cartilha educativa realizado numa instituição pública com pessoas com estomia intestinal após intervenção educativa, mostrou mudança de atitude quanto ao conhecimento sobre os cuidados com a pele periestoma. Partindo dessa premissa, a tecnologia educacional tem o intuito de educar, no entanto, somente será considerada educacional se alcançar este objetivo, então o enfermeiro assume importante papel perante às diversas tecnologias educativas que podem ser apresentadas, uma vez que as mesmas devem estar em consonância com o público ao qual se dirige levando em consideração o nível social, cultural, escolaridade preocupando-se com o conteúdo a ser expresso, como será

mostrado e como aquele novo aprendizado poderá repercutir na vida da pessoa com estomia intestinal (ÁFIO *et al.*, 2014).

Para Gemmill *et al.* (2011) que em seu estudo descreve o conhecimento de enfermeiras da oncologia sobre os cuidados com estomias confeccionadas a partir do diagnóstico de câncer colorretal, relataram a importância de um programa abrangente para atender as necessidades educacionais objetivando uma prestação de cuidados de qualidade, além de destacar uma mudança na forma de como os pacientes envolvidos buscam informações relacionadas a saúde, onde os mais jovens buscam a internet e os mais velhos tendem a confiar no profissional de saúde. Dessa forma entendemos que a escolha da tecnologia educativa deve estar de acordo com o público ao qual será direcionada. Já Slater (2010), relata como ação educativa para idosos, orientações verbais, escritas e o uso de uma escala para avaliar a qualidade de vida com a estomia.

Dentre essas diferentes estratégias e cientes da existência de várias tecnologias do cuidado na saúde, não podemos deixar de abordar a utilização de imagens por meio de multimídia e cursos on-line, responsável pela produção, muito rápida, de mudanças de comportamento (MORAES, 2008). O estudo de Lo *et al.* (2010b) menciona a avaliação da eficácia do programa de educação multimídia (MEP) para pacientes com estoma, relatando claramente que a intervenção melhorou significativamente os níveis de conhecimento dos pacientes com estoma, construindo um conhecimento para possíveis mudanças de comportamento, onde demonstraram que a intervenção educacional empregando uma abordagem multimídia está ligada ao aumento e melhores atitudes de autocuidado. Em outro estudo, autores afirmam que o programa de aprendizagem multimídia educação (MLEP) é mais eficaz e com menor custo que um programa de serviço de educação convencional (CESP) (LO *et al.*, 2010a).

De acordo com Souza *et al.* (2014), a ampliação e consolidação do conhecimento por meio de um curso on-line abordando a problemática biopsicossocial das pessoas estomizadas contribuiu para o acesso técnico e científico de indivíduos residentes em diversas áreas do país, além da ampliação de conhecimentos trazendo os avanços da estomaterapia e melhorando o atendimento das pessoas. Nesse contexto, as multimídias podem constituir-se em formas de dinamizar o autocuidado das pessoas estomizadas. Dessa maneira, para Lo *et al.* (2010b), materiais educacionais como vídeos e imagens permitem a exposição sistemática e repetitiva dos detalhes de determinada técnica ou assunto, favorecendo sua compreensão e memorização.

5 | CONCLUSÃO

As estratégias de educação em saúde para pessoas com estomia intestinal têm sido foco crescente nos últimos anos. Foi possível observar o predomínio de estratégias por meio de tecnologias educativas. Estratégias que envolvem recursos tecnológicos modernos nem sempre se tornam viáveis em consequência do nível educacional do paciente e a dificuldade de manipular tais materiais. De forma que ainda é de grande importância o ensino baseado numa prática dialógica, bem como a disponibilidade dos recursos comunitários e das instituições de saúde através de atendimento especializado pelos profissionais.

Nessas perspectivas, é mister ultrapassar as estratégias educativas em saúde focadas apenas na transmissão de informação, e apropriar-se de uma abordagem crítico-social, que busque estimular a participação das pessoas com estomia intestinal de maneira ativa em todas as fases do processo educativo, desde seu planejamento até sua avaliação. Dessa maneira, o estudo sobre as estratégias educativas utilizadas para as pessoas com estomia intestinal mostrou que as tecnologias se fazem presentes seja através da prática dialógica, das tecnologias educativas ou de ambas associadas. Porém, na prática assistencial do enfermeiro, as lacunas na assistência a pessoa com estomia intestinal permanecem em todos os âmbitos de atuação do enfermeiro.

Entende-se a necessidade de mais estudos que explicitem o uso de tecnologias educativas na prática do enfermeiro, comprovando os benefícios que trazem às pessoas portadoras de estomias intestinais, bem como estudos que validem essas tecnologias para que assim o uso das tecnologias educativas superem a transmissão de informações na assistência de enfermagem à pessoa com estomia intestinal.

REFERÊNCIAS

ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D. S.; CARVALHO, L. V. de; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev. Rene**, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1417/pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil**. Rio de Janeiro, [2014]. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n2/14.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BELATO, R.; MARUYAMA, S. A. T.; SILVA, C. de M. e; CASTRO, P. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Cien. Cuid. Saúde**: v. 6 n. 1; p. 40-50, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4971/3223>>. Acesso em: 2 abr. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 2 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 480 p.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. dos S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 163-167, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a21v16_n1.pdf>. Acesso em: 2 out. 2014.

COEY, L. Readability of printed educational materials used to inform potential and actual ostomates. **J. Clin. Nurs.**, v. 5, n. 6, p. 359-366, Nov.1996. Acesso em: 2 out. 2014.

DÁZIO, E. M. R. **O significado do estoma intestinal entre homens**: um estudo etnográfico. 2008. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Acesso em: 2 out. 2014.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 20. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

FREITAS, A. A. de S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 84-89, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2014. Acesso em: 2 out. 2014.

GEMMILL, R.; KRAVITS, K.; ORTIZ, M.; ANDERSON, C.; LAI, L.; GRANT, M. What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer ostomy care? **J. Contin. Educ. Nurs.**, v. 42, n. 2, p. 81-88, Feb. 2011. doi:10.3928/00220124-20101101-04. Acesso em: 2 out. 2014.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n1/02.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2014.

LITWIN, E. **Educação a distância**: temas para o debate de uma nova agenda educativa. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

LO, S. F.; WANG, Y. T.; WU, L. Y.; HSU, M. Y.; CHANG, S. C.; HAYTER, M. A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. **J. Clin. Nurs.**, v. 19, n. 13-14, p. 1844-1854, Jul. 2010a. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02931.x. Acesso em: 2 out. 2014.

LO, S. F.; WANG, Y. T.; WU, L. Y.; HSU, M. Y.; CHANG, S. C.; HAYTER, M. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. **J. Adv. Nurs.**, v. 67, n. 1, p. 68-76, Jan. 2010b. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05455.x. Acesso em: 2 out. 2014.

MARTINS, P. A. de F.; ALVIM, N. A. T. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 322-7, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a16v64n2.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2014.

MARTINS, P. A. de F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia freireana e suas contribuições à prática educativa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 286-294, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a05v21n2.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150. Acesso em: 2 out. 2014.

MORAES, A. F. de. Cultural diversity in health-related videos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 27, p. 811-22, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a11v1227.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

NIETSCHKE, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOMÉ, C. L. M.; CERATTI, R. do N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-53, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a09.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores pra condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório anual. Brasília, 2003.

O'SHEA, H. S. Teaching the adult ostomy patient. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 28, n. 1, p. 47-54, Jan. 2001. doi:10.1067/mjw.2001.112085. Acesso em: 20 maio 2014.

ONOCKO, C. R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M. J.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-88. Acesso em: 20 maio 2014.

POLETTO, D.; SILVA, D. M. G. V. da. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 531-538, mar./abr., 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281426436009.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao estomizado: um estudo bibliométrico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 245-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/09.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu, 2015.

SILVA, D. C. da; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12 n. 2. p. 291-198, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

SILVA, L. D. da; BECK, C. L. C.; DISSSEN, C. M.; TAVARES, J. P.; BUDÓ, M. de L. D.; SILVA, H. S. da. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 2, p. 412-419, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2676/3769>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

SLATER, R. C. Managing quality of life in the older person with a stoma. **Br. J. Community Nurs.**, v. 15, n. 10, p. 480-484, Oct. 2010.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 8, n. 3, p. 341-348, 2002. Disponível em: <<http://rvbhospitalar.com.br/documentos/visao.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

SOUZA, N. V. D. de O.; DAVID, H. M. S. L.; MAURICIO, V. C.; COSTA, C. C. P. da. Enfermagem em estomaterapia no Telessaúde UERJ: relato de experiência. **J. Bras. Tele.**, v. 3, n. 2, p. 70-72, 2014. Disponível em: <http://www.jbtelessaude.com.br/jornal/volume/download_artigo/586>. Acesso em: 20 maio 2014.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 598, out./dez. 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a01.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CAPÍTULO 11

ESTRESSE DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PRÁTICAS E AÇÕES PREVENTIVAS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 26/10/2020

Leidiléia Mesquita Ferraz

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9716900254174496>

Jusselene da Graça Silva

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7289070553789138>

Iara de Oliveira Pigozzo

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9036627638062453>

Paula Melo Pacheco

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2325468874350742>

Áurea Cúgola Bernardo

Universidade Federal de Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7137273911395387>

Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt

Universidade Federal de Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8032123272413172>

Ana Claudia Sierra Martins

Universidade Federal de Juiz de Fora
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9350362171936942>

RESUMO: O estresse vivenciado pelo profissional de saúde é motivo de reflexões. E setores críticos como a Unidade de Terapia Intensiva torna-se um ambiente propício para a sua ocorrência e prejuízos reais e potenciais. O estudo teve o objetivo de analisar a relação entre o estresse dos profissionais de saúde e a atuação do enfermeiro do trabalho na unidade de terapia intensiva atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde e esclarecimento para maior adesão dos trabalhadores. Foi realizado um estudo bibliográfico sobre estresse relacionado a atuação do profissional da enfermagem em uma unidade de terapia intensiva(UTI) que é considerado um setor com alto nível de variáveis, além do convívio diário dos profissionais com doentes em situações de risco eminente de morte. A metodologia aplicada foi através de revisão integrativa critério de inclusão das publicações referente aos anos de 1997 a 2020 na qual foram utilizadas as bases de dados on-line indexadas: BDNF, BVS, LILACS, MEDLINE e SCIELO. Os DeCS selecionados para estudo foram: Unidade de terapia intensiva, Estresse e Enfermagem na UTI e atuação do enfermeiro do trabalho em unidade de Terapia Intensiva: Práticas e ações preventivas. Resultados: Os artigos analisados, mencionam que o profissional de enfermagem convive constantemente com a presença do estresse na Unidade de Terapia Intensiva lidando com situações limites de pacientes críticos entre a vida e a morte. Conclui-se a importância do Enfermeiro do Trabalho ao incentivo e adesão dos trabalhadores nas ações de medidas preventivas para proteger-se e manter um ambiente seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia

STRESS OF NURSES WHO WORK IN THE INTENSIVE CARE UNIT: PRACTICES AND PREVENTIVE ACTIONS

ABSTRACT: The stress experienced by the health professional is a reason for reflection. And critical sectors such as the Intensive Care Unit become an environment conducive to its occurrence and real and potential losses. The study aimed to analyze the relationship between the stress of health professionals and the work of the occupational nurse in the intensive care unit acting in the promotion, prevention and recovery of health and clarification for greater adherence by workers. A bibliographic study on stress related to the performance of the nursing professional in an intensive care unit (ICU) was carried out, which is considered a sector with a high level of variables, in addition to the daily contact of professionals with patients in situations of imminent risk of death. The methodology applied was through an integrative review of the inclusion criteria of the publications for the years 1997 to 2020 in which the indexed online databases were used: BDNF, BVS, LILACS, MEDLINE and SCIELO. The DeCS selected for the study were: Intensive care unit, Stress and Nursing in the ICU and the role of the work nurse in the Intensive Care unit: Preventive practices and actions. Results: The analyzed articles mention that the nursing professional constantly lives with the presence of stress in the Intensive Care Unit dealing with critical situations of critical patients between life and death. It concludes the importance of the Labor Nurse to encourage and adhere to workers in preventive measures to protect themselves and maintain a safe environment.

KEYWORDS: Intensive Care Unit. Stress. Work nurse. Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A palavra estresse tem sido associada às sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem estressadas ou se relacionam com outros indivíduos na mesma situação. O estresse é quase sempre visualizado como algo negativo, porque ocasiona prejuízo no desempenho global do ser humano. É um fenômeno bastante complexo e dinâmico, por isso, não deve ser entendido como uma condição estática (FERNANDE et al., 2019).

O termo estresse, de acordo com Margis et al. (2003), denota o estado gerado pela percepção do estímulo o qual acende excitação emocional, alterando a homeostasia, disparando um processo de adaptação que é caracterizado, dentre outras alterações, pelo aumento da secreção de adrenalina, produzindo diversas manifestações sistêmicas, ocorrendo distúrbios fisiológicos e psicológicos. O estímulo disparador do estresse é denominado fator estressor.

Os autores Tomaz et al. (2020), chamam a atenção para o número crescente de trabalhadores da área da saúde que têm sido acometidos pelo adoecimento, configurando um preocupante quadro de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*

e outras doenças relacionadas ao trabalho. Essas autoras definem a Síndrome de *Burnout* como sendo o estresse laboral crônico, que se caracteriza pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador. Esta situação ocorre quando o profissional não tem a seu dispor estratégias para enfrentar situações difíceis e conflituosas no trabalho.

O estresse profissional é uma das características da Síndrome de *Burnout*. Depressão, exaustão emocional devido a uma avaliação negativa de si mesmo, insensibilidade a quase tudo são fatores relacionados ao quadro de adoecimento (TOMAZ et al., 2020).

O profissional da enfermagem, por ser um trabalhador que atua diretamente no cuidado e atenção a pessoas que requerem ajuda, está ainda de acordo com os autores anteriormente citado, mais propenso ao desenvolvimento do estresse profissional. Situação que é agravada pelo ambiente de trabalho.

Os profissionais de enfermagem do trabalho têm como competência a realização de programas de orientação, esclarecimento para maior adesão dos trabalhadores, a fim de reduzir a incidência de acidentes ocupacionais, tornando imprescindível sua participação nas medidas preventivas para proteger e manter um ambiente seguro para os demais trabalhadores. (SILVÉRIO; MORAES, 2020)

Dentre os vários ambientes laborais nos quais os profissionais de enfermagem atuam, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerado com alto nível de variáveis, além do convívio diário dos profissionais com os doentes, possui características próprias, como, por exemplo, situações de risco eminente de morte e tecnologia necessária para manter o paciente vivo (JESUS, 2019).

A UTI é um setor do hospital destinado a pacientes em estado agudo e crítico, que requerem assistência permanente. São pacientes sujeitos à instabilidade das funções vitais e necessitam de equipamentos e ações especiais, que exigem do profissional da enfermagem um estado de atenção constante. Além desta tensão, natural no dia-a-dia do enfermeiro, outros fatores contribuem para o desenvolvimento do quadro de estresse deste profissional. Assim, os profissionais de enfermagem podem ter como consequência deste contexto alterações de humor, cefaléia, ansiedade, desgaste físico e emocional, dentre outros sintomas que caracterizam o estresse profissional (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Sendo assim, este trabalho estabelece como objetivo conhecer a relação entre o estresse profissional e a atuação do enfermeiro do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica em que se utilizaram as bases de

dados indexadas *on-line*: Base de dados bibliográficas especializada na área de enfermagem (BDENF – BIREME), *Scientific Eletronic Library On-line* (SciELO) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil), incluindo as coleções: LILACS e Medline.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Unidade de Terapia Intensiva, Estresse e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva e Atuação do Enfermeiro do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva: práticas e ações preventivas, combinados pelo operador booleano “*and*”.

Os critérios de inclusão elencados tiveram por base os documentos científicos no formato de artigos, dissertações, livros, monografias e teses, com recorte temporal entre de 1997 a 2020, disponíveis no domínio público, no idioma português.

A seguir, realizou-se uma leitura em profundidade e após a análise crítica e reflexiva congruentes aos objetivos da temática a redação científica dividida em três tópicos: Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Considerações Básicas; Estresse e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva; Atuação do Enfermeiro do Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva: Práticas e Ações Preventivas.

3 | REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Considerações Básicas

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor crítico do hospital que precisa de monitoração constante. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), no Manual de Acreditação Hospitalar diz que a UTI é um setor do hospital destinado ao atendimento de pacientes com risco de morte, tendo estes setores profissionais habilitados a prestar uma assistência permanente, utilizando equipamentos específicos com acesso à tecnologia necessária para garantia do atendimento adequado ao paciente.

A UTI é o ambiente que se destina a receber pacientes em estado grave, mas com possibilidade de recuperação, exigindo permanentemente assistência médica e de enfermagem além da utilização de equipamentos especializados e sofisticados. Os profissionais que lá atuam necessitam de vigilância ininterrupta, ações rápidas, precisas e o máximo de eficiência da equipe (ANDRADE *et al.*, 2019).

Na UTI concentram-se recursos altamente especializados a serviço de doentes em situação de limite. Seu espaço físico apresenta uma série de características: muitos ruídos, desde as vozes dos profissionais até os sons das aparelhagens, com seus alarmes sonoros. Há também um odor no ambiente: uma mistura de cheiros (medicações, materiais para curativos e de secreções), combinação enjoativa e variável. É um ambiente muito claro, iluminado artificialmente por luz fluorescente com as janelas fechadas por um filtro, de forma que não é possível ver a luz do dia. O ambiente tem a temperatura controlada pelo termômetro. Essas características

fazem com que a UTI seja um local onde se há quase uma total abolição do tempo e um isolamento do mundo exterior. É um setor que está estruturado para o enfrentamento de situações especiais que surgem quase cotidianamente (ANDRADE *et al.*, 2019).

SIQUEIRA *et al.*, (2019) ressaltam que este local dispõe de uma tecnologia de ponta, o que é um grande aliado para o sucesso do tratamento dos pacientes ali internados. A visão tecnológica significa unir os conhecimentos científicos à técnica, com o intuito de proporcionar um cuidado tecnológico ao paciente. Os profissionais que atuam nesse setor são os responsáveis pela qualidade dos cuidados prestados. Diante da gravidade apresentada pelos doentes em estado crítico internados na UTI, a alta tecnologia utilizada e a complexidade dos cuidados inerentes aos tratamentos, verifica-se na prática cotidiana dessas unidades, que mesmo pequenas falhas no decorrer do atendimento podem trazer conseqüências graves aos pacientes. A qualidade e a quantidade dos recursos materiais disponíveis na unidade também são fatores decisivos para a continuidade de uma competente assistência. Devido a UTI apresentar as características descritas anteriormente e os enfermeiros que ali trabalham conviverem com indivíduos portadores de doenças graves e instáveis, tornam-se alvo dos fatores estressantes (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Os profissionais de saúde atuantes nesse setor estão diante de gravidades distintas de atenção. Os pacientes lá internados encontram-se em momentos inesperados de suas vidas não sabendo a real situação de seu prognóstico, com pessoas desconhecidas, tendo vários questionamentos, que geram sentimentos que os fazem renegar sua patologia pelo medo da morte (GONÇALVES; SILVA, 2019).

3.2 Estresse e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

De acordo com Baccaro (1997), a definição de estresse, acentuado por Selye, foi se diluindo, adequando aos novos conhecimentos científicos e às transformações pelas quais a sociedade passou, podendo ser considerado como uma tensão emocional, onde vive o homem moderno e que mais cedo ou mais tarde, vai levá-lo a um desgaste orgânico e conseqüentemente, a uma série incontável de enfermidades.

Ainda segundo esses autores, o estresse caracteriza-se por três fases:

Na primeira fase, o indivíduo não percebe o que está acontecendo dentro dele, e pode ter indícios de mal humor, agressividade e inquietação. Na segunda, a tendência do organismo é permitir que o estado de desequilíbrio permaneça, é uma fase de adaptação levando a um quadro permanente de tensão. Finalmente na terceira fase, se o organismo for contido a um estado de tensão permanente e se aparecerem novos fatores que levam ao estresse, ele terá uma queda de suas defesas naturais, ficando vulnerável ao surgimento de várias doenças físicas ou

mentais que comprometem o indivíduo (EVANGELISTA; RIBEIRO, 2020)

Os sintomas do estresse que mais se destacam são: suor, calor, dor de cabeça, tensão muscular, alteração no batimento cardíaco, dores de estômago, colite e irritação. O estresse pode também se refletir em atrasos, insatisfação, sabotagem e baixos níveis de desempenho das pessoas em suas funções (FERNANDES et al., 2017).

Entre os profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, são consideradas fontes estressoras: Problemas de relacionamento com a equipe, exigências em excesso, dupla jornadas de trabalho e pressões exercidas pelos superiores. Além disso, muitos enfermeiros enfrentam uma sobrecarga tanto quantitativa, pela responsabilidade por mais de um setor hospitalar, quanto qualitativa verificada na complexidade das relações humanas. Eles, pelas contingências do cotidiano, esquecem de se preocuparem com sua qualidade de vida (RIBEIRO *et al.*, 2019).

De acordo com Jesus (2019), um ambiente de trabalho mais adequado com implementação de medidas de segurança garantem melhores condições trabalhistas e amenizam os estressores como um todo, pois são muitos os que propiciam acidentes e doenças ocupacionais.

Quando nosso cérebro, involuntariamente, interpreta alguma situação ameaçadora (estressante), o organismo começa a desenvolver uma série de alterações que são denominadas, em seu conjunto, de Síndrome Geral do Estresse. É um estado de alerta, pois todas as respostas corporais entram em estado de prontidão, ou seja, todo organismo é mobilizado sem envolvimento específico de algum órgão em particular (EVANGELISTA; RIBEIRO, 2020).

O estresse elevado no ambiente de trabalho é fator significativo na determinação de doenças nos próprios profissionais da área. Há um estado de desequilíbrio da pessoa que se instala quando esta é submetida a uma série de tensões suficientemente fortes ou persistentes. Os agentes estressantes são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças (RIBEIRO *et al.*, 2019)..

3.3 A Atuação do Enfermeiro do Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva: Práticas e Ações Preventivas

Diante de tantos contextos e das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI, Siqueira *et al.*, (2019) ressalta a necessidade de busca de novas estratégias e propostas que proporcionem, em especial àqueles lotados em unidades de prestação de cuidados complexos, condições que visem o alcance de maior controle emocional. Tornando mais intensa e estressante a responsabilidade de cuidados na UTI, onde cuidar com qualidade é a meta a ser

alcançada por toda a equipe multidisciplinar.

Constantemente pode-se observar que o trabalho de enfermeiro, inserido nas instituições de saúde, é, muitas vezes, multifacetado, dividido e submetido à diversidade de cargos, geradores de desgaste, fatores que são predisponentes ao estresse, principalmente quando está relacionado a UTI. Os enfermeiros são elementos essenciais para a manutenção do tratamento e cuidado das pessoas que são admitidas na UTI. Assim devem ter como prioridades básicas de atuação: a vigília, atenção, dedicação e o controle emocional. Sendo capaz de reconhecer os estressores que estão presentes no trabalho, bem como mecanismos e estratégias de enfrentamento individual e grupal para diminuir a ocorrência de estresse do profissional na UTI, proporcionando, assim, ambiente favorável à manutenção da saúde, tanto do paciente quanto do enfermeiro (GONÇALVES; SILVA, 2019).

Conforme a Lei Nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem do trabalho no Brasil e no Decreto Regulamentador nº 94.406, portaria nº 06 do DSST, de 12 de junho de 1990, conforme artigo 1º, subitem 4.4.1 alínea “d”, o enfermeiro do trabalho atua na promoção, prevenção e recuperação da saúde, prestando cuidados aos doentes e acidentados, visando o bem estar físico e mental dos clientes (ANENT, 2020).

A Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho (ANENT), os Enfermeiros de Saúde Ocupacional (ESO), no Brasil, exercem atividades à higiene ocupacional, segurança e medicina, e integram grupos de estudo de proteção da saúde e segurança do trabalhador. De acordo com a ANENT, as responsabilidades dos Enfermeiros de Saúde Ocupacional, abrangem diversas tarefas, relacionadas à prevenção de doenças e acidentes de trabalho e à promoção da saúde no trabalho (MARZIALE, 2010).

De acordo com a Norma Regulamentadora 32 (NR 32) abrange situações de exposição aos vários agentes de riscos presentes no ambiente de trabalho como: riscos biológicos, riscos químicos, riscos físicos, riscos ergonômicos e radiação ionizante. A redução ou eliminação dos agravos a saúde do trabalhador estão em grande parte relacionados à sua capacidade de perceber a seriedade dos cuidados e medidas de proteção as quais precisarão ser adotadas no âmbito de trabalho (BRASIL, 2013).

Muitos acidentes podem ser evitados por meio de programas de orientação promovidos pelo enfermeiro. A insatisfação do trabalho implica na perda da capacidade laboral do trabalho em sua totalidade assim como pode ocasionar doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho que levam ao afastamento temporário ou permanente do trabalhador e suas atividades habituais. Levar este saber ao trabalhador deve fazer parte das medidas de prevenção (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Compete ao enfermeiro do trabalho iniciar programas de orientação, esclarecimento para maior adesão dos trabalhadores, a fim de reduzir a incidência de acidentes ocupacionais, tornando imprescindível sua participação nas medidas preventivas para proteger-se e manter um ambiente seguro para os demais trabalhadores.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre o estresse profissional e a atuação do enfermeiro do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde podem ser entendidas como necessária para auxiliar na identificação de pontos de estresse na equipe.

No ambiente de Unidade de Terapia Intensiva há pacientes em estado grave, o que requer dos profissionais de enfermagem, com ênfase no enfermeiro, uma vigilância ininterrupta, marcada por ações rápidas e eficazes, mas que podem gerar sentimentos diversos devido ao medo da finitude.

O estresse gerado nestes ambientes é identificado nos problemas de relacionamento com a equipe, devido a pressões exercidas pelas chefias de serviço. Um ambiente de trabalho adequado possibilita melhores condições trabalhistas e redução nos acidentes e doenças ocupacionais.

O enfermeiro necessita desenvolver o hábito da vigília, aprimorar a atenção, dedicação e o controle emocional, identificando os estressores que estão presentes no trabalho.

É imprescindível compreender que acidentes podem ser evitados por meio de ações desenvolvidas pelo enfermeiro, a partir de identificação da insatisfação no trabalho, com a perda da capacidade laboral que pode ocasionar doenças ocupacionais que levam ao afastamento do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. M. et al. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 20, p. e334, 3 fev. 2019. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e334.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/334/235>. Acesso em: 20 set 2020.

ANENT. **Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho**. Disponível em: www.anent.org.br. Acesso em: 08 out 2020.

BACCARO, A. **Vencendo o estresse: como detectá-lo e superá-lo**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde**. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf. Acesso em: 20 set 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadores/nr_32.asp. Acesso em: 28 set 2020.

EVANGELISTA, D. da S.; RIBEIRO, W. A. Burnout syndrome and stress experienced by nurses in the intensive care unit: a literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v.9, n.7, p. e733974327, 2020. ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4327>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4327/4140>. Acesso em: 28 set 2020.

FERNANDE, B.F.G.A. et al. Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva. **REMAS - Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, [S.l.], v.9, n.1, p. 17-30, mar. 2019. ISSN 1983-0173. Disponível em: <http://www.faculdadefuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/197>. Acesso em: 29 set. 2020.

FERNANDES, L.S. et al. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v.2, n.9, p.551-557, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.551-557>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4199/pdf>. Acesso em 28 set 2020.

GONÇALVES, M.J.R.; SILVA, A.R. DA. A saúde emocional da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v.2, n.4, p. 200-211, 2019. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/57>. Acesso em 18 set 2020.

JESUS, J.A. DE. Afastamentos dos profissionais de enfermagem da UTI adulto de um hospital universitário de Uberlândia: implicações. 2019. 87 f. Dissertação (Mestrado em Geografia)- Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.712>. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/27639>. Acesso em 18 set 2020.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr.** RS, v.25 n.1, p.65-74, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n1/a08v25s1.pdf>. Acesso em: 25 set 2020.

MARZIALE, M.H.P. et al. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2, p. 40-48, mar/abr. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_07.pdf. Acesso em 25 set 2020.

RIBEIRO, W.A. et al. Evidências e repercussões do estresse vivenciado pelos enfermeiros da unidade de terapia intensiva: um estudo das publicações brasileiras. **Revista Pró-UniversUS**, v.10, n. 1, p. 61-65. 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1659>. Acesso em 29 set 2020.

SIQUEIRA, V.R.B. et al. Contribuições da Tecnologia para Assistência de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 19 - 31, jul. 2019. ISSN 2359-0424. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.40086>. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/40086>>. Acesso em: 19 set. 2020.

SILVÉRIO, F.C.D.M., MORAES, R.S.D. Enfermeiro do trabalho: prevenção de riscos ergonômicos. **Enfermagem Revista**, São Paulo, v.23, n.1, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/23634>. Acesso em 19 set 2020.

TOMAZ, H.C. et al. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v.24, n1, p. e190634, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190634>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24s1/1807-5762-icse-24-s1-e190634.pdf>. Acesso em: 20 set 2020.

CAPÍTULO 12

MINHA VIDA DÁ UM LIVRO: ESCUTA SENSÍVEL E PRODUÇÃO DE VIDA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 16/10/2020

Samira Lima da Costa

Professora do curso de graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Pós- graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - UFRJ
Terapeuta ocupacional, Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - UFRJ
<http://lattes.cnpq.br/1253895144833105>

Beatriz Akemi Takeiti

Professora do curso de graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Pós- graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - UFRJ
Terapeuta ocupacional, Doutorado em Psicologia Social – PUC-SP
<http://lattes.cnpq.br/7350700223254990>

Ana Luisa Rocha Mallet

Médica da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador e do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada - UFRJ
Doutorado em Cardiologia - UFRJ
<http://lattes.cnpq.br/4882184753460589>

Alexandre Schreiner Ramos da Silva

Médico da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador - UFRJ
Doutorando em Filosofia/Ética - UFRJ
<http://lattes.cnpq.br/7022622384763596>

Silvia Barbosa de Carvalho

Psicóloga da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador - UFRJ
Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – UFRJ
<http://lattes.cnpq.br/5837383252387336>

RESUMO: Este ensaio reflete experiências de produção de narrativas a partir de uma escuta sensível de suas narradoras/es como parte do projeto “Minha Vida dá um Livro”. O “Minha Vida dá um Livro” organiza-se como eixo de ações voltadas para o ensino, a pesquisa e a extensão, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, envolvendo os cursos de Terapia Ocupacional, Medicina e Fonoaudiologia da faculdade de Medicina, o Programa de Pós Graduação em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social do Instituto de Psicologia e a Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador. A produção de narrativas tem invariavelmente se mostrado potente no entendimento de acontecimentos na vida, tanto daquele/a que conta quanto daquele/a que ouve. Assim, trazemos autores/as que discutem sobre a produção de narrativas como intervenção em saúde e aqueles/as que partem do resgate da memória e da cultura produzida a partir da oralidade. Relatamos experiências e compartilhamos narrativas produzidas em contextos distintos com narradores/as diversos/as: comunidades tradicionais, jovens de periferia, pacientes e servidores/as públicos. Compreendemos os processos de produção de narrativas de memória de vida como facilitadores de um movimento necessário à dinâmica entre

Caos (desordem) e Cosmos (organização) enquanto apostas que se constroem *num continuum*, a partir de movimentos de crise e organização dos diferentes universos que compõem a vida e a história dos sujeitos. O “Minha Vida dá um Livro” é, portanto, um convite a olhar na direção do outro que, muitas vezes se apresenta fragmentado, fagocitado pelas engrenagens hegemônicas do pensamento. A produção de narrativas, ao mesmo tempo em que nos possibilita o diálogo com a formação acadêmica, produzindo novas tecnologias, também nos convoca à não conformidade com os discursos totalitários, nos fazendo, cotidianamente, olhar a vida e o trabalho na universidade como potências criadoras de sentidos.

PALAVRAS-CHAVE: Narrativas em saúde; produção de narrativa; memória; experiência.

MY LIFE GIVES A BOOK: SENSITIVE LISTENING AND LIFE PRODUCTION

ABSTRACT: This essay reflects experiences of narrative production from a sensitive listening of their narrators/es as part of the project “My Life Gives a Book”. “Minha Vida dá um Livro” is organized as an axis of actions focused on teaching, research and extension, at the Federal University of Rio de Janeiro, involving the courses of Occupational Therapy, Medicine and Speech Therapy of the Faculty of Medicine, the Graduate Program in Community Psychosociology and Social Ecology of the Institute of Psychology and the Coordination of Occupational Health Policies. The production of narratives has invariably proved powerful in understanding events in life, both of the one who counts and the one who listens. Thus, we bring authors who discuss the production of narratives as an intervention in health and those who start from the rescue of memory and culture produced from orality. We report experiences and share narratives produced in different contexts with diverse narrators: traditional communities, young people from the periphery, patients and public servants. We understand the processes of production of narratives of life memory as facilitators of a movement necessary to the dynamics between Chaos (disorder) and Cosmos (organization) as bets that are built on a continuum, from crisis movements and organization of the different universes that make up the life and history of the subjects. “My Life Gives a Book” is therefore an invitation to look in the direction of the other that, many times, presents to us fragmented, phagocyted by the hegemonic gears of thought. The production of narratives, while enabling us to dialogue with academic formation, producing new technologies, also calls us to non-conformity with totalitarian discourses, making us, daily, look at life and work at the university as powerful for creation of meanings.

KEYWORDS: Health narratives; narrative production; memory; experience.

INTRODUÇÃO

O projeto “Minha Vida dá um Livro” organiza-se como eixo de ações voltadas para o ensino, a pesquisa e a extensão, na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, envolvendo os cursos de Terapia Ocupacional, Medicina e Fonoaudiologia

da faculdade de Medicina, o Programa de Pós Graduação em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social do Instituto de Psicologia e a Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador - CPST. O projeto busca, através de uma escuta sensível, a produção de narrativas, numa coprodução entre o narrador/a e aquele/a que escuta a narrativa. Entendemos que essa parceria torna rica e potente a escritura de uma história/evento que só existe até o momento de forma desarticulada e fluida na mente do/a narrador/a. Pensar nossa história, conversar sobre ela, vê-la da maneira que foi apreendida e retratada por uma outra pessoa, permite emergir um outro olhar sobre o que foi relatado e possibilita uma releitura. Nos estudos de narrativa e na experiência do projeto, este tipo de produção tem invariavelmente se mostrado potente no entendimento de acontecimentos na vida, tanto daquele/a que conta quanto daquele/a que ouve.

Neste capítulo apresentaremos alguns dos referenciais teóricos que têm nos amparado nesse trabalho e também o relato de nossas experiências em diferentes ambientes nos quais temos desenvolvido ações do “Minha Vida dá um Livro”.

O USO DA NARRATIVA COMO INSTRUMENTO NA PESQUISA E NA INTERVENÇÃO

O uso da narrativa na pesquisa e na intervenção tem funcionado tanto como ferramenta metodológica quanto como dispositivo teórico, na medida em que narrador/a e ouvinte/escrita se encontram para (re)criar uma história narrada.

O uso da narrativa livre da memória foi utilizado como instrumento de coleta de informações em pesquisas empíricas e na assistência durante muito tempo, tendo aos poucos perdido sua validade e reconhecimento científico, como descrevem Sarlo (2007) e Frochtengarten (2005). Com a pretensa objetivação da pesquisa, e também pretensa neutralização do/a pesquisador/a frente ao “objeto” pesquisado, a narrativa foi ao longo dos séculos sendo transformada em conteúdo cujo registro buscase ser reconhecido “cientificamente”, gerando inúmeras sistematizações, que vão desde o questionário até várias formas de estruturas de entrevista, perdendo assim seu formato livre.

Apesar disso, a narração livre das próprias memórias parece receber “(...) um reconhecimento crescente como uma organizadora central do conhecimento e da existência do ser humano” (FERREIRA, 2007, p. 21). Assim, as histórias narradas ajudam no processo de organização sensível e atenta das informações, tanto para o/a ouvinte quanto para o/a narrador/a.

- **Contar para “organizar as ideias”**

Pennebaker, pesquisador americano de psicologia social, investiga há

alguns anos a produção de narrativas como elemento terapêutico, discutindo o efeito organizador que as narrativas de memórias traumáticas podem produzir. Para este autor, a produção de narrativas ajuda as pessoas a reorganizarem seus pensamentos e sentimentos sobre experiências traumáticas e criar narrativas mais coerentes e significativas sobre os acontecimentos em suas vidas, concluindo que “As histórias contadas e ouvidas neste contexto carregam o peso da partilha de experiência, a potência emocional do sofrimento comum, e aparecem como via de aprendizagem social (DAVISON, PENNEBAKER e DICKERSON, 2000, p. 208, *trad livre*). Pesquisou também, com outros colaboradores, a narrativa escrita a respeito de situações traumáticas. Eles identificaram que “escrever sobre temas emocionais auto-relevantes tem uma vasta gama de benefícios para a saúde mental e física: “Uma explicação atraente para esse fenômeno é que a escrita facilita “fazer-história” - a capacidade de fazer histórias coerentes e com sentido na vida de alguém - e é formar uma boa história que promove os benefícios da saúde” (PENNEBAKER, GRAYBEAL E SEXTON, 2010, *trad livre*).

É neste sentido, portanto, que o método da narrativa livre de memórias de vida se transforma em uma intervenção em si, e com grande potência terapêutica. Entendemos, assim, que o ser humano significa o mundo e a experiência discursivamente, sendo a narrativa um organizador da dimensão caótica da vida como consideram Medina (2003) e Künsch (2006). Ao estruturar a narrativa do acontecido de maneira coerente, o narrador elabora a experiência passada de forma menos desestruturante de seu cotidiano presente. Além disso, Pennebaker observa que, desde o momento em que os sujeitos narradores são capazes de elaborar melhor o sucedido, passam a ser observáveis melhorias significativas em sua saúde física e em seu bem-estar (PENNEBAKER, 2000). O ato de contar e recontar experiências parece produzir uma condição facilitadora de reestruturação do universo singular. Entenda-se aqui esta reestruturação como elaboração, não se pautando na ideia de organização de forma pura, mas trazendo em sua compreensão a própria desordem como parte da ordem da vida.

Enquanto narra, a memória se produz. Enquanto narra, o/a narrador/a lembra. Assim se constroem os fios da memória: “uma lembrança puxa a outra”. E narrar contribui para, no processo mesmo em que se produz a narrativa, trazer à vida presente situações e experiências selecionadas para serem revividas, de novo e de forma diferente (CARVALHO e COSTA, 2011, p. 64).

Narrar seria, então, uma oportunidade ímpar de lembrar, de não deixar esquecer, de “produzir-se a si próprio na memória alheia enquanto sujeito cognoscível e memorável” (CARVALHO e COSTA, 2011, p. 68).

Por outro lado, há também no processo de narrar a possibilidade

de favorecer não só a lembrança, mas o esquecimento. Tanto o esquecimento descansado de quem já lembrou e, portanto, já “pode esquecer”, quanto o esquecimento recortado de quem, ao lembrar, deixou de lado partes da lembrança, jogando-as ao esquecimento (CARVALHO e COSTA, 2011, p. 68).

Nas palavras de Walter Benjamin, “se consideramos a dor uma barreira que bloqueia a corrente da narração, podemos ver claramente que ela se quebra quando o declive é suficientemente acentuado para arrastar tudo que encontra em seu caminho em direção ao oceano do venturoso esquecimento” (BENJAMIN, 2002).

Entendemos que a memória se produz, em parte, também pelo esquecimento. O esquecimento não surge como oposto à lembrança, mas como parte do processo de produção de memória. Esquecer determinadas passagens da vida e “ser esquecido” (por situações, pessoas e lugares) é parte inerente do processo de lembrar e produzir memórias. Não há lembrança sem esquecimento. A produção da memória é, necessariamente, um processo de edição da própria história, com recortes e relevos criados pelo narrador. Entendemos aqui que o esquecimento, assim como o riso, o choro, a lembrança, a transformação da experiência e tantos outros elementos presentes na produção de memória, não têm um foco definido. Desta forma, pode referir-se às experiências diversas, inclusive às traumáticas.

Künsch (2006) afirma que a edição da memória narrada organiza as informações conforme as regras do meio e conforme a lógica do editor que, no caso, é formado pela dupla narrador/a-ouvinte. A narrativa livre é, portanto, editada pelo/a narrador/a, e o poder de edição pode conter também um forte apelo terapêutico. Cabe lembrar que muitas vezes a narrativa constrói pontes e redes entre fatos novos e velhos, produzindo respeito à diacronia, reconhecimento da sincronia e, em alguns casos, se licenciando criações anacrônicas (COSTA, 2008). Nesta perspectiva, podemos compreender quão potente pode ser a atividade de narrar livremente suas memórias, sem compromisso com a “cronologia”, com a “coerência” ou com a “verdade”. Isto não significa dizer que serão selecionadas apenas vivências maravilhosas. Também não significa dizer que as experiências traumáticas terão sempre lugar de destaque nas narrativas. Significa, antes, que essas e outras estratégias são formas possíveis — e não mutuamente eliminatórias — de se produzir memórias de vida: a partir de fatos do cotidiano, não necessariamente grandiosos, mas significativos no momento ímpar em que o narrador se propõe a narrar. Narrar o cotidiano, do presente e do passado, traz a oportunidade de, ao narrar, interferir naquilo que caracteriza o cotidiano narrado: potencializar memórias, apagar memórias, transformar memórias. O momento da narrativa, por ser livre, parece produzir um lugar de Encontro, momento em que, estando juntos, duas ou mais pessoas produzem algo diferente daquilo que fariam sozinhas, e de onde saem

transformadas não umas pelas outras, mas todas pelo encontro em si. Para Medina (2003) e Künsch (2006), a narrativa é uma das respostas humanas diante do caos, acrescentando sentidos mais sutis à arte de tecer o presente. “O que se diz da realidade constitui outra realidade, a simbólica. Sem essa produção cultural — a narrativa — o ser humano não se expressa, não se afirma perante a desorganização e as invisibilidades da vida” (MEDINA, 2003, p. 47-48).

- **Encontros entre Walter Benjamin e Beatriz Sarlo**

Beatriz Sarlo se debruça sobre a vida, a época e a obra de Walter Benjamin para extrair dela, especialmente, o “método benjaminiano”. Segundo a autora, Benjamin “constrói um conhecimento a partir de citações excepcionais, e não só de ‘séries de acontecimentos parecidos (SARLO, 2013, p.35). As evidências históricas se constituem em elementos centrais para iluminar os cenários atuais. E, para Benjamin (1987), as formas de conceber a verdade histórica passam pelo conhecimento que se adquire através de narrativa.

Benjamin (1987) e Sarlo (2013) se apresentam como importantes interlocutores nos estudos da narrativa. O primeiro denuncia a fragilidade da troca de experiências, ameaçada pela informação. Somos capturados por uma avalanche de informação, todos os dias, a todo o momento, prejudicando a escuta sensível. Para Benjamin (1987), “se a arte da narrativa é hoje rara, a difusão da informação é decisivamente responsável por esse declínio”. A narrativa depende de um imaginário que se constrói no encontro entre ouvinte e narrador. Já a informação chega quase pronta, sem precisar trabalhar o imaginário dos sujeitos para que se conheça.

Beatriz Sarlo (2007) toma os relatos testemunhais como discursos narrativos, porque é inevitável que nestas narrativas, a condição de narrador, implicado que esteja aos fatos do passado, não persiga uma verdade externa quando ela é enunciada. Como afirmava, ancorada em Benjamin, seria inevitável conceber a marca do presente no ato de narrar o passado porque, no discurso, o presente tem uma experiência fenomenológica do tempo presente da enunciação. Assim,

“reconstruir o passado de um sujeito ou reconstruir o próprio passado, através de testemunhos de forte inflexão autobiográfica, implica que o sujeito que narra (porque narra) se aproxime de uma verdade que, até o próprio momento da narração, ele não conhecia totalmente ou só conhecia em fragmentos escamoteados” (Sarlo, 2007)

Sarlo (2007) e Frochtengarten (2005), ao estudarem o evento mundialmente traumático do holocausto, lembram que algumas experiências precisavam ser registradas. Mas como, se quase não havia registros imagéticos de muitas das histórias vividas? Como, se na sistematização das entrevistas, os números reduziam

as experiências e os detalhes singulares das narrativas se perdiam? Por motivos como este, — principalmente a partir da década de 1970 — o testemunho voltou a ser requisitado pelas ciências sociais enquanto método legítimo.

Eis, neste período — e envolto por inúmeras constatações acerca da falibilidade do dado sistemático como fonte única de dados — o retorno da narrativa oral de história de vida como ferramenta científica de coleta de dados, assim como vários outros métodos não-objetivos até então desconsiderados enquanto métodos científicos (COSTA, 2008). Posteriormente, a narrativa aparece também através da crescente preocupação com pessoas comuns e os modos pelos quais entendem suas próprias experiências, suas vidas, seu mundo.

O mesmo processo se dá na sociologia, na pedagogia e na antropologia. O uso da narrativa de memórias de vida vem sendo uma ferramenta cada vez mais reconhecida no meio acadêmico — com diferentes nomes, mas com métodos bastante semelhantes —, principalmente por sua capacidade de alcançar aspectos de situações vividas que outros métodos de coleta dificilmente alcançariam. Atualmente, “o lugar espetacular da história oral é reconhecido pela disciplina acadêmica que, há muitas décadas, considera totalmente legítimas as fontes testemunhais orais” (SARLO, 2007). Além disso, a memória oral favorece a escuta de sujeitos que, de diferentes formas, foram excluídos dos processos de produção da história oficial.

A história oral possibilita que indivíduos pertencentes a categorias sociais, geralmente excluídas da história oficial, possam ser ouvidos, deixando registradas para análises futuras suas próprias visões de mundo, bem como as visões do grupo social a que pertencem. E mais: através da história oral podemos gerar fontes de documentação e pesquisa, por meio do registro, transcrição, edição dos depoimentos e testemunhos colhidos durante a pesquisa (COSTA, 1998, p. 8).

Muitas vezes, este processo sucessivo de exclusão de memórias na oficialização da história acaba por excluir também os registros mais significativos da experiência e da leitura da história, em muitos e diferentes grupos.

Para Benjamin (1987), o narrador se destaca como alguém que sabe dar conselhos no campo da troca de experiências. Através de processos de troca, narrador e ouvinte participam de um encontro único de formação de compromisso, onde quem narra e quem ouve transformam-se mutuamente e produzem novos espaços de existir.

A maneira como contamos uma história, naturalmente abrindo mão de alguns detalhes e dando ênfase a outros - a depender de quem é nosso ouvinte, torna mais fácil gravar na memória do ouvinte aquilo que se narra e que, a seu modo, o ouvinte assimilará com propriedade, tomando-a como sua própria memória e experiência.

Assim, o ouvinte poderá, um dia, ceder à inclinação de recontar a história um dia. Em se tratando de narrativas em saúde:

“(...) a narração que um doente faz ao médico, no início do tratamento, pode tornar-se o começo de um processo de cura. Surge, assim, a questão: a narração não criaria, muitas vezes, o clima apropriado e a condição mais favorável de uma cura? Não seria toda doença curável se ela se deixasse levar pela correnteza da narração até a foz? Se considerarmos a dor uma barreira que bloqueia a corrente da narração, podemos ver claramente que ela se quebra quando o declive é suficientemente acentuado para arrastar tudo o que encontra em seu caminho em direção ao oceano do venturoso esquecimento. O afago desenha um leito para essa correnteza” (BENJAMIN, 2002, p.114-5)

Uma parte importante deste campo relacional, que será diferente a cada nova investida, ainda que se mantenham os mesmos ouvinte e narrador/a, é a dinâmica que endereça uma fala determinada a um ouvinte específico. É a oralidade, habilidade de transmitir pela experiência da palavra, que potencializa esse encontro entre narrador/a e ouvinte. A oralidade é um dos vértices da realidade, contada e recontada ao sabor dos encontros e surpresas da vida vivida. Ela extrapola a mera proposição de expressão da palavra falada, desenhando um modo de aproximação entre saberes de um determinado grupo social. Ao refletir sobre a oralidade, nos envolvemos com uma gama de aspectos referentes ao grupo, mas, sobretudo, ressaltamos seu valor central como elemento de promoção do conhecimento. O escritor e filósofo malinês, Hampâté Bá (1979), defendeu a prioridade de pensar a memória e a cultura a partir da oralidade. Em seus estudos sobre a riqueza simbólica dos contos de tradição oral africanos para a transmissão de saberes entre os povos tradicionais, reconhece este patrimônio imaterial como fonte de conhecimento tão importante como a cultura letrada.

Mais que dar testemunho da sua passagem pela vida narrando um trecho da sua história, cada narrador faz de si o templo de uma história maior e permite a transmissão às gerações futuras, a partir da tomada de posição. Há uma coesão entre palavra falada e formação de compromisso (HAMPÂTÉ BÁ, 1979). Seja qual for o ambiente, repensar a história através da potência das narrativas e de seus narradores é reafirmar a importância de cada um no processo de transformação social e manutenção das tradições. Jogo ambíguo, mas extremamente necessário na formulação do mundo em sua diversidade.

COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS

As experiências do “Minha Vida dá um Livro” ocorrem em diferentes frentes e campos de atuação. Se no contexto de pesquisas sobre memória e tradições, as

narrativas são tomadas como base referencial enquanto *fontes*, ficando para o/a pesquisador/a a tarefa de ordenar o dito, o visto, o acontecido. O “Minha Vida”, como é carinhosamente chamado, inscrito como projeto de extensão universitária, subverte o lugar de enunciação da história, na perspectiva de fomentar e apoiar reflexões sobre o tema, a partir da própria comunidade que fala. Descrevemos aqui algumas destas experiências, circunscritas na vida acadêmica enquanto atividades de extensão, pesquisa e assistência.

- **Comunidades tradicionais**

As comunidades tradicionais são compostas por grupos que vivem diretamente de sua relação com os recursos naturais, de modo indissociável de sua própria compreensão de comunidade e de espiritualidade. Os modos de organização destes grupos têm em comum o suporte material e espiritual da natureza, ou dos bens naturais. Historicamente distanciados das estruturas individualizantes cidades, a maior parte de seus conhecimentos se organiza, transmite e transforma a partir da oralidade e da memória. São, portanto, experiências de vida comunitária que têm seu eixo apoiado nas narrativas.

Nos últimos cinco anos, a frente *Comunidades Tradicionais* elaborou ações de produção e registro de narrativas com comunidades indígenas, de terreiro, quilombolas e caiçaras. Compartilhamos algumas experiências:

Três histórias

1. *Quilombo do Grotão (Niterói, RJ)*

O Quilombo do Grotão fica na região oceânica do município de Niterói (RJ), na base do Parque Nacional Serra da Tiririca. Assim como muitas outras comunidades quilombolas, esta é também constituída de uma família cuja chegada à cidade se deu no início do século XX, dentro do fluxo migratório Nordeste-Sudeste que o país viveu neste período. O casal fundador da comunidade – seu Manoel Lisboa e Dona Maria Lisboa – veio do interior do Sergipe, netos de negros escravizados nas fazendas daquela região. O deslocamento para Niterói ocorreu com objetivo de assumirem trabalho na fazenda Engenho do Mato, onde trabalharam por muitos anos, em troca de casa e comida, com pouco ou nenhum direito trabalhista. A proprietária da fazenda, reconhecendo sua falência e ameaçada pelos direitos trabalhistas que começavam a ser debatidos pelo meio rural nos anos 1960, fez uma carta de próprio punho deixando para os pretos de sua fazenda uma porção de terra, que incluía a própria plantação de bananas feita por eles. Com base nesta carta, a fazenda foi dividida entre os seis sitiantes. Os grileiros chegaram rápido,

seguidos da especulação imobiliária. A única família que resistiu a estas investidas foi a família do senhor Manoel e dona Maria. Viveram ali por décadas, plantando, colhendo, fazendo seus festejos, cuidando da sua saúde da família e cultivando sua espiritualidade no terreiro do avô que, após sua morte, passou-o à neta que levava o nome da avó – Mariazinha. A secretaria estadual de meio ambiente, reconhecendo o bom trabalho de conservação ambiental feito pela família, identificou que a área onde moravam estava muito bem conservada, podendo se confundir com a própria mata da serra, em contraste com todo o entorno onde a especulação imobiliária havia chegado, criando tanto grandes condomínios quanto ocupações desordenadas. Diante de tal constatação, esta mesma secretaria determinou pela saída da família Lisboa da região, para ali demarcar o perímetro de uma unidade de conservação – o Parque Estadual Serra da Tiririca. A partir daí, a família passou a buscar meios legais que garantisse seu direito de permanência. O projeto “Minha Vida dá um Livro” chegou ao Quilombo em 2015, através de ações de assistência na área sociocultural (estágio em terapia ocupacional) e de extensão. As narrativas contavam esta história e incluíam a carta da proprietária da fazenda, certidão de casamento dos avós, fotografias antigas da região, recortes de jornal. A partir destas narrativas e documentos a elas anexados, a pedido da própria comunidade, foi possível organizar um dossiê; este dossiê respaldou a produção do laudo que foi levado à Fundação Cultural Palmares, junto com a carta de autodeclaração e pedido de reconhecimento certificação.

A certificação da Fundação foi publicada em 2016 no Diário Oficial da União, dando início a uma longa trajetória desta família, que passou a se integrar às políticas regionais e nacionais voltadas ao povo quilombola, identificando-se aos poucos com esta denominação, uma vez que até então sua identidade de pertencimento se definia como família do campo, ou agricultores familiares.

2. Aldeia Guarani Mbya Ara Howy

A aldeia Ara Howy fica na mesma serra do quilombo, Serra da Tiririca, porém do outro lado, na porção que pertence à Maricá. A maior parte das aldeias guaranis do Brasil voltou ao território originalmente ocupado por este povo durante o período de refluxo migratório guarani (retorno ao território brasileiro após a constituição de 1988, após décadas de retração devido à violência). O povo guarani é nômade, fixando e levantando aldeias ao longo de uma vasta área que vai do Mato Grosso do Sul, ao Paraguai, Argentina, Uruguai e litoral brasileiro do Rio Grande do Sul até o Espírito Santo. Durante o período em que estiveram em retirada e recolhimento – evitando as violências que sofriam no Brasil – estiveram concentrados nas fronteiras com Argentina, Uruguai e Paraguai. O “Minha Vida dá um Livro” chegou à esta

aldeia por meio da pesquisa, através de uma mestranda de origem espanhola. Na aldeia a língua principal é o guarani. A maior parte das pessoas usa pouco ou nada o português. Tendo vindo das fronteiras sul do Brasil, falam também um pouco de espanhol. Reconhecendo a relevância da narrativa, e ao mesmo tempo a dificuldade de comunicação pela oralidade, a relação entre a pesquisadora e a aldeia se deu tendo como marco de fronteira a língua, e como ponto de encontro o uso da imagem. Usando parcialmente português e parcialmente espanhol, se comunicavam brevemente. A pesquisadora identificou que as mulheres da aldeia, por falarem menos o português e o espanhol, se constrangiam por falarem *portunhol rudimentar*. Sendo a pesquisadora de origem espanhola, isso as aproximou, pois esta era também a forma de comunicação que ela usava. Aos poucos, identificaram o uso da fotografia como recurso que trazia elementos narrativos aos quais não acessavam habitualmente. As imagens fotográficas provocavam a fala e superaram o constrangimento inicial. Durante um ano a pesquisadora morou nas vizinhanças da aldeia, ensinando a mulheres guaranis o uso da máquina fotográfica profissional e dialogando com as mulheres fotógrafas sobre seu cotidiano, narrado através de suas fotografias. Não apenas o cotidiano presente surgiu, mas também cotidianos passados, fotografias montadas para reproduzir imagens guardadas na memória, advindas de um passado já distante. A fotografia, assim, não era em si uma narrativa. Ao contrário, se colocava como elemento disparador, provocador da narrativa – que vinha numa enxurrada verbal, gestual, tonal – para compor, junto com a imagem, a cena. O recurso da fotografia colocou estas mulheres e suas narrativas no circuito artístico indígena e abriu espaço para suas narrativas.

3. *Vó Procópio e o Quilombo Kalunga*

O quilombo Kalunga reúne 32 comunidades quilombolas e foi um dos primeiros territórios demarcados após a constituição de 1988. Fica em Goiás. O “Minha Vida” chegou à comunidade de Cavalcante, do Quilombo Kalunga, através da pesquisa e da extensão. Por meio da pesquisa de pós doutorado, feita no contexto do Programa Encontro de Saberes da UNB (Universidade de Brasília), uma pesquisadora recebeu o convite para ajudar a organizar as memórias de sua matriarca. As memórias, neste caso, já estavam registradas pela neta, que fez desta produção seu trabalho de conclusão de curso, na graduação em Educação do Campo. O convite então era de, através do projeto “Minha Vida dá um Livro”, rever o material para de fato gerar um livro. Os encontros presenciais com a neta e com a avós foram poucos. As conversas por áudio à distância deram suporte para o trabalho de organização do livro *Vó Procópio: Memória e resistência Kalunga*, feito a muitas mãos, muitas conversas, muitas risadas... e muita ousadia. Este é um

livro de memórias que, entre outras tantas ousadias, tem como autora principal uma senhora que, nas letras do papel, não foi alfabetizada.

- **Juventude(s) no Complexo do Alemão**

Narrar e ouvir histórias de vida faz parte do cotidiano de qualquer pessoa. Através da parceria estabelecida entre o Departamento de Terapia Ocupacional da UFRJ, a Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro – SEEDUC - e a organização não-governamental Espaço Democrático de União, Convivência, Aprendizagem e Prevenção (EDUCAP) foram desenvolvidas ações extensionistas junto aos jovens no Complexo do Alemão. O projeto de extensão *Juventude(s): intervenções urbanas de arte-cultura no território* inserido neste território vem, desde 2015, intervindo com jovens através da oferta de oficinas de arte-cultura, buscando ampliar os repertórios educacionais e sociais para a formação em cidadania e direitos humanos.

Através do “Minha Vida dá um Livro”, procuramos desenvolver narrativas sensíveis como ferramentas metodológicas utilizadas no trabalho com a juventude urbana, levando em consideração a realidade pessoal-social, compreendendo o universo da escola e do bairro como territórios complexos de interações e interconexões. Em um mundo em que a possibilidade de troca de experiência está profundamente marcada pela velocidade com que as informações nos atravessam, parece imperativo e urgente pararmos nossas vidas para ouvir o outro, as suas histórias e o que os move diante dos acontecimentos (Benjamin, 1987).

No dia que eu nasci meu pai não estava em casa por causa do futebol, minha mãe ligou para ele. Então ele foi encontrá-la e depois foi para o cartório registrar. Nisso ele passou em casa e encontrou meu vizinho, que disse: - E aí, nasceu? Qual vai ser o nome? - A mulher quer Shaiani”, disse ele. E respondi: - Não, tem que ser Maria Flor, combina com a irmã dela Maria Terra. Aí, ele chegou no cartório e colocou **Maria Flor**. Eu sempre procurei me inspirar em quem me passasse conhecimento e sempre foram meus professores. Então eu tenho esse diferencial, essa sede demais de querer saber e entender as coisas (Maria Flor).

Fui criada pelos meus avós. Tentei morar com a minha mãe, mas não consigo ficar longe deles e da minha tia. Essa minha tia ajudou meus avós a me criar. Hoje ela tem duas filhas que eu ajudo a cuidar. (...) Qualquer lugar pra mim tá bom se eu estiver com minha avó. É só me adaptar (Júlia).

Jovens, num mesmo território, produzem subjetividades distintas devido às suas vivências. Tivemos a oportunidade de produzir narrativas com jovens, fossem elas no contexto da escola ou no próprio território. Notamos a singularidade de cada

um na forma de existir num mesmo território, na construção de suas subjetividades e nos resgates de suas memórias.

Assim Maria Flor, Júlia e tantos outros jovens que ouvimos expressam os seus territórios habitados em uma singularidade expressa através de narrativas sensíveis. Ouvimos porque encontramos narradores e narradoras dispostos a narrar suas experiências de amor, de amizade, de conflito e de interesses. Ao se depararem com suas próprias histórias, jovens reelaboram as suas experiências dando novos contornos e significados àquilo que foi experimentado no cotidiano, o que envolve as dimensões afetivas, econômicas, políticas, culturais, religiosas no decorrer da vida.

• **Narrativas em Saúde**

Uma das queixas principais dos usuários em relação ao atendimento em saúde é o fato dos profissionais envolvidos no atendimento não terem disponibilidade de escutar o que eles têm a contar e se concentrarem apenas nos aspectos técnicos da doença em questão. Existem trabalhos mostrando que médicos interrompem as narrativas cerca de 18 segundos após o usuário começar a contar o que o fez procurar atendimento (PHILLIPS e OSPINA, 2017) . Essa queixa não se restringe à equipe médica, mas têm sido mais direcionadas a esses profissionais. Sendo assim, o “Minha Vida dá um Livro” tem tentado trabalhar com uma escuta diferenciada entre estudantes de medicina e médicos no encontro clínico, que ocorre entre usuário e profissional. Se nem sempre conseguimos realizar a obtenção completa da narrativa dentro do dia-a-dia do atendimento em saúde, a perspectiva da escuta atenta utilizada na produção das histórias de vida nos permite trazer para a prática clínica essa possibilidade de uma escuta diferenciada e do seu potencial diagnóstico e terapêutico.

A própria organização estrutural da escola médica e de seus documentos demonstra o olhar predominantemente técnico quando, ao falarmos da anamnese, é oferecido ao estudante o preenchimento desse encontro através da “História da *doença* atual” e não a história do *adoecimento* atual, onde haveria um olhar privilegiado ao processo pelo qual aquela pessoa estivesse atravessando no curso do seu adoecimento. Enquanto a doença descrita nos livros técnicos tem sempre o mesmo aspecto, suas manifestações clínicas variam de paciente para paciente e principalmente são variadas as repercussões sociais, psíquicas, financeiras, familiares em cada indivíduo.

Quando falamos em “Narrativas em Saúde” estamos trazendo para a área clínica a possibilidade de uma escuta atenta, uma tentativa de escuta radicalmente interessada no que está sendo contado e também no que não está sendo dito. Assim como a literatura se diferencia de textos técnicos pela presença de

ambiguidades, silêncios, entrelinhas, metáforas, também numa entrevista em saúde existem todos esses elementos. A anamnese atual, registrada de uma maneira pretensamente objetiva e fria, empobrece a experiência e não permite a apreensão dessa experiência em toda sua complexidade.

Cabe aqui uma pausa para reflexão. A anamnese... O que é? *Mnese*, em grego, é memória, de onde deriva a palavra *amnésia*, ou perda da memória. Assim, a *anamnese* seria o recurso para a não-*amnésia*, não perder a memória. Uma ferramenta para registrar o que não deve ser esquecido. E quem define o que é importante, na história de uma pessoa e em sua relação com um processo de adoecimento? O que deve ser registrado, o que não pode ser esquecido? O “Minha Vida” propõe um percurso diferenciado, escapando dos protocolos fechados de *anamnese* e caminhando junto com o usuário em suas narrativas de vida.

Esse processo diferenciado de escuta é acompanhado de uma escrita que posteriormente é compartilhada com o próprio usuário para que, a partir daí, ele possa ouvir sua história, verificar se o que foi efetivamente registrado representa o que foi contado, propor alterações, editar sua história.

No campo da *assistência*, a produção de narrativas apoiada em uma escuta sensível pode configurar uma tecnologia de cuidado e acompanhamento. Vamos apresentar aqui dois exemplos em que uma escuta atenta por parte do profissional de saúde foi capaz de perceber nuances antes não registradas.

Exemplo 1: um usuário de 50 anos, atendido em várias especialidades permanecia com múltiplas queixas que não apresentavam correspondência em seu exame clínico ou exames complementares. Durante uma consulta mais demorada e atenta, com produção de narrativa com o usuário e sua esposa ficou-se sabendo que aquele homem, aparentemente saudável, tranquilo, com um bom emprego, havia perdido seu único filho havia cinco anos e que não queria nunca falar desse assunto, com a certeza que isso em nada contribuía para a sua situação clínica. Apesar de um extenso prontuário, essa informação não estava registrada. Nossa opinião era de que havia relação entre essa perda e seus sintomas. Então nos deparamos com a seguinte situação: achávamos que tínhamos localizado um ponto importante dentro da narrativa daquele usuário que pudesse justificar suas queixas, mas não tínhamos ainda como continuar nenhuma intervenção em parceria, pois não havia ainda disponibilidade interna daquele homem para levar adiante um novo processo de abordagem para seus problemas. Esse exemplo foi trazido para que seja reconhecido que a abordagem através das narrativas tem também seus limites e seu sucesso vai depender sempre de uma disponibilidade de narrador e ouvinte se envolverem generosa e genuinamente no processo.

Exemplo 2: Uma usuária de 80 anos retornou à consulta com sua filha para um parecer cardiológico, após três anos. A usuária era bastante introspectiva,

falava olhando pra baixo e apresentava a mesma queixa clínica da última visita, sem agravamento ou melhora, com o exame físico e complementares também sem alterações. Ao rever o prontuário, bastante volumoso, foi encontrado o registro feito da consulta inicial. Optamos por ler em voz alta o que havia sido registrado. Essa é uma prática sempre realizada no “Minha Vida dá um Livro”, mas que no dia a dia das consultas muitas vezes não conseguimos. Lemos para as duas o que havia sido escrito e havia o relato de um “certo grau de desconforto” familiar porque a senhora morava com a filha e três netas e havia muitas diferenças culturais entre elas. As duas reagiram rapidamente, negando que isso acontecesse. As outras observações em forma narrativa não foram contestadas. Ao longo da consulta, estudantes e professora foram percebendo mais uma vez esse desconforto e a questão foi recolocada com sensibilidade para as duas, que agora, já mais tranquilas e acolhidas concordaram haver áreas de atrito. Ao final, a usuária saiu sem qualquer prescrição medicamentosa, deu algumas risadas e houve um comprometimento de mãe e filha para realizar algumas pequenas mudanças no cotidiano buscando benefício para o convívio e para a própria saúde da usuária.

Nesses dois exemplos percebemos que uma escuta atenta e sensível, com disponibilidade do/a profissional pode contribuir para o cuidado em saúde e sua potência será tanto maior quanto maior a disponibilidade das partes envolvidas em se envolverem em um processo diferenciado de cuidado, que dê atenção não só aos aspectos clínicos do adoecimento mas também as processos subjetivos e de intersubjetividades envolvidos.

No bojo das ações relacionadas à promoção da saúde, temos ações voltadas à saúde do trabalhador. Após ampla discussão sobre o binômio saúde-trabalho, a Seção de Educação e Promoção da Saúde da CPST criou um espaço de escuta dos servidores demonstrando a relevância dessas memórias acerca da história da universidade. Para muitos, desde a construção, a UFRJ era lugar de festas, brincadeiras, local de lazer para os trabalhadores e suas famílias. Através do “Minha Vida” temos colhido essas memórias, na condição de ouvinte, possibilitando aos servidores refazer o caminho de suas memórias livremente. Nesse movimento, escreve-se, em parceria, a história dos invisíveis da UFRJ. As intervenções demonstram a valorização das memórias, mas também as potências dessas histórias na vida de quem narra. A dinâmica desses encontros mobilizou a criação de um banco de memórias dos comuns, os não notáveis, já que muitos não têm seus nomes impressos em placas ou preenchem o *currículum lattes*. E, assim, vamos criando uma rede de pertencimento entre estes servidores.

O ‘Minha Vida’ é uma oportunidade de aproximação diferente com os trabalhadores da universidade, uma extensão para dentro, em especial daqueles que têm a UFRJ como sua “segunda casa”, funcionários com duas, três, quatro

décadas de trabalho, que estão próximos à aposentadoria e cujas reminiscências biográficas se confundem com a história da universidade. Nestes encontros narrativos de memórias revividas, reconstruídas, recriadas - ou melhor, vivenciadas, elaboradas, produzidas nos nossos encontros - exercitamos nosso potencial de contar, escutar, escrever e reescrever histórias, destacando a dimensão social e ética de uma vida laboral passada em almoxarifados, laboratórios de pesquisa, setores de manutenção, de pessoal, atendimento ao público, salas de aula, arquivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS - A NARRATIVA E A VIDA: NO CAOS O COSMOS?

O “Minha Vida dá um Livro” considera, assim como Medina (2003) e Künsh (2006), que a narrativa seria uma possibilidade de o ser humano se organizar diante do caos. Entretanto, o caos (a desordem) ao qual nos referimos não é aquele caracterizado enquanto oposto ao cosmos (a organização). Caos e Cosmos, portanto, se constroem *num continuum*, a partir de movimentos de crise e organização nos diferentes universos, inclusive naqueles que se produzem na vida cotidiana dos sujeitos. É nesta leitura contemporânea da relação entre caos e cosmos que entendemos ser a narrativa um recurso de enfrentamento cotidiano. Esta perspectiva do Caos e do Cosmos favorece a compreensão da potência cósmica da narrativa de memórias de vida. Cósmico aqui tem o sentido de organizador, não pressupondo uma organização que elimina o Caos, mas produz um diálogo possível entre Caos e Cosmos, favorece o movimento e a vida e entende o equilíbrio enquanto processo inerentemente dinâmico, dialógico.

Desta forma, os processos de narrativa de memória de vida podem ser compreendidos como facilitadores do movimento necessário à dinâmica entre Caos e Cosmos, promovendo possibilidades de reorganizar experiências e produzir vida.

O projeto “Minha Vida dá um Livro” é um convite, uma pergunta que fazemos e que nos fazemos todos os dias no exercício de nossas funções. É uma aposta ousada na direção do outro, este outro que pode facilmente ser fragmentado, fagocitado pelas engrenagens hegemônicas do pensamento. Ao mesmo tempo em que nos possibilita o diálogo com a formação acadêmica, produzindo novas tecnologias, nos convoca à não conformidade com os discursos totalitários, nos fazendo, cotidianamente, olhar a vida e o trabalho na universidade como potências criadoras de sentidos. Nesse movimento, nos reinventamos, como coletivo, como indivíduos comprometidos com uma prática ético-política que se fortalece na voz e no gesto do outro. Desafio reiterado de contar e recontar melhores histórias sobre a vida e o viver.

REFERÊNCIAS

- BENJAMIN, Walter. **O narrador**. In: Magia e técnica, arte e política - Ensaio sobre literatura e história da cultura. Obras escolhidas. Vol. 1. São Paulo: Editora Brasiliense: 1987.
- BENJAMIN, Walter. **Narrativa e cura**. *Jornal de Psicanálise*. V 35, n 64/65, p. 114-115. 2002.
- CARVALHO, Emilio Nolasco de; COSTA, Samira Lima da. **As potências da narrativa**. In: LOPES, Kleber Jean Matos; CARVALHO, Emilio Nolasco de; MATOS, Kelma Socorro Alves Lopes. *Ética e as reverberações do fazer*. Fortaleza, CE. d UFC: 2011. P 60-73.
- COSTA, Icleia Thiesen M. **Fragmentos discursivos de bairros do Rio de Janeiro: comentários**. Rio de Janeiro, RJ: UNI-RIO, Curso de Mestrado em Memória Social e Documento, 1998.
- COSTA, Samira Lima da. **Os sentidos da Comunidade: construções intergeracionais de memória coletiva na Ilha das Caieiras, em Vitória – ES**. Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil. 2008.
- DAVISON, Kathryn P, PENNEBAKER, James W., DICKERSON, Sally S. **Who Talks? The social psychology of illness support groups**. *American Psychologist*. V. 55, n 2. P. 205-217. Fev/2000.
- FERREIRA, Laura Bettencourt Tomás. **A Organização Narrativa em Adultos**. Tese de Mestrado em Psicologia / Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Portugal. 2007. 142p.
- FROCHTENGARTEN, F. **A memória oral no mundo contemporâneo**. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 19, n. 55, 2005.
- HAMPÂTÉ BÁ, Amadou. **A Palavra, Memória Viva na África**. In: *A África e sua História*, Correio da UNESCO, Rio de Janeiro, n 10-11, 1979.
- KÜNSCH, Dimas A. **Narrativa Jornalística e Reconstrução do Cosmos**. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – INTERCOM 2006 (Brasília, 6 a 9 de setembro de 2006). Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R1091-2.pdf>
- MEDINA, Cremilda de Araújo. **A arte de tecer o presente: narrativa e cotidiano**. 2ª edição. São Paulo: Summus, 2003.
- PENNEBAKER, J. W. (2000). **The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events**. In J. M. Violanti, D. Paton, & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (p. 97–114). Charles C Thomas Publisher.
- PENNEBAKER James W, Graybeal Anna, Sexton Janel D. **The role of story-making in disclosure writing: the psychometrics of narrative**. October 2010. *Psychology and health* 17(5):571-581. DOI: 10.1080/08870440290025786

PHILLIPS Kary A, OSPINA Nayky Singh. Physicians interrupting patients. *JAMA*. 2017;318(1):93-94. doi:10.1001/jama.2017.6493

SARLO, Beatriz. **Tempo passado: cultura da memória e guinada subjetiva**. São Paulo: Companhia das Letras; Belo Horizonte: UFMG, 2007.

SARLO, Beatriz. **Sete ensaios sobre Walter Benjamin e um lampejo**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

CAPÍTULO 13

MOTIVAÇÕES PARA ESCOLHA E PERMANÊNCIA NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: PERSPECTIVA DE EGRESSOS, MATO GROSSO

Data de aceite: 01/12/2020

Everton Rossi

Instituto de Saúde Coletiva - Universidade
Federal de Mato Grosso
Cuiabá – MT
[http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/
visualizacv.do?id=K4440081Y9](http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4440081Y9)

Reni Barsaglini

Instituto de Saúde Coletiva- Universidade
Federal de Mato Grosso
Cuiabá – MT
[http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/
visualizacv.do?id=K4702568E1](http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4702568E1)

RESUMO: O texto parte da perspectiva de egressos para compreender as motivações da escolha, ingresso e permanência na graduação em Saúde Coletiva considerando o processo de construção da identidade profissional como sanitarista. Com abordagem qualitativa, os dados tratados pela análise temática advieram de questionário *online* respondido por 49 egressos (do total de 93) e entrevistas compreensivas com 12 egressos atuantes no campo da Saúde Coletiva, selecionados pela técnica bola de neve. Em dois tópicos, os resultados enfocam as motivações da escolha da graduação em Saúde Coletiva sobressaindo: o sonho e a necessidade de uma formação superior; o aprofundamento de conhecimentos/especialização no campo por profissionais com graduação prévia e já inseridos no trabalho em saúde; a tradição familiar; a afinidade e predileção pela área da saúde; a

promoção do pensamento crítico. No outro tópico sobre as motivações da permanência no curso, se destacam: o desejo e luta pela saúde pública de qualidade; as metodologias de ensino adotadas durante o curso; o estágio supervisionado; as experiências extracurriculares (extensão, pesquisa, monitorias). As motivações objetivas e subjetivas merecem atenção e valorização, ressaltando-se as vivências práticas que se mostram amalgamadoras e potentes à permanência no curso e à construção da identidade profissional dos futuros sanitaristas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Formação Profissional; Identidade Profissional.

MOTIVATIONS FOR CHOISE AND PERMANENCE IN PUBLIC HEALTH GRADUATION: GRADUATES PERSPECTIVE, MATO GROSSO

ABSTRACT: The text starts from the perspective of graduates to understand the motivations for choosing, entering and remaining in the undergraduate course in Public Health considering the process of building professional identity as sanitarist. With a qualitative approach, the data treated by the thematic analysis came from an online questionnaire answered by 49 graduates (out of 93) and comprehensive interviews with 12 graduates working in the field of Public Health, selected by the snowball technique. In two topics, the results focus on the motivations for choosing the Collective Health degree, highlighting: the dream and the need for higher education; the deepening of knowledge / specialization in the field by professionals with previous graduation and already inserted in health work; the family

tradition; the affinity and predilection for the health area; the promotion of critical thinking. In the other topic on the motivations for staying in the course, the following stand out: the desire and struggle for quality public health; the teaching methodologies adopted during the course; the supervised internship; extracurricular experiences (extension, research, monitoring). The objective and subjective motivations deserve attention and appreciation, highlighting the practical experiences that are amalgamating and potent to remain in the course and to build the professional identity of future sanitariat

KEYWORDS: Public Health; Professional qualification; Professional Identity.

INTRODUÇÃO

Até 2008 a formação acadêmica do sanitarista ocorria pela pós-graduação (*Lato e Strictu sensu*) havendo mudanças em fins dos anos 2000 com a criação da graduação em Saúde Coletiva (GSC) justificando antecipar a formação do sanitarista, qualificando para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA, 2003; BOSI; PAIM, 2010).

A possibilidade da referida graduação surge em contexto de incentivos à formação superior pelo Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) do Ministério da Educação (MEC), publicado em 2007, criando novas vagas e cursos (BRASIL, 2004), entre eles o de Saúde Coletiva a partir de 2008. Atualmente há vinte e dois destes cursos, presente em todos os estados brasileiros, entre eles Mato Grosso desde 2010, ofertado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC-UFMT).

De acordo como Projeto Político Pedagógico (PPP), a GSC ofertada pelo ISC-UFMT no período noturno, propõe formar o bacharel em Saúde Coletiva como profissional generalista, com habilidade para compreender o fenômeno da saúde a partir de sua dimensão coletiva, bem como exercer ações relacionadas à atenção à saúde; sendo capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões políticas, sociais, culturais e históricas de seus determinantes (UFMT,2013). A formação graduada remete à identidade profissional como processo de socialização individual e coletivo, subjetivo e objetivo, construindo-se pelas interações e aprendizagens que legitimam o pertencimento à categoria profissional e articulando a trajetória da formação e profissional/mundo vivido do trabalho em que são incorporados saberes profissionais especializados (DUBAR, 2005).

Atualmente, a diversidade de profissões nas várias áreas e subáreas do conhecimento impõe decisões de escolha as quais se relacionam às motivações, determinações e construções de identidades (CASTELLANOS et al., 2013)

que, por sua vez, se orientam por projetos individuais, coletivos e institucionais oportunizados pelo contexto. Por projeto entende-se toda conduta organizada para atingir finalidades específicas (VELHO, 2003) mobilizando a pessoa para a ação, antecipando e visando um estado futuro. Como princípios para o comportamento, as motivações impulsionam projetos em perspectiva aberta, porém balizados pelos limites do contexto sócio-histórico e cultural de cada sociedade onde se desenrolam as trajetórias biográficas, ou seja, dentro do que Gilberto Velho (2003) chama de campo de possibilidades.

No caso dos egressos da GSC, interessa conhecer as motivações para a escolha do curso e aquelas ao longo da formação que favoreceram e possibilitaram a permanência nele. Tal informação é relevante diante de 11 turmas concluídas com o total de 93 egressos até a ocasião desta pesquisa, ao passo que seria esperado ter 440 diplomados (40 vagas/semestre), sendo considerável as desistências de 78,9% no total. Assim, identificar as motivações junto aos egressos levou a nos aproximarmos das respectivas experiências cujos relatos se baseiam no que se mostrou significativo. Toma-se por experiência a forma como sujeitos concretos vivenciam o mundo no fluxo existencial da vida cotidiana, a qual é apreensível como lembrança, do conjunto do vivido que é editado pelo que os toca ou os afeta (BONDÍA, 2002).

Oriundo de pesquisa mais ampla (ROSSI, 2020), este texto visa compreender as motivações objetivas e subjetivas para escolha e permanência na graduação em Saúde Coletiva partindo da perspectiva dos egressos que vivenciaram a formação graduada em meio ao processo de construção da identidade profissional como sanitarista.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo e coletou dados por meio de dois instrumentos complementares. Um questionário do *Google Docs-Forms*, com questões abertas e fechadas, sendo exploradas as respostas à pergunta: “*O que motivou a fazer a graduação em Saúde Coletiva?*”. Dos 93 egressos convidados (por e-mail e grupo de WhatsApp do qual o primeiro autor faz parte como egresso) obtivemos 49 questionários respondidos (52,7% do total) em que: predomina a faixa etária de 30 a 39 anos seguida de 20 a 29 anos, com 23 e 15 respondentes, respectivamente, sendo que os demais têm acima de 40 anos e um tem mais de 60 anos. Predomina o sexo feminino (39 egressas) seguindo tendência na área de saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011) e 22 deles possuem outra graduação sendo 07 na área de saúde, sobressaindo 04 em Enfermagem e, demais, uma em Fonoaudiologia, Fisioterapia e Radiologia/Tecnólogo.

O segundo instrumento foi um roteiro temático aplicado pela técnica da entrevista compreensiva (KAUFMANN, 2013) junto a doze egressos já inseridos no campo da Saúde Coletiva, selecionados pela técnica da bola de neve pela qual identificamos o primeiro entrevistado que indicava outros conhecidos (VINUTO, 2014), delimitando-se pela repetição dos nomes, somado à saturação dos temas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Dos 12 entrevistados, 10 são mulheres, predominando a faixa etária de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, com 4 respondentes cada; 03 na faixa etária dos 20 a 29 anos e um com mais de 50 anos. Cinco deles cursam pós-graduação (residência e mestrado); 07 são servidores de secretarias de saúde.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados foram tratados pela análise temática como sugere Gomes (1994) buscando núcleos de sentido nas falas.

A pesquisa de origem foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (parecer nº 3.193.556/2018) e, resguardando o anonimato, os participantes foram identificados nos trechos de falas por Quest. e Entrev. (conforme fonte) seguidos de numeração aleatória. Os resultados serão apresentados em dois tópicos enfocando motivações para a escolha e permanência no curso.

MOTIVAÇÕES PARA A ESCOLHA E O INGRESSO NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ao inquirir os participantes sobre a escolha da GSC, dentre as motivações apontadas destacou-se o *sonho* e, também, a necessidade de ter uma formação de nível superior em Universidade Pública. Nesse sentido, pensa-se nas oportunidades de formação engendradas pelas mudanças nos mecanismos de ingresso no ensino superior de instituições públicas (como o Sistema de Seleção Unificada –Sisu, criado em 2010), vindas pelas novas políticas de expansão do ensino superior da década de 2000, a exemplo do Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais/Reuni de 2007, com ampliação de vagas e cursos de graduação, inclusive o de Saúde Coletiva. Este período é marcado por iniciativas públicas de democratizar o acesso à educação superior que, embora figure constitucionalmente como direito, era restrito, de modo que se forjaram possibilidades de concretização de projeto, supostamente e até então, distantes da realidade de dados segmentos sociais tal como um *sonho*. Soma-se ao fato de ser instituição pública que, predominantemente, guarda tradição e compromisso com a qualidade e gratuidade do ensino ofertado. Neste contexto, os sujeitos podem reformular projetos condizentes com sua realidade ressitando a dedicação aos estudos na vida, pois a viabilidade depende, também, da estrutura e dinâmica no campo de possibilidades (VELHO, 2003). E,

ainda, considerando a faixa etária predominante dos participantes da pesquisa (34 acima dos 30 anos), faz sentido e viável o projeto de formação acadêmica, sem concorrer com projeto reprodutivo familiar que abarca a criação dos filhos e as atividades domésticas, pois o curso é noturno possibilitando conciliação com projeto produtivo de trabalho formal. Vejamos pelos relatos seguintes:

O sonho de ter nível superior e a possibilidade de ingressar em uma universidade federal gratuita. (Quest.4).

Meu filho sugeriu que eu voltasse novamente a estudar. Era algo que eu pretendia fazer, mas não naquele momento. Ele [filho] conversou muito comigo e falou: "não, a senhora tem que entrar! Tem que estudar, vai ocupar a mente da senhora. O curso de Saúde Coletiva é muito bom. A senhora deveria fazer ele. É um curso noturno e uma faculdade, é uma Federal, é Universidade Federal, eu acho que vai valer muito a pena a senhora fazer (Entrev. 9).

Como nunca tinha ouvido falar [na GSC], não tive muitas motivações para escolhê-lo, além da necessidade de ter um curso superior (Quest. 27).

Neste perfil dos participantes tensionam-se as oportunidades e as condições para ingressar no curso *desejado e possível*. Compromissos pessoais e financeiros podem restringir a escolha impelindo a adaptar o *projeto inicial/preferencial* postos pelo *campo de possibilidades* referido por Velho (2003) corroborando achados de outros estudos (CASTELLANOS et al., 2013; SILVA; PINTO, 2018; SILVA, 2015). Como referem:

Eu tinha vontade de fazer Psicologia ou senão Nutrição, só que como eu ainda estava trabalhando e eu tinha que estudar na universidade pública não tinha como eu bancar, porque eu pagando os cursos para os meus filhos, né, eu tinha que ser na pública mesmo. Daí eu, fui ver qual seria um curso que eu pudesse fazer a noite e procurando (...) Bom, não tenho outra opção porque os cursos de Psicologia e Nutrição são em tempo integral, senão eu teria feito, teria dado preferência! (Entrev.3).

No caso dos entrevistados com outra graduação e já atuantes no mercado de trabalho na área de saúde, a escolha da SC parece motivar-se pelo aprofundamento e aprimoramento de conhecimentos neste campo. Nota-se que os aportes pelas disciplinas na graduação anterior foram considerados insuficientes, fragmentados ou restritos à dimensão técnica; mas também a possibilidade de exercitar o pensamento crítico é percebida como mais presente na Saúde Coletiva e marcante no agir sanitário. Assim, essa escolha esteve orientada tanto por questões contextuais da vida do ingressante, quanto por valores referentes à reafirmação do ensino superior

como fonte de saber (CASTELLANOS et al., 2013). Vejamos:

[escolheu]Para aprender coisas que na Enfermagem eu não tive acesso e eu não queria ser tecnicista. Eu queria ser uma enfermeira que compreendesse o todo. Enfermeiro técnico já tem muito, né?! E eu não tenho perfil para isso. (...)Sou muito questionadora eu pergunto muito o “por quê”. E a Enfermagem na instituição que eu estudava não me permitia na época perguntar muito o “por quê”. Era:“faça assim e pronto!” E eu queria uma formação mais abrangente e eu sabia que aqui na UFMT eu ia conseguir. Quando eu vi a grade da graduação em Saúde Coletiva eu falei: é isso! (Entrev.7).

O interesse e gosto pela área como uma oportunidade de agregar mais conhecimento, visto já trabalhar na área da saúde (Quest.30).

Nestes casos e a seguir, tem lugar as experiências prévias com as práticas laborais em outras áreas do respectivo trabalho (SILVA; PINTO, 2018; VIANA; SOUZA, 2018), denotando o desejo/necessidade de complementar a formação, visando especialização diante das demandas do contexto do serviço público de saúde. Tal busca parece tomar lugar da pós-graduação *lato sensu* que recrudescer a partir de meados da década de 1990 diante da expansão dos programas *stricto sensu*, principalmente com a implantação da modalidade profissionalizante (CARVALHO; TAVEIRA, 2010), inclusive em Saúde Pública. Há de lembrarmos da interdisciplinaridade que constitui o cerne da Saúde Coletiva, de modo que a composição identitária do sanitarista com saberes e práticas de diferentes áreas seria parte mesmo da sua formação e atuação.

(...) Bom, eu já trabalho. Na época [do ingresso] eu já trabalhava na Secretaria XX de Saúde [Profissional de Nível Superior] (...), só que sentia muita falta de entender as políticas de saúde (...)E aí, quando eu vi o curso no site da UFMT eu achei interessante porque eu ia ter uma oportunidade de estudar essa parte [na GSC] (Entrev.6).

(...) Então, eu já sabia da Saúde Coletiva. Não sabia da graduação, sabia das especializações. Quando eu vi que iria ter uma graduação em Saúde Coletiva, não tava fazendo nada a noite, vamos, vamos estudar (...)Essa foi a motivação! Ampliar meus conhecimentos sobre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva (...) No sentido de aperfeiçoar, de olhar pra minha prática [coordenadora de vigilância junto à uma Secretaria Municipal de Saúde] de uma forma mais científica e poder melhorar ela.(Entrev.1)

A motivação pela tradição também esteve presente na escolha da GSC. A construção da identidade busca raízes na infância e adolescência, no seio familiar – motivação formulada no arranjo familiar (DUBAR, 2005). O desejo mencionado de seguir os passos dos pais conflui aos achados de outros estudos (SILVA; PINTO,

2018; CARVALHO; TAVEIRA, 2010). Resulta, assim, de identidade *herdada e visada* no futuro, pela qual se interioriza os valores de um grupo de referência ao qual se almeja pertencer (DUBAR, 2005). Para além da tradição familiar, percebe-se a motivação por um valor, qual seja: o direito à saúde dos usuários, a qual corrobora o pensamento de Paim e Pinto (2013) ao afirmarem que a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS requerem a constituição de sujeitos capazes de recompor as práticas na Saúde Coletiva. É o que se observar no relato:

O desejo de seguir o exemplo de minha mãe, trabalhadora da área da saúde desde muito jovem. Também o de poder contribuir para melhorar as condições para, principalmente, os usuários, a razão de existir do SUS (Quest.44).

Para além de *usuários* e o SUS, a Saúde Coletiva tem compromisso com a saúde de *pessoas e populações*. Como ensinam PAIM; ALMEIDA-FILHO (1998), um dos pressupostos basilares da SC é a compreensão da saúde enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber articulado à estrutura da sociedade através das instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, então, historicidade. Na sociedade brasileira de históricas desigualdades sociais, a formação em SC instiga indignar-se com as iniquidades com olhar mais alargado à saúde e sua determinação e determinantes sociais para agir reflexiva, crítica e propositivamente e transformar a realidade para além das práticas assistenciais. O desejo de mudanças para a vida da população vislumbra-se pela participação profissional na gestão. E este é o eixo privilegiado no Projeto Político Pedagógico da GSC da UFMT, propondo que o graduado possa compor equipe multidisciplinar participando da gestão de sistemas e serviços de saúde; realize levantamento, análise e programação em saúde a partir de dados epidemiológicos, congregando conhecimentos das Ciências Sociais em direção à integralidade e da equidade na atenção à saúde (UFMT, 2013). Nas palavras do nosso interlocutor:

O fato de amar a área da saúde, mas não gostar da área da assistência. Apesar de reconhecer a importância dos profissionais da área da assistência, sempre acreditei que poderia mudar de forma eficiente a vida dessas pessoas através da gestão dos serviços de saúde (Quest.14).

Por fim, foi mencionada a escolha da GSC por predileção à área da saúde, conforme as pistas nos relatos, ao referirem “gostar”, se “sentirem afinados”, ter “interesse” e ser a “oportunidade de cursar na área da saúde”, confluindo aos achados do estudo de Castellanos et al (2013). Pode-se inferir que, a expectativa positiva quanto à empregabilidade e entrada no mercado de trabalho no setor saúde torna o curso atrativo, dada a dimensão do maior sistema público do mundo representado pelo SUS e seus postos de trabalho diretos e indiretos (MACHADO; OLIVEIRA,

2011). Embora a Saúde Coletiva seja um campo de saberes e práticas consolidado, em termos de formação graduada encontra-se em momento de constituição política e institucional (regulamentação da profissão, criação de conselhos de classe e de ética, eventos específicos etc) para a sua consolidação. Se este caráter inaugural e inovador da GSC pode gerar inseguranças, houve relato de ser motivador diante da possibilidade gerada pelo sistema de ingresso (pontuação) aliado à incerteza sobre a profissão a seguir, ao referir que a escolha foi pela *“curiosidade, pois se tratava de um curso, até então, novo. E o fato de ainda não ter opção bem definida à época em que prestei vestibular”* (Quest.19). O ingresso no curso possível e novo pode justificar evasões por diferentes motivos, após a implantação do Sisu em uma universidade de Minas Gerais (BARBOSA et al., 2017) não sendo, portanto, algo isolado ou exclusivo localmente.

Vimos que a escolha da GSC tem motivações de cunho pessoal, subjetivo, valorativo como, também, é favorecida pela oportunidade criada por políticas públicas inclusivas implementadas no País na década de 2000. Contudo, além das motivações de escolha, abordaremos as que favoreceram a permanência no curso escolhido.

MOTIVAÇÕES PARA PERMANÊNCIA NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

A escolha e a motivação para ingresso em um curso superior não garante a permanência nele. Ao iniciar a trajetória acadêmica o aluno reavalia sua opção frente às experiências e conhecimento acerca da profissão/curso escolhido, podendo reafirmar ou questionar tal escolha (CASTELLANOS et al., 2013). Ao longo dessa trajetória, a permanência no curso pode ser entendida pela situação na qual o ingressante mantém seu interesse em meio às condições que considera essenciais (BISINOTO et al., 2016) e que permitem sustentar a escolha.

Embora alguns egressos não tenham relatado interesse prévio pela GSC, revelaram que no decorrer da trajetória acadêmica, adquiriram sentimentos de pertença ao campo. Reiteram-se valores encontrados nos motivos da escolha (luta e defesa da saúde como direito) encarnados na experiência inspiradora e engajada do contato com parte dos docentes-sanitaristas. A inversão da escolha feita pelo campo, presente no terceiro excerto abaixo, ilustra a força e consolidação da Saúde Coletiva com nuances ontológicos que favorece a permanência no curso, mesmo que no ingresso a escolha tenha sido fortuita. Notemos na voz dos interlocutores:

No início foi o que a nota deu, no período noturno. Porém com o tempo, fui me envolvendo com o curso e com suas lutas por melhorias para a saúde e vida da população. Isso que me motivou a continuar

e não desistir, além do incentivo, admiração por alguns professores que são profissionais envolvidos, o que acaba nos dando vontade de fazer parte dessa luta e fazer a diferença como eles assim o fazem (Quest.11).

A minha primeira opção era Medicina, só que a minha nota não tinha sido suficiente para Medicina. Só que era pra Saúde Coletiva (...)tinha o sonho da Medicina ainda, isso era fato, não tem como falar que acabou com a Saúde Coletiva, mas a graduação [Saúde Coletiva] eu comecei a ver o que era a Saúde Coletiva (...) Eu tava muito envolvido, já tava assim uma parte de mim: ah, era uma coisa minha já a graduação! (Entrev.10)

A Saúde Coletiva que me escolheu (...)Eu queria algo mais voltado para a gestão e não assistência à saúde (...) No acolhimento [semana do calouro] eu já me encontrei. No momento que explicaram o que era Saúde Coletiva eu me encontrei. Então eu digo que não foi eu que escolhi e acho que hoje foi uma das grandes assertivas da minha vida, foi essa formação (Entrev.11).

De acordo com o PPP do curso, a formação dos profissionais de Saúde Coletiva não deverá estar restrita aos limites da sala de aula e aos muros da Universidade. Além disso, o aluno deverá ter a possibilidade de ser estimulado a exercer autonomia em seu percurso formativo. O curso no ISC-UFMT segue os princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais e propõe fortalecer a articulação teoria-prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão. Isso se concretiza pelas atividades curriculares e extra-curriculares como projetos de pesquisa, extensão, monitorias, consultorias desenvolvidas em laboratório de informática, participação em eventos científicos na área – todas previstas ao longo da formação, constando na missão do Instituto de Saúde Coletiva (UFMT, 2013).

O Projeto Político Pedagógico da graduação em questão no ISC-UFMT tem como singularidade, do primeiro ao sexto semestre, a disciplina Eixo Integrador com carga horária de 64 horas, das quais metade deve ser prática. Nela propõe-se lançar mão da metodologia da problematização, tendo em vista mobilizar atividades junto (e em conjunto) com o aluno, visando integrar temáticas trabalhadas nas disciplinas de cada semestre letivo. Assim, propõe-se que sejam articulados conhecimentos já construídos e novos produzidos pelos alunos na solução de situações-problema (UFMT, 2005). Tais atividades favorecem a aproximação entre discentes, docentes e a população a partir de práticas cotidianas e do confronto entre a teoria e o mundo real de necessidades e desejos (HENNINGTON, 2005). A fala seguinte mostra tal movimento promotor de sentimentos de pertença à profissão do sanitarista nesta identidade em construção.

A gente estava no segundo mês de curso indo para o terceiro já, e depois de ter um pouco de teoria começamos ir para o território [tema norteador da disciplina Eixo Integrador I] fazer o levantamento e tudo, a gente escolheu um bairro (...)E quando eu cheguei lá depois de dois meses de graduação indo para o terceiro eu tive, uma outra visão, entendeu!? Uma outra visão daquela população, uma outra visão do território (...) acabei me apaixonando, porque eu comecei a enxergar o ser humano como um todo, comecei a enxergar é... a pessoa em si e comecei a ver que tinha sim possibilidade de melhorias (...) eu fui tendo cada vez mais o interesse de pesquisar, ler mais, fazer mais e me empenhar mais(...)Tranquei [matricula em outro curso em universidade privada no quarto período para me dedicar exclusivamente à Saúde Coletiva. (Entrev.4).

Outro contato motivador da permanência no curso, coroando a socialização do futuro sanitarista mencionado pelos egressos, é o Estágio Curricular Supervisionado previsto no sétimo (160 horas) e oitavo (240 horas) semestres. Constitui atividade importante na construção da identidade profissional, bem como espaço de trabalho no cotidiano das práticas em saúde (LORENA; AKERMAN, 2016) e palco singular por se situar no mundo da academia e estender-se para o mundo do trabalho, dando suporte à articulação entre a teoria e a prática-reflexão-ação-reflexão (PIMENTA, 1995). E, ainda, oportunidade estratégica para exercitar o pensamento crítico marcante do campo em questão. Pelos relatos, no estágio supervisionado conseguem visualizar lacunas, fragilidades e pontos a serem melhorados nos serviços, dada a visão ampla do sistema de saúde proporcionada pelo Curso. Desse modo, o estágio pode ser pensado como espelho da formação acadêmica e binóculo da projeção e atuação profissional (PEREIRA; CARNEIRO, 2019). O estágio supervisionado da GSC da UFMT visa oferecer a possibilidade de poder, na prática, vivenciar a realidade da profissão com foco na gestão de sistemas e serviços de saúde, colocando em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso (UFMT, 2013). Conforme relataram:

Para que eu pudesse visualizar na prática o que me foi ensinado em sala de aula. Me mostrou que o serviço de gestão e planejamento da saúde tem que ser melhorado, tanto na visão da gestão quanto de pessoa, pois as políticas nós temos, mas devem ser mais bem disseminadas para a população (Quest.7).

O estágio foi muito importante para a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática e poder ver e avaliar os resultados dessa experiência. Além disso, [proporciona] o contato com o mercado de trabalho para fazer aprofundamento, considerando que é muito recente (Quest.41)

O estágio faz com que o sistema de saúde e os conteúdos ganhem concretude na proximidade com o cotidiano de trabalho e, a partir desta experiência,

os discentes começam a se compreenderem como futuros sanitaristas, encarando o desafio de conviver, ouvir, falar, praticar os saberes que distinguem seu ethos. Dessa maneira, por mais que aprendam em sala de aula como desenvolverão o trabalho, na interação com Outros e na aprendizagem direta forjada *in loco* é que os conteúdos tornam-se significativos contribuindo para se verem como futuros sanitaristas.

Não obstante, chama a atenção no primeiro trecho abaixo a suposta dissociação entre graduação e estágio ao relatar que “*durante a graduação não consegui ter essa visão*” (Quest. 25): essa percepção tem a legitimidade do vivido, o que nos faz pensar que possivelmente é necessário aperfeiçoar a articulação e integração dos componentes, pois o estágio formalmente compõe a graduação. Vamos às falas:

O estágio foi extremamente importante para que eu pudesse compreender o que o sanitarista pode fazer como profissional, pois durante a graduação não consegui ter essa visão. Logo, foi no estágio que eu, de fato, adquiri maior gosto por essa profissão e percebi a importância do sanitarista (Quest.2).

Me deu base de conhecimento de causa do desafio de atuar como sanitarista em uma perspectiva de oportunidades de transformação causando/aplicando conceitos e aprendizados do curso com a realidade dura e fria do dia-dia de uma unidade de saúde (Quest.15).

O estágio curricular contribui para a permanência no curso a partir do sétimo semestre, todavia nesta mesma lógica, as atividades extracurriculares ganharam relevo entre os egressos ao participarem precocemente de projetos. É o caso da inserção em projetos de pesquisa e de extensão, monitorias, iniciação científica e, principalmente, quando são ofertadas bolsas de estudos. O contato dos alunos com uma das facetas da prática do sanitarista– a pesquisa –, estimula a permanência e a continuidade na formação acadêmica pós-graduada que é importante área que absorve os graduados.

Me proporcionou ter algumas oportunidades dentro da UFMT, pelo fato do curso ser noturno. Então, pude conseguir vaga para monitoria. Fui dois anos monitora das disciplinas X e Y [cita duas disciplinas](...) Depois eu fiz um processo seletivo para entrar no projeto extensão de XX [cita o projeto de docente do ISC] (Entrev.7).

No decorrer do curso fui me envolvendo (...) Participei de projetos de extensão, de pesquisa e cresci muito com isso no momento do estágio (Entrev.11).

A extensão universitária é ação integrante do processo de formação acadêmica, que ocorre pelas vivências que provocam relações e trocas diante

da realidade social. Ora, é um espaço de reflexão crítica para repensar ações acadêmicas frente às demandas sociais, bem como à formação de profissionais que se tornam protagonistas de transformações sociais (SILVA; RIBEIRO; SILVA, 2013).

O terceiro excerto abaixo faz referência aos eventos e constitui outra relevante atividade que mobiliza os alunos tanto na organização, como na proposição e apresentação de trabalhos (técnicos, científicos, extensionistas) em que participou, mas também, é oportunidade de estabelecer contatos com especialistas da área e outros estudantes do mesmo e de outros cursos, favorecendo troca de informações, experiências, saberes e organização política, inclusive. São atividades favorecedoras à aproximação entre discentes, docentes e a população, a partir de práticas cotidianas e do confronto entre a teoria e o mundo real de necessidades e desejos (HENNINGTON, 2005). Os depoimentos mostram a potência das atividades complementares para a formação e motivação para permanência no curso. Vejamos o que dizem:

Durante o curso também aconteceram muitas coisas(...), por exemplo, comecei a participar do projeto de extensão. Então isso, assim, abriu um leque para mim que foi um outro olhar entendeu, que pude participar de fora, fora do muro da UFMT. Então isso me deu um outro olhar que, que me fez amar a Saúde Coletiva e permanecer no curso(Entrev.9).

Me aproximou da prática [inserção em projeto de extensão], sendo assim, foi possível assimilar o que aprendíamos teoricamente em sala de aula. A prática nos leva a encarar a realidade de uma forma mais crítica e isso nos faz pensar de forma mais aprofundada em diversos assuntos relacionados ao campo de práticas da Saúde Coletiva (Quest.22).

Então, começo o segundo ano de faculdade como bolsista e ali tive a certeza que não ia mais abandonar, por que a partir do momento que eu entrei em extensão, eu comecei a participar de muita coisa. Então, a gente começou a ter as práticas por dentro do NDS[sigla do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do ISC-UFMT], tinha muito evento. E aí eram eventos com secretarias municipais de saúde que a gente via a possibilidade de atuação (Entrev.10).

O fato de número considerável de alunos participarem de atividades acadêmicas complementares contribui para inserção antecipada na realidade da profissão do sanitarista. Essas participações, para além do ensino, posicionam os egressos frente ao que desenvolvem ou desenvolverão enquanto profissionais da Saúde Coletiva. E, por ser uma iniciação profissional antecipado, propicia a descoberta de habilidades e valores relevantes para o futuro sanitarista visto que, muitas vezes, tal exercício só se realiza após a formação (BARDAGI, 2003). Destarte,

essas participações podem contribuir significativamente perante o comprometimento e fidelização à escolha realizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento da escolha de um curso em geral é, também, a aposta em uma profissão, ou seja, uma projeção para o futuro. As escolhas estão relacionadas a diferentes motivações, condicionantes e referências identitária, assim como a permanência no curso e atuação após formação.

Embora muitos interlocutores não tivessem interesse prévio na Saúde Coletiva, adquiriram afinidades com a área ao longo da trajetória acadêmica, pois em geral, escolhas não são de uma vez por todas. A escolha de uma graduação deve ser entendida contextualmente cotejando (em um campo de possibilidades) elementos pessoais e biográficos (a vida não se resume ao projeto de formação acadêmica, mas convive e compete com outros projetos); as expectativas consolidadas sobre cursos da saúde diante das incertezas de um curso novo; a proposta política-pedagógica-institucional; as condições de permanência. Assim, ampliar/democratizar o acesso ao direito à educação foi conquista importante, mas requer que se invista, mantenha e forjem as condições para que as pessoas possam permanecer nas suas escolhas se assim o desejarem.

Merecem atenção e valorização, dada as influências para permanência ao curso, as potencialidades das vivências e práticas durante todo o percurso acadêmico nas diversas modalidades referidas pelos egressos deste estudo que são, também, elementos amalgamadores e potentes para construção da identidade profissional dos futuros sanitaristas. Tais atividades são estratégicas para fazerem jus aos incentivos públicos institucionais que fomentem a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, formalmente previstos para promover a formação graduada comprometida técnica, política e eticamente com os direitos sociais da educação e da saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, J.P.G et al. **A adoção do Sisu e a evasão na Universidade Federal de Uberlândia**. Revista. Ibero-Americana de estudos em Educação, v.12, n.2, p.722-738, 2017.

BARDAGI, M.P. et al. **Trajetoária Acadêmica e Satisfação com a Escolha Profissional de Universitários em Meio de Curso**. Revista Brasileira de Orientação Profissional, v.4, n.1-2, p. 153-166, 2003.

BEATRIZ, A; MACHADO, K. **Pós-graduação: pensamento e ação integrados para a consolidação do SUS**. Radis, v.7, p. 12-17, 2003.

- BISINOTO, C et al. 2016. Expectativas acadêmicas dos ingressantes da Universidade de Brasília: indicadores para uma política de acolhimento. In: Almeida LS; Castro RV (Orgs). **Ser estudante no ensino superior: o caso do 1º ano**. Universidade do Minho; 2016.
- BONDÍA, J.L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Rev Brasileira de Educ. Rio de Janeiro, v.19, p.20-28, 2002.
- BOSI, M.L.M; PAIM, J.S. **Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação**. Ciênc& Saúde Coletiva, v.15. n.4, p.2029-2038, 2010.
- BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa e Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. **DOU**, 2007.
- CARVALHO, M.; TAVEIRA, M.C. **O papel dos pais na execução de planos de carreira no Ensino Secundário: Perspectivas de pais e de estudantes**. Análise Psicológica, v.28, n.2, p. 333-341, 2010.
- CASTELLANOS, MEP et al. **Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações**. Rev. Ciência &Saude Coletiva. 2013 fev 23; 18 (6): 1657-1666.
- DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- FONTANELLA B.JB; RICAS J.;TURATO, E.R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde.Pública, v.24, n.1, 17-27, 2008.
- GOMES, R.Análise de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S (Org): **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 67-80, 1994.
- HENNINGTON, Élica A. **Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro; v.21, n.1, p. :256-265, 2005.
- KAUFFMANN, J.C. **A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Maceió: Edufal; 2013.
- LORENA, A.G.; AKERMAN, M. **Uma ou várias? Identidades para o sanitário!** São Paulo: Hucitec , 2016.
- MACHADO M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES N.M.N. **Tendências do Mercado de trabalho em Saúde no Brasil**. In: PIERANTONI MR; FRANÇA T. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, v. 001, p. 103-116, 2011.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.32, n.4, p. 299-316, 1998.
- PAIM, J.S; PINTO, I.C.M. **Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitário**. Rev. Temp. Actas Saúde Coletiva, n.7, v.3, p. 13-35, 2013.

PEREIRA, E.L.; CARNEIRO, R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/ sobre saúde coletiva?.Saúde Sociedade, n. 28, v.2, p. 53-66, 2019.

PIMENTA, S.G. **O estágio na formação de professores: unidade teoria e prática?**Caderno de Pesquisa. São Paulo, p. 58-73, 1995.

ROSSI E, **A construção da identidade profissional de sanitaristas graduados pela Universidade Federal de Mato Grosso** [dissertação]. Cuiabá: UFMT; 2020.

SILVA, A.F.L; RIBEIRO C.D.M; SILVA A.G. **Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil.** Interface (Botucatu), n.17, v.45, p.371-384, 2013.

SILVA, V.O. **Identidade do sanitarista no Brasil: um estudo sobre as concepções das lideranças estudantis dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva** [dissertação]. Salvador: UFBA; 2015.

SILVA, V.O; PINTO I.C.M. **Identidade do “sanitarista” no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva.** Interface (Botucatu), v.22, n. 65, p. 539-550, 2018.

TEIXEIRA, C.F. **Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista.** Interface, Com, Saúde, Educação, n.7, v.13, p. 163-166, 2003.

UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.** Cuiabá, 2013.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

VIANA, J.L; SOUZA E.C.F. **Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em Saúde Coletiva.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n.3, p-1261-1285, 2018.

VINUTO, J.A **amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Temáticas, Campinas, n.22, v.44, p. 203-220, 2014.

PACIENTES ONCOLÓGICOS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Fernanda Fagundes Veloso Lana

Universidade Estadual de Montes Claros –
UNIMONTES
Montes Claros/MG
<http://lattes.cnpq.br/9281232467167385>

Juliana Macedo Bauman

Universidade de Campinas – FACAMP
<http://lattes.cnpq.br/1549505609344735>

RESUMO: A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 regulamentou a saúde como um direito básico dos cidadãos, tendo, para assegurá-lo, previsto ações positivas do Estado no intuito de garantir seu exercício. Desta forma, a atuação dos poderes públicos baseia-se não só na regulamentação, mas, também, na fiscalização dos serviços prestados, destacando-se, nesse momento, aqueles abrangidos pelas operadoras de planos de saúde, principalmente no que concerne à cobertura dos tratamentos oncológicos. Com o presente trabalho objetivou-se analisar a obediência às normas das operadoras de saúde no atendimento a pacientes oncológicos frente a fiscalização do Estado. Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória de artigos indexados na Revista de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo - USP, de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de legislação e de jurisprudência pátrias, com os descritores “Saúde”, “Câncer”, “Estado”

e “Planos de Saúde”. Observou-se que a ANS, sob amparo legal, estabelece rol de coberturas mínimas obrigatórias para os planos de saúde e disciplina os tipos de serviços a serem prestados pelas operadoras como: abrangência, urgência, carências, portabilidade, e, ao mesmo tempo, exclui procedimentos dessa lista. A doutrina interpreta a abrangência do direito à saúde, a atenção necessária aos vulneráveis pacientes oncológicos, ratificando a importância da atuação do Estado, o que é confirmado pelos julgados que asseguram aos pacientes, frente às negativas das operadoras, o direito de exigir a prestação de serviços. Assim, pode-se concluir que pacientes oncológicos contam com garantia de cobertura mínima para seus tratamentos através dos planos de saúde contratados, garantidos por normas legais, fiscalização da ANS e atuação do Poder Judiciário.

PALAVRAS-CHAVE: Pacientes Oncológicos; Planos de Saúde; Direito à Saúde.

ONCOLOGIC PATIENTS AND HEALTH PLANS IN BRAZIL

ABSTRACT: The 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil regulated health as a basic right of citizens, and in order to assure it, it provided for positive actions of the State in order to guarantee its exercise. Thus, the performance of public powers is based not only on regulation, but also on the inspection of services provided, standing out, at this moment, those covered by health plan operators, mainly concerning the coverage of oncologic treatments. The objective was to analyze the obedience to the norms of the health operators in the care of oncologic patients

before the State inspection. Through exploratory research of articles indexed in the Sanitary Law Magazine of the University of São Paulo - USP, data from the National Agency of Supplementary Health - ANS, legislation and country jurisprudence, with the descriptors “Health”, “Cancer”, “State” and “Health Plans”. It was observed that the ANS, under legal support, establishes a list of mandatory minimum coverage for health plans and disciplines the types of services to be provided by operators, such as: coverage, urgency, needs, portability, and, at the same time, excludes procedures from this list. The doctrine interprets the scope of the right to health, the necessary attention to vulnerable oncologic patients, ratifying the importance of the State’s action, which is confirmed by the judgements that assure patients, in face of the operators’ negatives, the right to demand the provision of services. Thus, it can be concluded that oncologic patients have a guarantee of minimum coverage for their treatment through contracted health plans, guaranteed by legal norms, ANS inspection and the actions of the Judiciary.

KEYWORDS: Oncological Patients; Health Plans; Right to Health.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil está regulamentada em várias leis, a começar da Constituição Federal de 1988, norma central do Direito Brasileiro.

Nela há a previsão do direito à saúde como um Direito Fundamental do cidadão, bem como do DEVER do Estado na sua promoção, que consiste na criação de políticas públicas e na efetiva atuação do Poder Público, não só através de atendimentos, como também através de atividades preventivas e assistenciais.

Todos os entes federativos, União, Estados, Distrito Federal e Municípios estão atrelados à diretrizes que os obrigam a aplicar recursos mínimos nas ações e serviços de saúde.

Entretanto, apesar de a garantia à saúde ser um direito de todos e um dever do Estado, este não consegue atender eficientemente a demanda da população dando espaço à iniciativa privada.

A permissão para que serviços médicos e hospitalares sejam prestados por particulares deu-se como assistência complementar, visto que o papel do Estado não foi desviado, mas recebeu reforço, sujeito a fiscalização por órgão ligado ao Ministério da Saúde do Governo Federal, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Referido órgão acumula, juntamente com a função de regulação dos serviços relacionados à saúde, a tarefa de normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras, elaborando, por exemplo, rol de procedimentos e eventos em lista que identifica o número mínimo de doenças e procedimentos obrigatórios a serem cobertos e oferecidos aos contratantes, bem como, verificar se efetivamente se esta lista está sendo atendida.

E para que se concretize esse direito é importante frisar o papel elementar da doutrina, já que promove a interpretação das novas demandas e realidades que surgem frente às normas já positivadas, e conseqüentemente, impulsiona, uma ação mais eficaz do poder judiciário no cumprimento do seu dever de proteger e assegurar aos pacientes o acesso ao direito fundamental à saúde através de tratamento oncológico digno.

A República Federativa do Brasil tem como fundamento a dignidade da pessoa humana, que na visão do Ministro Luís Roberto Barroso (2010):

é um valor fundamental que se viu convertido em princípio jurídico de estatura constitucional, seja por sua positivação em norma expressa seja por sua aceitação como um mandamento jurídico extraído do sistema. Serve, assim, tanto como justificação moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais.

Nos artigos 5º *caput* e 196 da Constituição Federal estão disciplinados os direitos à vida e à saúde, bem como o dever, igualmente atribuídos aos entes federativos, de promover e garantir o acesso a esses direitos. As políticas públicas elaboradas em matéria de saúde traduzem a própria garantia deste direito social. (SCHEFFER, 2013, p. 65).

A saúde no Brasil é assistida tanto pelo Poder Público pública como pela iniciativa privada. Neste caso, há duas formas de prestação dos serviços: Seguros Saúde e Planos de Saúde.

Basicamente ambos têm o mesmo objetivo: oferecer assistência médica e hospitalar aos seus clientes, mas diferenciam-se principalmente na forma de prestação do serviço, que no caso dos planos de saúde são prestados mediante contrato que dá ao consumidor o direito de usufruir de assistência médica em rede própria e/ou credenciada da empresa operadora, mediante pagamento de mensalidade como contraprestação do atendimento médico-hospitalar, quando necessário, de acordo com as coberturas e abrangências de seu contrato.

Geralmente os planos oferecem credenciamento a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios e são responsáveis por estes prestadores de serviço, sendo assim, opostamente ao que é oferecido pelos seguros de saúde, o paciente, em regra, não tem a livre escolha. Ele tem que optar pelos profissionais ou estabelecimentos credenciados pelo seu plano.

Existem também categorias de planos que podem oferecer a livre escolha com reembolso, mas, neste caso, a opção deve constar expressamente no contrato.

Na elaboração dos contratos as operadoras automaticamente devem incluir as coberturas mínimas obrigatórias contidas no rol de procedimentos elaborados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e, caso queiram e tenham condições, podem oferecer um outro tipo de contrato com serviços adicionais aos básicos,

configurando uma maior cobertura, cuja prestação tornar-se-á obrigatória.

Alguns fatores são considerados para a contratação dos planos, cabendo por hora destacar a faixa etária, cobertura, rede credenciada, abrangência geográfica, percentual de coparticipação e carências que condicionarão não só os custos do contrato, como também, a obrigatoriedade de prestação dos serviços pelas operadoras.

Aqueles que ao contratarem um plano de saúde tiverem conhecimento prévio de uma doença preexistente devem, obrigatoriamente, informar essa condição. Não serão impedidos de aderir ao plano, mas deverão obedecer condições específicas de carência.

Esta mesma situação se aplica a pacientes oncológicos. Caso, no momento da contratação a pessoa tenha o câncer já diagnosticado, deverá aguardar o período de carência de 24 meses para utilizar toda a cobertura do plano.

Destaque-se que a mera suspeita não autoriza a considerar a doença preexistente. Além disso, a restrição do uso do plano diz respeito somente a procedimentos de alta complexidade relacionados à patologia. Essa restrição é chamada de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Algumas empresas oferecem com alternativa para utilização plena e imediata do plano um aumento temporário na mensalidade da pessoa que declare ter lesões ou doenças pré-existentes. Assim, ela teria acesso a todos os serviços previstos no contrato sem necessidade de se submeter a 24 meses de espera.

O que não é tolerado pelo direito brasileiro é mentir ou omitir informações no momento de contratar um plano de saúde, situação que pode acarretar o cancelamento do plano e multa.

Mesmo diante da observância de todas as cláusulas pelo contratante, não raras são as recusas por parte das operadoras em cobrir procedimentos ou medicamentos, o que tem sido motivo de inúmeras demandas levadas à apreciação do poder judiciário.

A judicialização da saúde tem sido tema de diversas abordagens e discussões.

O exercício do direito à saúde, positivado em nosso ordenamento jurídico com a Constituição Federal de 1988, vem ganhando contornos nunca vistos, compelindo magistrados, promotores de justiça, procuradores públicos, advogados, entre outros operadores do direito, a lidarem com temas oriundos do Direito Sanitário e da política pública de saúde, nos três níveis de governo. E, também, compelindo gestores públicos de saúde a lidarem com a garantia efetiva deste direito social, em cada caso individual apresentado, através de uma determinação oriunda do Poder Judiciário que, muitas vezes, contrasta com a política estabelecida em matéria de assistência à saúde e com a própria lógica de funcionamento do sistema político. (SCHEFFER, 2013, p. 65)

Ao poder judiciário têm sido impostas análises de casos que provocam verdadeiros dilemas e tomadas de decisões difíceis, frente à necessidade individual de cada cidadão que o provoca, principalmente no caso de pacientes oncológicos que demandam posicionamentos rápidos e eficazes, face ao risco de vida que correm diante das recusas no fornecimento de medicamentos e cobertura de tratamentos.

Assim tornam-se cada vez mais necessários estudos acerca das falhas dos serviços prestados pelas operadoras de saúde, quais as principais recusas ou resistências no cumprimento dos contratos firmados, para melhor direcionar o poder público na fiscalização e estabelecimento de normas que visem a promoção e proteção dos direitos à vida, à saúde e à dignidade humana.

Através da verificação de decisões jurisprudências e de recentes trabalhos doutrinários foi possível verificar qual o nível de observância das normas de cobertura e atendimento por parte das operadoras de planos de saúde, e onde concentram-se os principais obstáculos para a realização do direito do paciente.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho deu-se por meio de pesquisa exploratória de artigos indexados na Revista de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo - USP, de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de legislação e de jurisprudência pátrias, com os descritores “Saúde”, “Câncer”, “Estado” e “Planos de Saúde”. A pesquisa abrangeu apelações cíveis do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), no período de 01 de outubro de 2019 a 01 de outubro de 2020, com buscas *online* no sítio do órgão, através da combinação dos subscritores “planos”, “saúde”, “câncer”, “cobertura”, em que foram encontrados dez acórdãos que abrangiam os critérios passíveis de identificar e verificar as situações e problemas mais relevantes levados à apreciação da Corte.

3 | RESULTADOS

Foram constatadas nas ações: negativa de atendimento, exclusão ou restrição de cobertura, rescisão de contrato e indenização por danos morais e materiais decorrentes da conduta das operadoras.

Foi possível examinar os julgados proferidos em segunda instância e apontar os principais argumentos dos quais se valem as operadoras para se eximirem do cumprimento da obrigação pactuada com os pacientes, bem como os principais danos sofridos por eles.

A recusa de cobertura de exames necessários para o tratamento por falta de previsão no rol dos procedimentos obrigatórios apresentou-se como matéria de

defesa das operadoras em cinco dos dez acórdãos consultados.

A recusa no fornecimento de medicamentos considerados essenciais para o tratamento foram objeto de três julgados, tendo sido reconhecido o direito dos pacientes de receber os medicamentos indicados pelos médicos responsáveis mesmo que não elencados pela ANS, mas considerados fundamentais para a terapia.

Nos demais julgados houve a rescisão ilegal dos planos enquanto os consumidores ainda se encontravam em tratamento.

4 | DISCUSSÃO

Dos dados coletados pode-se avaliar que as operadoras dos planos de saúde têm se recusado a cobrir certos procedimentos, bem como fornecer medicamentos, que, apesar de não estarem previstos em relação elaborada pela ANS, mostram-se indispensáveis para intervenção na terapêutica do câncer, na busca de melhor resultado.

O entendimento do TJMG foi no sentido de que estando o câncer previsto na lista da ANS não há que se falar em exclusão de exames indispensáveis para o seu tratamento, sendo imprescindível sua cobertura.

A meu ver, a negativa de cobertura de exame necessário ao tratamento de doença devidamente previsto no rol da ANS, ainda que para doença diversa das ali previstas, viola os princípios da dignidade da pessoa humana e da proteção ao consumidor, frustrando o próprio objetivo da contratação em questão, qual seja, o de tornar possível o restabelecimento da saúde do usuário do plano, deixando-o em total desamparo.

Não se está a olvidar de que o contrato de plano de saúde encontra limites no rol de cobertura obrigatória da ANS, mas, se há previsão do exame para tratamento de câncer no referido rol, entendo que restringir o tratamento a apenas alguns tipos de câncer fere a legítima expectativa do consumidor, diante da já utilização de outras drogas que não tiveram eficácia. (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2020)

O plano de saúde não pode se recusar a custear tratamento indicado pelo médico, pois cabe a este definir qual é a melhor terapia para o paciente. O fato de o tratamento prescrito não estar no Rol de Procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não obsta sua cobertura. (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2020)

A doutrina também tem se manifestado no mesmo sentido:

Neste contexto, serão nulas de pleno direito as cláusulas que

estabeleçam restrições à categoria de doenças cobertas, já que o art. 51, I, do Código de Defesa do Consumidor estabelece a nulidade das cláusulas que estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor.

[...]

Com efeito, estabelecem os arts. 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor a necessidade da adequação dos produtos e serviços à expectativa legítima do consumidor. É evidente que, ao contratar um plano ou seguro de assistência privada à saúde, o consumidor tem a legítima expectativa de que, caso fique doente, a empresa contratada arcará com os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde. Assim, a sua expectativa é a de integral assistência para a cura da doença. As cláusulas restritivas, que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude da espécie de doença sofrida, atentam contra a expectativa legítima do consumidor.

Ainda podemos ponderar que há desvirtuamento da natureza do contrato quando uma só das partes limita o risco, que é assumido integralmente pela outra. Enquanto os contratantes assumem integralmente o risco de eventualmente pagarem a vida inteira o plano e jamais beneficiarem-se dele, a operadora apenas assume o risco de arcar com os custos de tratamento de determinadas doenças, normalmente de mais simples (e, conseqüentemente, barata) solução. Portanto, restringir por demais, a favor do fornecedor, o risco envolvido no contrato, implicaria contrariar a própria natureza aleatória do mesmo, infringindo, assim, as normas do inc. IV e § 1º, do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor. (MARQUES, 1999, p. 80-81)

Além de amparar os pacientes em seus pleitos de cobertura, também tiveram acatados os pedidos de indenização decorrentes dos transtornos materiais e psicológicos acarretados, sem contar com os prejuízos na saúde decorrentes pela demora da prestação dos serviços.

Da mesma forma deu-se com o fornecimento de medicamentos que se mostram mais eficazes o tratamento dos pacientes com câncer, que nem sempre obtêm boa resposta com os fármacos enumerados pela ANS.

Com efeito, o objetivo da contratação de um plano de saúde é a garantia de assistência médica quando necessária, por meio dos recursos disponíveis, de modo que não deve imperar limitação contratual que comprometa a plena prestação do serviço médico-hospitalar contratado.

No caso, verifica-se que a autora é portadora de câncer de ovário, cingindo-se a controvérsia apenas com relação à obrigação ré em fornecer a medicação recomendada pelo médico, qual seja, Linparza 50mg 8 comprimidos ao dia por tempo indeterminado.

[...]

Contudo, conforme entendimento firmado no julgamento do mencionado agravo de instrumento, a parte autora fez uso da medicação por cerca de 60 (sessenta) dias e, nesse período, foram realizados diversos exames, acompanhados de laudos de avaliação médica, que revelaram uma enorme queda do marcador tumoral CA-125 da autora.

Restou comprovado que o marcador tumoral da autora - CA-125 - passou de 108,7U/ml em 04/04/2018, para 27,2U/ml em 02/07/2018, bem como houve a normalização do nível pressórico na paciente, após o uso da medicação Lynparza.

Além disso, o tratamento da autora com o medicamento Avastin teve de ser suspenso, tendo em vista que o fármaco desencadeou quadro de hipertensão arterial sistêmica, não restando outra alternativa senão a utilização da medicação Lynparza.

Logo, levando-se em consideração as particularidades do caso e a provas produzidas, o fornecimento do medicamento se mostra indispensável para promover a cura da doença ou, ao menos, garantir o prolongamento com qualidade da vida da paciente, devendo ser mantida a sentença. (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2020)

Por fim, dentre os problemas enfrentados pelos pacientes oncológicos junto às operadoras de planos de saúde, está a rescisão do contrato no curso do tratamento. Esta conduta, também repelida pelo poder judiciário, é objeto de lides, já que podem provocar danos irreversíveis para os pacientes, incluindo o óbito.

O plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009).

Entretanto, no caso de usuário portador de doença grave, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), dever-se-á aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença.

Tal exegese coaduna-se, ademais, com o disposto no artigo 35-C da Lei 9.656/98, segundo a qual é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência (como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente) ou de urgência (assim entendidos os resultantes de acidentes

pessoais ou de complicações no processo gestacional). (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2020) Os dados levantados em amostra ratificam a tendência atual das posturas adotadas pelas operadoras, de recusa de cobertura de procedimentos e fornecimento de medicamentos, e, ainda, rescisão unilateral de contratos, com claro intuito de reduzir seus custos, sem medir esforços para deixar desamparados pacientes em pleno tratamento.

5 | CONCLUSÃO

Infere-se da pesquisa que embora haja regras claras quanto às terapias e medicações de cobertura imposta pela ANS, as operadoras resistem em obedecê-las quando têm a oportunidade de questionar a relação do serviço ou produto com a doença (expressamente) prevista no rol.

E, embora o câncer esteja entre as doenças que contam com cobertura compulsória, os planos de saúde ainda insistem em excluir exames, tratamentos e fármacos que não estejam taxativamente previstos na lista da agência reguladora.

Assim, a partir deste posicionamento o poder judiciário provocado a se manifestar, vem ratificando seu entendimento de que não há possibilidade de exclusão de procedimentos ou medicamento para a cura do câncer, mesmo que não esteja explicitamente previsto pela ANS, não estando autorizada a restrição de recurso terapêutico utilizado para a sua cura.

Da mesma forma não pode o plano romper unilateralmente a prestação de serviços, mesmo que se trate de plano coletivo, enquanto estiver em curso o tratamento, equiparando-se esta prestação aos serviços de urgência e emergência, pelo risco de vida e lesões irreparáveis que possivelmente serão acarretados ao paciente.

Assim, embora as operadoras estejam amparadas por normas que a conduzem na prestação de seus serviços, os pacientes/consumidores estão protegidos contra o abuso e a atuação ilegal dessas, podendo valer-se de órgãos administrativos e até mesmo da via judicial para assegurarem o seu direito à saúde e uma sobrevivência digna.

REFERÊNCIAS

ANS. AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 428, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/441-rol-de-procedimentos>. Acesso em 03 out 2020.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 jun 2020.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Apelação Cível. 1.0241.16.003639-8/001. 0036398-06.2016.8.13.0241 (1). **Apelação Direito do consumidor. Plano de saúde. Rescisão unilateral pela operadora. Pretensão de manutenção da relação jurídica. Usuário em tratamento de doença grave. Câncer. Abusividade. Precedentes do STJ. Danos morais. Devidos. Valoração. Critérios**. Relator Desembargador; Mota e Silva. Belo Horizonte/MG. DJ: 07/02/2020. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisa> . Acesso em 20 jun 2020.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Apelação Cível. 1.0000.20.077517-9/001. 5015422-16.2018.8.13.0145. **Ação de indenização – plano de saúde – recusa indevida de exame para controle do câncer - dano moral configurado - quantum**. Relator: Desembargador José Artur Filho. DJ: 24/08/2020. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisa>. Acesso em 22 jun 2020.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Apelação Cível. 1.0000.18.036397-0/003. 50071643.2018.8.13.0625. **Ação ordinária. Operadora de saúde. Paciente com câncer. Necessidade de suspensão de tratamento com fármaco fornecido. Indicação de medicamento Lymparza. Comprovada melhora significativa da saúde da parte autora. Cobertura obrigatória. Dano moral**. Relator. Marco Aurélio Ferenzini. DJ: 12/03/52020. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisa> . Acesso em 20 jun 2020.

MARQUES, S. B. **Judicialização do direito à saúde**. Revista De Direito Sanitário, 2008, 9(2), 65-72. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i2p65-72>.

MARQUES, C. L. **Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. RT, São Paulo, 1999, p.80-81

Scheffer, M. **Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. Revista De Direito Sanitário, 2013, 14(1), 122-131. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i1p122-131>.

CAPÍTULO 15

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 21/09/2020

Daniela dos Reis Bueno

Centro de Saúde do Município de Nova Santa
Bárbara
Nova Santa Bárbara
<https://orcid.org/0000-0001-6291-3073>
<http://lattes.cnpq.br/2986984321077710>

Renata Gomes Chaves

Secretaria Municipal de Saúde do município de
Bandeirantes – Paraná
Bandeirantes - PR
<http://lattes.cnpq.br/5584977494033666>

Natália Maria Maciel Guerra Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – PR, BRASIL
<http://lattes.cnpq.br/0818153382442355>

Carolina Fordellone Rosa Cruz

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – PR, BRASIL
<https://orcid.org/0000-0002-8936-9191>
<http://lattes.cnpq.br/3478210290276971>

RESUMO: O termo câncer é utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo neoplasias malignas de diferentes localizações. O objetivo da pesquisa foi descrever o perfil dos pacientes com diagnóstico médico de câncer nos anos de 2009 a 2013. As informações necessárias para realização deste trabalho foram obtidas através do setor de

agendamento da Secretaria Municipal de Saúde do município. Foram notificados 232 casos de câncer, desses 55,60% são do sexo masculino e 44,39 % feminino. A taxa de incidência foi maior no ano de 2012 com 1,7 casos/1000 habitantes. A faixa etária predominante foi de 60 anos. Foi observado um alto índice de câncer no trato gastrointestinal. A cirurgia foi a forma de tratamento mais realizada e 19,36% foram a óbito. Conclui-se que os resultados poderão contribuir na implementação de políticas visando à programação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde do município de Bandeirantes.

PALAVRAS – CHAVE: Incidência de Câncer, Epidemiologia.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CANCER IN A SMALL CITY IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: The term cancer is used to represent a set of more than 100 diseases, including different malignancies. The objective of the research was to describe the profile of patients with a medical diagnosis of cancer in the years 2009 to 2013. The information necessary for carrying out it was found through the scheduling sector of the Municipal Health Department of the municipality. 232 cases of cancer were reported, 55.60% are male and 44.39% female. The incidence rate was higher in 2012 with 1.7 cases / 1000 inhabitants. A predominant age group was 60 years old. A high rate of cancer was observed in the gastrointestinal tract. Surgery was the most common form of treatment and 19.36% died. It is

concluded that the results that contribute to the implementation of policies specific to priority at different levels of health care in the municipality of Bandeirantes.

KEYWORDS: Cancer Incidence, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O corpo humano é constituído por células que são organizadas em tecidos e órgãos. As células do nosso corpo se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. As neoplasias ocorrem quando as células deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação que pode causar danos em um ou mais genes de uma única célula (MALZYNER e CAPONERO, 2013).

O termo câncer é utilizado para caracterizar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo neoplasias malignas de diferentes localizações. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase (INCA, 2019).

No ano 2018 ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de e 9,6 milhões de mortes por câncer. Em ambos os sexos combinados, o câncer de pulmão é o câncer mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer (18,4% do total de mortes por câncer), seguida de perto por câncer de mama feminino (11,6%), câncer de próstata (7,1%) e câncer colorretal (6,1%) para incidência e câncer colorretal (9,2%), câncer de estômago (8,2%) e câncer de fígado (8,2%) para mortalidade. O câncer de pulmão é o câncer mais frequente e a principal causa de morte por câncer entre os homens, seguido pelo câncer de próstata e colorretal (para incidência) e câncer de fígado e estômago (para mortalidade). Entre as mulheres, o câncer de mama é o câncer mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer, seguido por câncer colorretal e de pulmão (para incidência) e vice-versa (para mortalidade); o câncer cervical ocupa o quarto lugar em incidência e mortalidade (BRAY et al., 2018).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil),

pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA, 2020).

No Brasil a distribuição da incidência por Região geográfica mostra que a Região Sudeste concentra mais de 60% da incidência, seguida pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e mama feminina, bem como o de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência do câncer do colo do útero e de estômago tem impacto importante, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina como principais nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas de câncer de mama e colo do útero se equivalem entre as mulheres (INCA, 2020).

Por isso para modificar o quadro atual do câncer, é de grande importância que haja à procura de informações com precisões e com qualidade, sobre a incidência e prevalência da doença nas populações, proporcionando a execução de políticas públicas que propiciem ações efetivas de prevenção e diagnóstico precoce, prevendo a diminuição de danos, às taxas de óbito e às despesas públicas (RODRIGUES e FERREIRA, 2010).

As principais causas de mortalidade no município estudado no ano de 2015 foram as doenças do aparelho circulatório, seguida por neoplasias malignas (IPARDES, 2015). O elevado número de óbitos relacionados às neoplasias motivou a realização da descrição do perfil epidemiológico da população acometida.

Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnósticos de câncer entre os anos de 2009 a 2013 no município de Bandeirantes, verificando os principais tipos de neoplasias, as formas de diagnósticos, tratamento e os desfechos dos casos.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa descritiva, utilizando uma base de dados secundários, (planilhas enviadas pelo setor de estatísticas do Hospital de Câncer de Londrina, para o setor de agendamento da Secretária Municipal de Bandeirantes.)

A pesquisa aconteceu no município de Bandeirantes, o qual está localizado no norte do Paraná, tem como municípios limítrofes, Itambaracá, Andirá, Barra do Jacaré, Santo Antônio da Platina, Abatiá, Santa Amélia, Cornélio Procópio e Santa Mariana; possuindo uma extensão territorial de 445,192km². Localiza-se a uma latitude 23° 06' 36" S e uma longitude de 50° 22' 03" W, estando a uma altitude de 420 m (IBGE, 2010). Sua população em 2010 foi estimada em 32.184 habitantes,

sendo que 16.633 habitantes são mulheres e 15.551 são homens (IBGE, 2014).

A população foi composta por todos os indivíduos residentes no município de Bandeirantes - PR. Foram incluídos todos os indivíduos diagnosticados com câncer nos anos de 2009 a 2013, que residem no município de Bandeirantes. Foram excluídos aqueles que não residem no município de Bandeirantes.

As informações necessárias para realização deste trabalho foram obtidas através do setor de Agendamento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Bandeirantes- PR. Os dados ficam arquivados em planilhas do excel em computador próprio no setor. O instrumento de coleta foi um formulário previamente elaborado com questões objetivas referentes aos dados socioeconômicos, de diagnóstico e tratamento e desfecho da doença. As variáveis disponíveis no setor do câncer da secretaria municipal de saúde foram: nome (sigla); data (ano); idade; sexo; escolaridade; estado civil; profissão/ocupação; local do tratamento; data do diagnóstico; tipo de Câncer; data do início do tratamento; tipo do tratamento e data do óbito.

Foram calculadas as incidências anuais dos casos notificados de câncer para o município de Bandeirantes entre os anos de 2009 e 2013. As incidências foram calculadas de acordo com GORDIS (2017):

$$\text{Taxa de Incidência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos autóctones no ano}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com risco de desenvolver a doença no meio do período}} \times 1.000$$

Para análise dos demais dados foi empregada a estatística descritiva com percentual simples e os resultados apresentados na forma de tabelas e figuras.

Esta pesquisa foi realizada após a aprovação da Secretária Municipal de Saúde do município de Bandeirantes - Paraná e do coordenador dos Postos de Saúde do município/PSF e mediante a apresentação dos termos de isenção do termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Confidencialidade e Sigilo. O projeto foi aprovado pelo o comitê de ética em pesquisa via plataforma Brasil, com parecer sob o nº 57973616.9.0000.8017.

RESULTADOS

No município de Bandeirantes, de 2009 a 2013, foram notificados 232 casos de câncer. Verifica-se uma oscilação nas taxas de incidência nos anos estudados, mas observou-se dois picos (2009 e 2012) sendo que em 2012 houve a maior incidência (1,7casos/1000 habitantes/ano) (Figura 1).

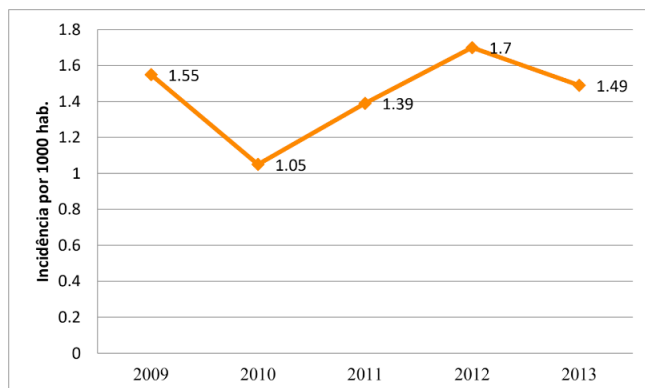


Figura 1 – Incidência de câncer no município de Bandeirantes – Paraná, 2009-2013.

No que se refere às variáveis socioeconômicas (Tabela 1), verificou-se que a maioria (55,6%) são do sexo masculino. Em relação à escolaridade 39,64% possuem o fundamental completo e 24,56% são analfabetos. O estado civil predominante foi casado (61,20%) seguido por viúvos com 16,81%. Todas as faixas etárias do estudo foram atingidas, desde lactentes, crianças, adultos até idosos, porém predominou a faixa etária de 60 anos ou mais em ambos os sexos (59,90%), seguida pela faixa etária de 50 – 59 (20,25%).

Entre os casos notificados apareceram várias ocupações diferentes, tanto para homens quanto para mulheres. Entre os homens houve um predomínio dos trabalhadores agropecuários com 13,80% enquanto que nas mulheres destaca-se as trabalhadoras da área de saúde e industriários com 14,65%. Destaca-se também a ocupação outros, no qual a maioria tem atuação no setor de serviço, teve a maior porcentagem de casos (24,13%), entre os principais ramos de atividades descritos estão: administradores, mecânicos, montadores, carpinteiros, serralheiros, fotógrafos, garçons, barman, marceneiro, mestres e contramestres de construção civil e sistemas operacionais, operadores de equipamentos médicos e odontológicos, operadores de processamento químico, operadores de máquina, pedreiros e pintores, policiais (Tabela 1).

	Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Escolaridade	Analfabeto	29	12,50	28	12,06	57	24,56
	Fundamental Incompleto	13	5,60	28	12,06	41	17,66
	Fundamental Completo	35	15,08	57	24,56	92	39,64
	Ensino Médio	12	5,17	12	5,17	24	10,34
	Superior Completo	11	4,75	2	0,86	13	5,61
	Superior Incompleto	2	0,86	1	0,43	3	1,29
	Sem Informação	1	0,43	1	0,43	2	0,86
Ocupação	Comerciante	2	0,86	8	3,44	10	4,30
	Condutores de automóveis	0	0,00	9	3,90	9	3,90
	Funcionário público superior	2	0,86	6	2,58	8	3,44
	Guarda de segurança	0	0,00	5	2,15	5	2,15
	Trabalhadores da área de saúde e industriários	34	14,65	14	6,05	48	20,70
	Trabalhadores agrícolas	2	0,86	12	5,17	14	6,03
	Trabalhadores agropecuários	10	4,31	32	13,80	42	18,11
	Trabalhadores de construção civil	2	0,86	7	3,01	9	3,87
	Trabalhadores de serventia	13	5,60	3	1,29	16	6,89
	Não se aplica**	18	7,75	8	3,44	26	11,20
	Outros*	56	24,13	41	17,70	97	41,83
Sem Informação	6	2,58	3	1,29	9	3,90	
Estado Civil	Casado	50	21,55	92	39,65	142	61,20
	Solteiro	13	5,60	17	7,32	30	12,92
	Separado judicialmente	11	4,75	6	2,58	17	7,33
	União consensual	0	0,00	4	1,72	4	1,72
	Viúvo	29	12,50	10	4,31	39	16,81
Idade	0 – 9	0	0,00	2	0,86	2	0,86
	10-19	2	0,86	2	0,86	4	1,72
	20-29	1	0,43	4	1,72	5	2,15
	30-39	7	3,01	3	1,29	10	4,30
	40-49	14	6,05	11	4,75	25	10,80
	50-59	26	11,20	21	9,05	47	20,25
	≥60	53	22,84	86	37,06	139	59,90
Total		103	44,39	129	55,60	232	100,00

*aposentados, estudantes e crianças

** administradores, mecânicos, montadores, carpinteiros, serralheiros, fotógrafos, garçons, barmans, marceneiro, mestres e contra mestres de construção civil e sistemas operacionais, operadores de equipamentos médicos e odontológicos, operadores de processamento químico, operadores de máquina, pedreiros e pintores, policiais.

Tabela 1 – Características socioeconômicas segundo sexo, escolaridade, ocupação, estado civil e idade dos casos de câncer incidentes. Bandeirantes - Paraná, 2009-2013.

Tratando-se dos tipos de câncer foi observado um alto índice de câncer no trato gastrointestinal (24,99%) em ambos os sexos, mas com predomínio no sexo masculino e em segundo o câncer de próstata (16,3%), seguidos por pele (12,06%), mama (11,20%) e o trato respiratório (7,32%). Podemos observar que nas mulheres os principais tipos de câncer foram mama (11,20%) seguido por pele (7,33%) e trato gastrointestinal (6,89%), e nos homens foram o trato gastrointestinal (18,10%) seguido por próstata (16,37%) e pele e trato respiratório (4,74%) (Tabela 2).

Tipos de Câncer	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trato gastrointestinal	16	6,89	42	18,10	58	24,99
Trato respiratório	6	2,58	11	4,74	17	7,32
Colo do Útero	10	4,31	0	0	10	4,31
Sistema reprodutor feminino*	09	3,87	0	0	09	3,87
Mama	26	11,20	0	0	26	11,2
Sistema linfático	1	0,43	4	1,72	5	2,15
Sistema endócrino	5	2,15	1	0,43	6	2,58
Músculo Esquelético	2	0,86	3	1,29	5	2,15
Encefálo	2	0,86	0	0	2	0,86
Próstata	0	0	38	16,37	38	16,37
Testículo	0	0	1	0,43	1	0,43
Ouvido	1	0,43	2	0,86	3	1,32
Medula óssea	4	1,72	6	2,58	10	4,3
Pele	17	7,32	11	4,74	28	12,06
Bexigas	1	0,43	5	2,15	6	2,59
Outros**	3	1,29	5	2,15	8	3,5
Total	103	44,43	129	55,57	232	100

*ovário, endométrio, paramétrio

**localização primária desconhecida

Tabela 2 – Tipos de câncer entre os casos incidentes. Bandeirantes - Paraná, 2009-2013.

Entre as formas de tratamento do câncer predominantes foram a cirurgia (24,13%), seguida por nenhum tipo de tratamento (18,09%), quimioterapia (12,92%) e quimioterapia combinada com radioterapia (10,76%) (tabela 03).

Tipos de Tratamentos	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cirurgia	25	10,77	31	13,36	56	24,13
Cirurgia e Hormonioterapia	1	0,43	0	0	1	0,43
Cirurgia e Quimioterapia	15	6,46	7	3,01	22	9,47
Cirurgia Quimioterapia e Radioterapia	1	0,43	6	2,58	7	3,01
Cirurgia e Radioterapia	8	3,44	3	1,29	11	4,73
Cirurgia Radioterapia e Hormonioterapia	2	0,86	0	0	2	0,86
Hormonioterapia	5	2,15	1	0,43	6	2,6
Hormonioterapia e Radioterapia	0	0	5	2,2	5	2,2
Quimioterapia	12	5,18	18	7,77	30	12,95
Quimioterapia e Hormonioterapia	1	0,43	0	0	1	0,43
Quimioterapia e Radioterapia	8	3,44	17	7,32	25	10,76
Radioterapia	10	4,31	13	5,6	23	9,91
Nenhum	18	7,75	24	10,34	42	18,09
Outros	1	0,43	0	0	1	0,43
Total	107	46,1	125	53,9	232	100

Tabela 3: Tipos de tratamento de casos de câncer no município de Bandeirantes- PR 2009-2013.

Os números de óbito no total foram de 19,36% sendo maior no ano de 2010 (5,17%) e no ano de 2013 (5,16%) (figura 2).

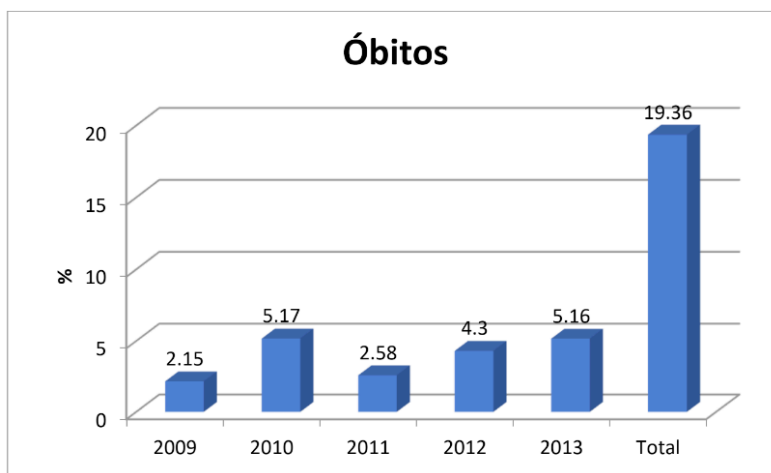


Figura 2 – Óbitos entre os casos incidentes de câncer no município de Bandeirantes – Paraná, 2009-2013.

DISCUSSÃO

No presente estudo foram notificados 232 casos de câncer no período de 2009 a 2013, sendo que a taxa de incidência mais elevada foi no ano de 2012, representando 1,7 casos/1000 habitantes/ano para o município de Bandeirantes. Assim pode-se notar que o número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável, configurando-se, na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública.

O câncer, em seu processo de desenvolvimento, é um problema de saúde pública. Estudos desenvolvidos revelam tendências de incremento dessa doença com expectativas para 2020 de seis milhões de novos casos em países mais desenvolvidos e de 9,3 milhões em países menos desenvolvidos (FREIRE et al., 2014).

Todas as faixas etárias do estudo foram atingidas, desde lactentes, crianças, adultos até idosos, porém predominou a faixa etária de 60 anos ou mais em ambos os sexos, o que é condizente com o estudo que relatam que mais da metade dos pacientes diagnosticados com câncer são idosos, havendo uma tendência de crescimento deste número, isso se explica ao desenvolvimento do câncer está associado ao processo de envelhecimento celular (WILDIERS, et al., 2014).

Conforme os anos avançam as agressões externas geram um acúmulo de prejuízos no código genético das células o que possibilita o desenvolvimento das primeiras células produtoras das neoplasias malignas (LEITE et al., 2010).

Dados citados no estudo que 55,60% são pacientes do sexo masculino e 44,39% do sexo feminino, são dados discordantes de um estudo transversal descritivo com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos doentes com câncer, assistidos pelo sistema público de uma cidade do interior paulista, foram analisadas 105 fichas cadastrais de pacientes residentes no município, com diagnóstico de neoplasia maligna confirmado por biópsia. Do total, 60,2% eram do sexo feminino e 39,8% do sexo masculino representando uma diferença contrastante (RODRIGUES e FERREIRA, 2010).

A incidência de câncer entre ambos os sexos é considerada similar em países desenvolvidos, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, alguns estudos encontraram uma prevalência no sexo feminino de até 25% maior (OLIVEIRA et al., 2015).

Neste estudo verificou-se o predomínio de 42,2% de pessoas com baixa escolaridade (menor de 5 anos de estudo). Dados divergentes foram observados em um estudo com objetivo de descrever o perfil dos pacientes que referiram diagnóstico médico de câncer, onde não foram observadas diferenças de diagnóstico entre pessoas com diferentes níveis de instrução (OLIVEIRA et al., 2015).

Tratando-se dos tipos de câncer foi observado um alto índice de câncer no trato gastrointestinal seguidos por próstata, pele, mama e o trato respiratório em ambos os sexos. Dados concordantes com uma pesquisa realizada em 2012, pelo projeto Globocan/larc que aponta os tipos de caso mais incidentes no mundo foram pulmão, mama, intestino e próstata (INCA, 2016).

O câncer gastrointestinal pode estar ligado ao estilo de vida, em que a incidência é maior em alguns países com costumes alimentares, em que a dieta é baseada em alimentos com gorduras saturadas, baixa ingestão de frutas, legumes e verduras, sedentarismo, prevalência de obesidade, sobrepeso, o consumo de álcool e tabagismo (INCA, 2016).

Podemos observar que nas mulheres os principais tipos de câncer foram mama seguido por pele e trato gastrointestinal, e nos homens foram o trato gastrointestinal seguido por próstata e pele e trato respiratório. Em um estudo realizado sobre a Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil, o câncer de próstata foi o mais referido entre os homens e o câncer de mama foi o mais citado pelas mulheres, dados semelhantes apontados no presente estudo (OLIVEIRA et al., 2015).

Os dados encontrados em relação ao tipo de câncer acompanham o perfil epidemiológico do câncer no Brasil, em que se observa maior incidência de cânceres de próstata e de mama. Nota-se também que a maior parte das pessoas tiveram o diagnóstico após os 60 anos de idade, o que é esperado para a maioria dos tumores malignos (INCA, 2014).

Os métodos de tratamento mais utilizados foram à cirurgia (24,13%), seguido por nenhum tipo de tratamento (18,09%), quimioterapia (12,95), quimioterapia e radioterapia (10,76%). Foi descrita em uma pesquisa realizada com mulheres no período climatérico, que realizaram tratamento do câncer do colo de útero cirúrgico ou conservador há, no máximo, cinco anos, que a radioterapia foi o tratamento mais utilizado entre as participantes (FRIGO e ZAMBARDA, 2015).

Os números de óbitos no total foram de 19,36% sendo maior no ano de 2010 (5,17%) e no ano de 2013 (5,16%), No estudo presente observou que nos que há uma alta incidência de câncer de próstata e gastrointestinal nos homens, e nas mulheres câncer de mama e de cólon, condizente com um estudo que o objetivo era investigar a associação entre nível socioeconômico e incidência e mortalidade por câncer e seus tipos, que descreve que os mesmos tipos de câncer apontado com maior incidência no estudo são causas de mortalidade entre homens e mulheres (RIBEIRO e NARDOCCI, 2013).

É fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer aderir-se na rotina da gestão da saúde sendo um instrumento indispensável para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de

risco. Esse monitoramento envolve a supervisão e a avaliação de programas, como estratégias necessárias para o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, analisar os dados dos pacientes com câncer torna-se uma ferramenta necessária para avaliar os programas (INCA, 2016).

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados apresentados no presente estudo, pode-se evidenciar que os cânceres mais frequentes foram de trato gastrointestinal, próstata, pele e mama. Esses achados são importantes para o planejamento dos serviços de saúde do município de Bandeirantes-Paraná, pois poderão subsidiar um plano de ação e prevenção para amenizar os casos notificados de câncer no município.

Os dados analisados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer no município de Bandeirantes – PR, os resultados podem contribuir na implementação de políticas públicas visando à programação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e melhoria da assistência à clientela assistida pelo SUS do município, além de colaborar com a escassa literatura sobre o perfil epidemiológico das neoplasias nos municípios de pequeno porte brasileiros.

Este estudo pode apresentar algumas limitações, pois as seleções das variáveis da base de dados já estavam pré-estabelecidas, interferindo na cobertura completitude e validades dos dados.

REFERÊNCIAS

BRAY, F., FERLAY, J., SOERJOMATARAM, I., SIEGEL, R.L., TORRE, L.A., JEMAL A. **Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: CA Cancer J Clin. 2020 Jul;70(4):313. PMID: 30207593.

FREIRE, M.E.M., et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa**. Rev Esc Enferm USP. 2014 [citado 2016 out]. 11 p. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf.

FRIGO, L.F., ZAMBARDA, S.O. **Câncer do colo do útero: efeitos do tratamento**. Cinergis. 2015; 16(3):164-168.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro-RJ: THIEME REVINTER PUBLICAÇÕES; 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (BR). **Estimativa da população 2014**. [citado 2020 setembro]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410240&idtema=130&search=parana%7Cbandeirantes%7Cestimativa-da-populacao-2014>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades: Paraná.** Bandeirantes; 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BR). **Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado 2016 out 1]. 124 p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativas 2020: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA, 2019 [citado 2020 setembro]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico Município Bandeirantes** [Internet]. 2015 [citado 17 abril de 2016]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86360>.

LEITE, V.M.C., LISBOA, C.R., PINTO, F.J.M. **Causas de óbitos em idosos na cidade de Fortaleza (CE).** Rev Baiana Saúde Pública. 2010; 34(2):288-98.

MALZYNER, A., CAPONERO, R. **Câncer e prevenção.** São Paulo: MG Editores, 2013; 117p.

OLIVEIRA, M.M, MALTA, D.C, GUAUCHE, H., MOURA, L., SILVA, G.A. **Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Rev Brasileira Epidemiologia. 2015; 18 (Suppl 2):146-157.

RIBEIRO, A.A., NARDOCCI, A.C. **Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.878-891, 2013.

RODRIGUES, J.S.M., FERREIRA, N.M.L.A. **Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2010 [citado 2016 maio]. Disponível em http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/05_artigo_caracterizacao_perfil_epidemiologico_cancer_cidade_interior_paulista_conhecer_para_intervir.pdf.

WILDIERS, H., HEEREN, P., PUTS, M., TOPINKOVA, E., MARYSKA, L.G., JANSSEN, H., et al. **International society of geriatric oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer.** J Clin Oncol [Internet]. 2014 [citado 2016 nov]; 34(10). Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/07/28/JCO.2013.54.8347.full.pdf+html>.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Mariana Medrado Martins

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Itabuna. Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6789683473943375>
<https://orcid.org/0000-0002-6572-5147>

Brenda Santana Almeida

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Teixeira de Freitas. Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9676824228663980>
<https://orcid.org/0000-0002-7864-0935>

Maísa Miranda Coutinho

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Itabuna. Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4164296024353498>
<https://orcid.org/0000-0001-6876-7740>

Lohana Guimarães Souza

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Itabuna. Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1963004946902197>
<https://orcid.org/0000-0001-8964-9874>

Grasiely Faccin Borges

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Itabuna. Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9643453310200615>
<https://orcid.org/0000-0002-5771-6259>

Maria Luiza Caires Comper

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Itabuna. Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6051743155702868>
<https://orcid.org/0000-0003-2152-5263>

RESUMO: Apesar das ações em Saúde do Trabalhador pela Atenção Básica estarem amparadas por recomendações e normativas, os serviços na prática são pouco executados ou inexistentes, sendo a falta de capacitação dos profissionais de saúde sua principal causa. Este artigo descreve o desenvolvimento de um programa de educação permanente destinado a profissionais de saúde de nível superior da Atenção Básica, com vistas a ampliar os conhecimentos e habilidades sobre vigilância epidemiológica, diagnóstico situacional e ações de prevenção às lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. O desenvolvimento do programa se deu a partir de três etapas: composição de um comitê de especialistas; diagnóstico situacional do nível de conhecimento da população do estudo, realizado por meio de grupo focal com profissionais pertencentes a uma equipe NASF-AB da microrregião Itabuna-Ilhéus; e, por fim, o desenho final do programa educativo. O programa de educação permanente para manejo das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho na Atenção Básica, denominado de EducaS@t, foi organizado em quatro módulos de formação com carga horária total de 60 horas, divididas entre encontros presenciais, atividades de ensino remoto em ambiente virtual de aprendizagem e atividades práticas no território. Consta no conteúdo: Introdução a Saúde do trabalhador e suas relações com a Atenção Básica; Vigilância em Saúde do trabalhador com ênfase nas lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho; Identificação e análise dos riscos ocupacionais; e, Intervenções para manejo das lesões

musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. O programa também acompanha um livro de nome “Programa Educativo em Saúde do Trabalhador para Manejo de Lesões Musculoesqueléticas”, composto de 100 páginas divididas em quatro módulos e 1 estudo de caso. A hipótese é de que o programa resultará em uma mudança na atuação dos profissionais frente à resolutividade de problemas relativos lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador; Lesões Musculoesqueléticas; Educação Permanente.

PERMANENT EDUCATION PROGRAM IN WORKER HEALTH

ABSTRACT: The actions in Occupational Health by Primary Care are supported by recommendations and Brazilian regulations. However, the service practices are little performed or nonexistent. The lack of training of health professionals seems to be the main cause. This manuscript describes the development of a permanent education program for health professionals of Primary Care to expand knowledge and skills on epidemiological surveillance, situational diagnosis and prevention actions for work-related musculoskeletal injuries. The program was developed in three stages: composition of a committee of experts; situational diagnosis of the level of knowledge of the study population, carried out through a focus group with professionals belonging to a NASF-AB team; and, finally, the final design of the educational program. The permanent education program for the management of work-related musculoskeletal injuries (EducaS@t) was organized into four training modules with a total of 60 hours, divided between face-to-face meetings, remote teaching activities and practical activities in the territory. The content addresses: Introduction to workers' health and its relations with primary care; Occupational Health Surveillance with an emphasis on work-related musculoskeletal injuries; Identification and analysis of occupational risks; and, Interventions for the management of work-related musculoskeletal injuries. The program also accompanies a book entitled “Educational Health Worker Program for the Management of Musculoskeletal Injuries”, consisting of 100 pages divided into four modules and 1 case study. The hypothesis is that the program will result in a change in the performance of professionals to the resolution of problems related to work-related musculoskeletal injuries.

KEYWORDS: Workers' health; Musculoskeletal injuries; permanent education.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador no campo da Atenção Básica é definida como um conjunto de atividades que se destina à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho estabelece as diretrizes, estratégias e princípios a serem contemplados pelas três esferas de gestão do SUS, a fim de consolidar a atenção integral à saúde do trabalhador por meio da integração de ações da Vigilância em

Saúde do Trabalhador (VISAT), Vigilância em Saúde e Atenção Básica (BRASIL, 2012).

As equipes da Atenção Básica possuem um papel fundamental para assegurar a integralidade na atenção à saúde do trabalhador e o fortalecimento da VISAT. Esse papel é norteado pelo diagnóstico situacional do território; análise do perfil epidemiológico, demográfico e de saúde dos trabalhadores do território; elaboração de planos de intervenção possíveis nos ambientes e processos de trabalho; realização de ações educativas e de promoção da saúde; dentre outros (DIAS; SILVA, 2013; SILVA et al., 2014).

As lesões por esforço repetitivo ou os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), classificados como lesões musculoesqueléticas, representam as doenças ocupacionais mais prevalentes no mundo (JAMES et al., 2017). No Brasil, a estimativa é de que, aproximadamente, 4 milhões de trabalhadores sejam acometidos por alguma lesão musculoesquelética (ANAMT, 2018). Os registros do Instituto de Seguridade Social registraram 1.214.729 milhão de benefícios por acidente de trabalho decorrente de LER/DORT nos últimos 10 anos revelando uma tendência para subnotificação e concessão de benefício-acidentário (ABREU; VIEIRA; COMPER, 2020).

A ocorrência das lesões musculoesqueléticas está associada à exposição de trabalhadores a fatores de risco ocupacionais no ambiente de trabalho, podendo esses riscos serem físicos, organizacionais ou cognitivos (COSTA; VIEIRA, 2010; GALLAGHER; HEBERGER, 2013; MATHIASSEN, 2006). Assim, a identificação e avaliação dos fatores de risco é essencial para o planejamento de ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças entre os trabalhadores.

Entretanto, embora a efetivação de ações em Saúde do Trabalhador pela Atenção Básica esteja amparada por diversas recomendações e normativas, na prática os serviços são pouco executados ou até mesmo inexistentes (SOUZA; VIRGENS, 2013). As lacunas presentes no processo de formação dos profissionais fortalecem a ideia de que as questões em saúde do trabalhador são desenvolvidas apenas em curso de especialidades, e resulta na realização de práticas pontuais e minimamente articuladas com os objetivos e diretrizes do SUS, quando relativas a usuários trabalhadores (SILVA et al., 2014).

A produção de conhecimento sobre a Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com base na literatura científica nacional, também revela que o cuidado da saúde do trabalhador na Atenção Básica ainda é frágil, principalmente em ações de capacitação em saúde voltadas para as demandas do território (FARIA et al., 2020). Tal resultado aponta para a necessidade de ampliação de iniciativas que contribuam para a formação e qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006, CARDOSO

et. al.; 2017).

A política de Educação Permanente enfatiza a necessidade de as ações para serem implementadas e mantidas nos serviços de saúde em forma de projetos de formação e capacitação, que levem em consideração a formação profissional dos envolvidos, assim como as particularidades da região (Ministério da Saúde, 2018). A educação permanente pode ser capaz de gerar autoanálise, autogestão e mudança das práticas que queremos, processos transformando atitudes e efetivando transformações (CECCIM, 2004; FERREIRA, 2019). É, nessa perspectiva, a capacitação dos profissionais da Atenção Básica no manejo de lesões musculoesqueléticas por meio de um programa de educação permanente e faz um passo importante na efetivação da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

Este artigo descreve o desenvolvimento de um programa de educação continuada para trabalhadores de saúde de nível superior da Atenção B, com vistas a ampliar os conhecimentos e habilidades sobre vigilância epidemiológica, diagnóstico situacional e ações de prevenção às lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho no tocante.

2 | MÉTODOS

2.1 Contexto educacional

O programa de educação permanente foi elaborado para atender um projeto de pesquisa para profissionais de saúde em serviço na Atenção Básica de uma microrregião (Ilhéus-Itabuna) do Sul da Bahia/Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID) (CAAE 18760219.5.0000.0064).

O estudo para elaboração do programa foi realizado inicialmente com 15 profissionais de saúde de nível superior da Atenção Básica que compõem a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) na cidade de Ibicaraí-BA, referência na microrregião escolhida para o estudo. A formação dos profissionais englobava seis especialidades, sendo elas: Profissional/Professor de Educação Física; Fisioterapeuta; Assistente Social; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo. A maioria era do sexo feminino (n=14) e trabalhava na equipe em um período de tempo inferior a 1 ano (n=10).

2.2 Métodos para desenvolvimento do programa educativo

O desenvolvimento do projeto se deu a partir de três etapas, sendo elas a composição de um comitê de especialistas, o diagnóstico situacional do nível de conhecimento da população do estudo, e que por fim, deu origem ao desenho final do programa educativo.

Comitê de especialistas

Inicialmente, um comitê de especialistas foi composto para discussão dos conteúdos a serem incluídos no programa educativo. Esse comitê foi constituído por cinco profissionais de saúde especializados na área de ergonomia e saúde do trabalhador (dois pesquisadores e três profissionais em serviços da Atenção Básica), dois estudantes do programa de especialização em saúde coletiva e quatro do bacharelado interdisciplinar em saúde.

Reuniões quinzenais foram realizadas por um período de três meses para discussões das normativas e legislações, evidências científicas e das diretrizes incluídas nos Cadernos de Atenção Básica referentes ao manejo das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho na Atenção Básica. As evidências científicas utilizadas para discussão foram localizadas por meio da revisão de literatura conduzida pelos estudantes, sob orientação docente.

Ao final desta primeira etapa, o comitê propôs um desenho inicial do programa de educação permanente sobre saúde do trabalhador, a ser validado pelos profissionais de saúde em serviço por meio da avaliação de suas competências (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes) e percepções (Barreiras e Facilitadores).

Diagnóstico das competências e percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre saúde do trabalhador

A segunda etapa para o desenvolvimento do programa de educação permanente em saúde do trabalhador foi o diagnóstico das Competências (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes) e Percepções (Barreiras e Facilitadores) dos profissionais de saúde em serviço na Atenção Básica para manejo das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. O diagnóstico esteve apoiado na análise dos discursos coletados durante uma reunião de grupo focal com profissionais de saúde pertencentes a equipe NASF-AB de Ibicaraí-BA, cidade referência na microrregião Itabuna-Ilhéus.

O roteiro do encontro foi construído de forma que permitisse a flexibilização das discussões, considerando o objetivo do estudo. Para tal, foi realizada a aplicação de perguntas geradoras classificadas em dois blocos, sendo o primeiro sobre a efetividade da ação da equipe NASF-AB quanto a saúde do trabalhador no território, e o segundo sobre a compreensão, encaminhamentos e manejo de doenças ocupacionais com ênfase em lesões musculoesqueléticas. A análise do material coletado foi realizada utilizando-se do método de análise de conteúdo de Bardin (1977), que sugere um conjunto de técnicas objetivas e sistemáticas divididas em três fases: pré análise; exploração do material e tratamento, inferência e interpretação dos dados.

O programa para profissionais da AB foi sendo construído de modo a seguir

uma sequência lógica, iniciando a partir de conceitos introdutórios e territorialização, e evoluindo até formas de vigilância, encaminhamentos e intervenção no manejo das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. Após associação dos resultados das etapas de discussão e diagnóstico, foi possível estabelecer o desenho final do programa.

3 I RESULTADOS

Como resultado do diagnóstico das competências e percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre saúde do trabalhador, o estudo revelou que a formação dos profissionais foi majoritariamente pretendida para o atendimento clínico, não sendo desenvolvida a prática do olhar ampliado para além da ótica biológica de reabilitação de doenças. Os profissionais também demonstraram conhecimento limitado quanto a prática da territorialização, não sendo comum a sua realização pela equipe. Quanto a saúde do trabalhador, apenas quatro participantes declararam terem tido experiência profissional dentro da temática, somente oito relataram terem a capacidade de identificar fatores de risco no contexto geral, e nenhum deles relatou ter conhecimento dos encaminhamentos necessários para notificação em caso de acidentes de trabalho.

Nesse sentido, todos os déficits descritos acima e identificados pela análise do discurso foram considerados para gerar especificidade na elaboração do programa educativo. Considerando o desconhecimento de noções básicas em saúde do trabalhador, bem como a prática do cuidado curativista contrariamente ao cuidado preventivo.

3.1 Descrição do programa de educação permanente

O programa de educação permanente para manejo das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho na Atenção Básica, denominado de EducaS@t, foi desenhado na modalidade semipresencial, por um período de 4 meses e contemplará uma carga horária total de 60 horas. A carga horária está dividida em 4 módulos de formação. Cada módulo, por sua vez, foi organizado em encontros presenciais (5 horas), atividades de ensino remoto em ambiente virtual de aprendizagem (5 horas) e atividades práticas no serviço (5 horas).

Objetivos de aprendizagem

O programa possui como objetivo geral promover a educação permanente de profissionais da Atenção Básica para atuar na Saúde do Trabalhador, especialmente no tocante ao conhecimento dos agravos, e lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, às ações de vigilância epidemiológica, ao processo de identificação dos

riscos ocupacionais nos contextos produtivos do território e à realização de ações de promoção de saúde e prevenção das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho.

O profissional que conclui o programa educativo, deve ser capaz de compreender o trabalho como um indispensável determinante de saúde, bem como seu papel na constituição da sociedade e do mundo. Também, reconhecer a territorialização e a vigilância em saúde como ferramentas efetivas de mudança no território, praticando-a por meio da efetivação de protocolos de encaminhamentos e intervenções, a fim de, posteriormente, promover ações de promoção à saúde do trabalhador. Habilidades como a identificação de lesões musculoesqueléticas relacionadas e a realização de análises ergonômicas também são desenvolvidas.

Atividades de ensino e aprendizagem

As atividades de ensino foram previstas para serem ministradas por tutores com expertise em Saúde do Trabalhador, responsáveis por conduzir as atividades presenciais, desenvolver o conteúdo do material didático e acompanhar integralmente o processo formativo.

O ambiente virtual a ser utilizado para as atividades de ensino será a plataforma Moodle, que dispõe de recursos e ferramentas tecnológicas que permitirão a interação entre participantes, tutores e o conteúdo. Na plataforma serão disponibilizados o conteúdo programático, objetivos, material complementar (vídeos, textos, artigos científicos etc.) e atividades de aprendizagem, as quais podem ser realizadas por intermédio de chats, fóruns, elaboração de projetos, discussão de casos clínicos e avaliação do desenvolvimento de cada módulo.

As atividades práticas no serviço possuem relação com a temática trabalhada por encontro e foram tidas como o produto final e/ou experiência vivenciada, a fim de serem apresentadas aos tutores semanalmente. O ordenamento detalhado das atividades realizadas durante o encontro presencial e durante a prática no território podem ser observadas a seguir:

Módulo 1: Introdução a saúde do trabalhador e suas relações com a Atenção Básica

Exposição dos conceitos básicos e aprimoramento do conhecimento sobre a saúde do trabalhador. Presencialmente será construído um retrato falado do território de atuação, considerando todas as características que o envolvem (socioeconômicas, culturais, tipos de moradias, vulnerabilidade, etc.). A atividade prática será o mapeamento de vulnerabilidades do território pensando em saúde do trabalhador.

Módulo 2: Vigilância em Saúde do trabalhador com ênfase nas lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho.

Capacitação dos profissionais para identificar e ofertar aos trabalhadores do território o direito a um ambiente de trabalho saudável, evitando doenças e acidentes relacionados à sua atividade laboral; para realizar ações de promoção, reabilitação e vigilância em saúde com vistas a intersectorialidade. Presencialmente ocorrerá uma oficina prática com questões geradoras de discussão. A atividade prática será a elaboração, execução e registro em forma de documentário, de um plano de matriciamento com as equipes estratégias de saúde da família tendo como foco a vigilância em saúde do trabalhador.

Módulo 3: Identificação e análise dos riscos ocupacionais para ocorrência das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho.

Capacitação para realizar uma análise de riscos ocupacionais no território com a finalidade de prevenir acidentes e diminuir os índices de exposições e adoecimento, e para sugerir recomendações para melhorias nos ambientes de trabalho. Presencialmente, a partir de um caso clínico, será feita a análise, identificação e possível estratégia de intervenção dos riscos ocupacionais, seguido de uma roda de conversa para discussão de resultados. A atividade prática será a análise dos riscos ocupacionais da atividade laboral mais frequente no território, seguido da construção de um Projeto de Saúde no Território que será executado e posteriormente apresentado em forma de relatório anexando imagens, vídeos ou recurso de preferência.

Módulo 4: Intervenções e encaminhamentos na Saúde do Trabalhador para manejo das lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho

Capacitação acerca das intervenções em agravos da saúde do trabalhador, encaminhamentos, bem como os fluxos das redes de referência e contra referência de acordo a demanda, e a importância das equipes multidisciplinares neste processo. Presencialmente ocorrerá a construção do desenho de um protocolo para ser utilizado pelos profissionais inseridos na Atenção Básica que favoreça nos mecanismos de intervenção e encaminhamentos referente a saúde do trabalhador.

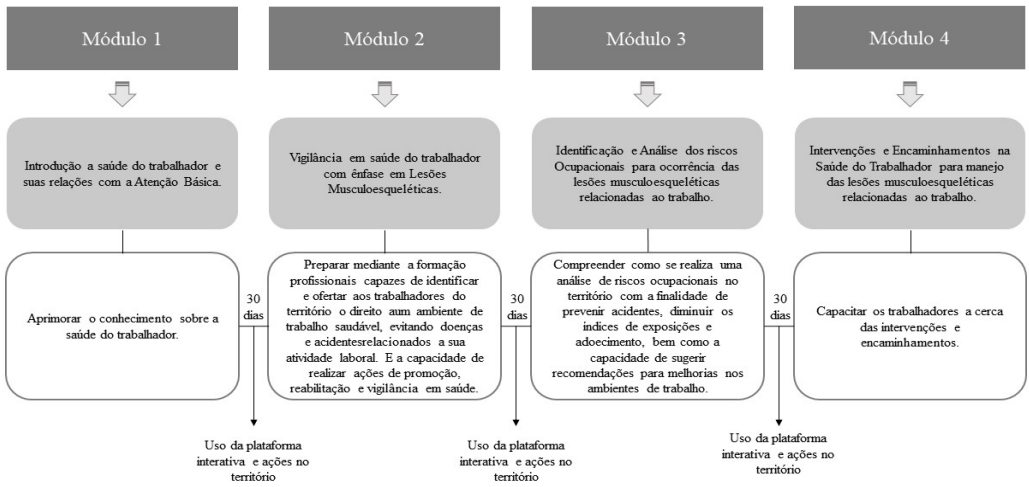


Figura 1: Modelo conceitual do programa de educação permanente para formação de profissionais de saúde de nível superior

Fonte: Própria dos autores (2020)

3.2 Elaboração do Material de apoio ao programa educativo

O livro elaborado como material de apoio do programa educativo, de nome “Programa Educativo em Saúde do Trabalhador para Manejo de Lesões Musculoesqueléticas”, é composto de 100 páginas divididas em quatro módulos e 1 estudo de caso. O primeiro módulo discorre sobre conceitos introdutórios acerca do trabalho e seu impacto na construção social do indivíduo e na formação da sociedade, observando também os impactos na condição de saúde. Além disso, também trata o papel da Atenção Básica no reconhecimento de fatores de risco ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho por meio da territorialização.

O segundo módulo apresenta conceitos e conjuntos de condições clínicas classificadas como lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, bem como seus sinais, sintomas e fatores de risco, posteriormente indicando orientações aos profissionais quanto a ampliação de ações de vigilância em saúde do trabalhador. O terceiro módulo foca principalmente em como a identificação e análise de fatores de riscos é essencial para que o problema de saúde seja compreendido e melhor solucionado a partir de intervenções adequadas, abordando também a Análise Ergonômica do Trabalho e os instrumentos de análise de risco. Por fim, o quarto módulo exemplifica a implementação de todas as etapas descritas nos módulos anteriores, compreendendo a sua utilidade a partir de diferentes populações de trabalhadores.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que a regulamentação do SUS estabelece a relevância do trabalho na situação de saúde da população, é indispensável que profissionais da Atenção Básica incorporem ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador em seus processos de trabalho. Nesse sentido, garantir a capacitação dos profissionais que irão atender os usuários do sistema de saúde se mostra ainda mais essencial no alcance a integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

A hipótese da efetivação do programa de educação permanente aqui descrito, caso obtenha os efeitos desejados, resultará em uma mudança significativa na atuação dos profissionais, e impactará não só a resolutividade de problemas relativos ao manejo de lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho como também a própria materialização da saúde para população como produto do SUS.

Para isso, o programa de educação permanente contempla todos os conteúdos fundamentais a capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica, em sentido a execução na prática e articulação com as diretrizes do SUS, acerca do manejo de lesões musculoesqueléticas, visando sua resolutividade. Acredita-se que o seu formato de aplicação de ensino participativo, envolvendo tanto encontros presenciais quanto prática do conteúdo adquirido, exigirá dos cursistas o engajamento necessário a sua mudança de comportamento e habilidades.

REFERÊNCIAS

ABREU, Jeniffer de Araújo; VIEIRA, Larissa da Silva; COMPER, Maria Luiza Caires. **Acidentes de Trabalho por distúrbios osteomusculares registrados no Brasil entre 2006 e 2017.**

REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde, v. 4, n. 00, p.102-115, 2019. Disponível em:<<https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1819/1015>> Acesso em: 6 out. 2020.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ABREU, Mery Natali Silva. **Fator associado a distúrbios osteomusculares auto-relatados no trabalho em adultos brasileiros.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.51, supl. 1, p.1-10, jun.2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200301&lng=en&tlng=en> Acesso em: 6 out. 2020.

BARDIN, Laurence. **L'Analyse de contenu.** France: Presses Universitaires de France, 1977.

BRASIL. Lei nº 8.080. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília: DF, 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1ª ed., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS:** caminhos para educação permanente em saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 68 p., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 64 p., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, 2012.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública:** reflexões a partir da prática. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1489-1500, 2017. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=pt&lng=pt> Acesso em: 6 out. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface, Botucatu, v.9, n.16, p. 161-168, set.2004/fev.2005. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n16/161-168/pt>> Acesso em: 6 out. 2020.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e. **Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST).** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.38, n.127, p.31-43, jan./jun. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100007&script=sci_arttext> Acesso em: 6 out. 2020.

FARIA, Magda Guimarães de Araújo et al. **Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2020. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000400702&script=sci_arttext> Acesso em: 6 out. 2020.

FERREIRA, Lorena et al. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p.223-239, jan./mar. 2019. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n120/223-239/pt/>> Acesso em: 6 de out. 2020.

JAMES, Spencer L. et al. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** Lancet, v.392, p.1789-1858, nov. 2018. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext)> Acesso em: 6 out. 2020.

SILVA, Thais Lacerda e, et. al. **Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família.** Interface, Botucatu, v.18, n.49, p.273-288, abr./jun.2014. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/icse/2014.v18n49/273-288/>> Acesso em: 6 out. 2020.

SOUZA, Thiago Santos de; VIRGENS, Liliam Silva das. **Saúde do trabalhador na Atenção Básica**: interfaces e desafios. Revista brasileira de saúde ocupacional, São Paulo, v.38, n.128, p.292-301, jul./dez.2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000200016&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 6 out. 2020.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCHE, Denise Antunes Azambuja. **Permanent education in health services**: a study on the experience gained in Brazil. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, 2011. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300009&script=sci_arttext> Acesso em: 6 out. 2020.

CAPÍTULO 17

PROJETO UFMT XINGU: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Douglas Yanai

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/9789519630610396>

Anna Letícia Sant'Anna Yanai

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/5806881455662347>

Duarte Antônio de Paula Xavier Fernandes Guerra

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/0437305502024098>

Izabella Andrade Santos

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/2336278035897551>

Júlia Serpa Vale

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/3317633211095060>

Maria Clara Martins de Araújo

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/6214037335730268>

Oder Banhara Duarte

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
ID Lattes: 1874881886082236

Pollyanna da Silveira Rodrigues

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/9096038691848182>

Renata Pedrosa Chimello

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
ID Lattes: 0351919901291411

Vilian Veloso de Moura Fé

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/4595559334437101>

Vitória Paglione Balestero de Lima

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Campus Sinop
Sinop-MT
<http://lattes.cnpq.br/4496514974490039>

RESUMO: O Projeto UFMT Xingu nasceu em 2017, quando professores e estudantes de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso *campus* Sinop (UFMT-Sinop) foram a duas aldeias do Parque Indígena do Xingu (PIX) com o objetivo de entender e identificar as necessidades das comunidades que vivem naquelas terras, com ênfase no atendimento em

saúde. Após traçar estratégias junto aos representantes indígenas, o projeto teve aval para seu início formal. Em 2018, iniciaram-se os trabalhos, com a oferta de assistência médica nas áreas de Psiquiatria, Pediatria, Oftalmologia e Odontologia, além de Medicina Preventiva, com o objetivo de chamar atenção para o uso crescente de álcool nas comunidades indígenas. Nossa equipe é composta por três médicos, sendo um psiquiatra, um oftalmologista e uma pediatra; uma dentista; onze acadêmicos e uma equipe de apoio logístico. Durante as expedições, foram realizadas capacitações para conscientizar sobre o consumo crescente de bebidas alcoólicas industrializadas pelos indígenas, expondo os malefícios causados pelo abuso de álcool de forma compreensível, com auxílio de um tradutor nativo, teatro e figuras visuais. Membros da comunidade expuseram suas vivências e dúvidas, e observou-se maior incidência de consumo de álcool nas comunidades geograficamente mais próxima às cidades, demonstrando grande influência da cultura urbana no modo de vida dos indígenas. Em 2018, 250 consultas foram realizadas nas aldeias Metyktire, Aribaru e Piaráçu, com 49 indígenas diagnosticados com baixa acuidade visual. Doações de óculos e 14 cirurgias de catarata foram efetuadas. Em 2019, na Aldeia Tuba Tuba, realizou-se 141 atendimentos médicos, atendimentos odontológicos e sessões de acupuntura. Foram doados 44 óculos e realizadas 9 cirurgias de catarata. Nosso foco é o cuidado transcultural, baseado nas crenças e valores de cada indivíduo. Prezamos pela troca bilateral de saberes entre os indígenas e os participantes do Projeto.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Indígena. Saúde Pública. Medicina Preventiva. Alcoolismo. Relato de Experiência.

UFMT XINGU PROJECT: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The UFMT Xingu Project was born in 2017, when professors and medical students from the Federal University of Mato Grosso campus Sinop (UFMT-Sinop) went to two villages at the Xingu Indigenous Park (PIX) aiming to understand and identify the needs of the communities living in those lands, with an emphasis on health care. After drawing up strategies with indigenous representatives, the project had endorsement for its formal start. The work began in 2018, offering medical assistance in Psychiatry, Pediatrics, Ophthalmology and Dentistry, in addition to Preventive Medicine, with the goal of bringing attention to the increasing use of alcohol in indigenous communities. Our team is formed by three doctors - one psychiatrist, one ophthalmologist and one pediatrician; a dentist; eleven students and a logistical support team. During the expeditions, sessions were made to raise awareness on the growing consumption of industrialized alcoholic beverages by indigenous people, exposing all harm caused by alcohol abuse in an understandable manner, counting with the assistance of a native translator, theatrics and visual figures. Members of the community exposed their experiences and doubts, and a greater incidence of alcohol consumption was noticed in communities geographically closer to cities, demonstrating the influence of urban culture on the indigenous way of life. In 2018, 250 appointments were carried out in the villages of Metyktire, Aribaru and Piaráçu, with 49 natives been diagnosed with low visual acuity. Glasses' donations and 14 cataract surgeries were performed. In 2019, at Aldeia Tuba Tuba, 141 medical appointments, dental appointments and

acupuncture sessions were held, 44 glasses were donated and 9 cataract surgeries were performed. Our focus is on cross-cultural care, based on the beliefs and values of each individual. We appreciate the bilateral exchange of knowledge between indigenous people and the Project members.

KEYWORDS: Public Health Service. Indigenous Health. Preventive Medicine. Alcoholism. Experience Report.

1 | INTRODUÇÃO

Idealizado pelos irmãos Villas Bôas e com a fundamental atuação do antropólogo Darcy Ribeiro, o Parque Indígena do Xingu (PIX) foi fundado em 1961 pelo presidente Jânio Quadros. A intenção era preservar a sociodiversidade do país, em meio a expansão da fronteira agrícola rumo ao norte do país que estava se iniciando, mas só em 1978 a demarcação do perímetro foi oficialmente realizada.

O PIX está localizado na Amazônia legal no nordeste do estado de Mato Grosso e ocupa uma área de 2,6 milhões de hectares com ampla biodiversidade e onde passa o rio Xingu, sendo uma das mais famosas e importantes reservas indígenas do mundo. São 16 etnias distribuídas pelo parque, sendo elas: Aweti, Ikpeng, Kaiabi, Kalapalo, Kamaiurá, Kĩsêdjê, Kuikuro, Matipu, Mehinako, Nahukuá, Naruvotu, Wauja, TapayunaTrumai, Yudja e Yawalapiti. Várias famílias linguísticas diferentes são faladas por esses povos e o português é usado como forma de comunicação entre as diferentes etnias, sendo falado mais fluentemente por homens adultos.

Durante anos, os povos indígenas foram – e continuam sendo – marginalizados pelos governos, sendo a política de saúde indígena uma das questões mais polêmicas e delicadas da política indigenista. Desde a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967, várias ações e diretrizes foram implantadas, mas nenhuma delas realmente deixou a realidade sanitária das aldeias em níveis satisfatórios e isso se deve tanto ao subfinanciamento quanto a falta de marcos regulatórios em relação à saúde indígena.

Foi apenas em 1999, com criação da Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), que a saúde indígena começou a melhorar lentamente. Antes disso, a assistência à saúde indígena no Brasil era praticamente nula, assim como a falta de dados epidemiológicos sobre essa população. Essa lei estruturou uma rede de serviços de atenção básica nos territórios indígenas, criando 34 distritos sanitários especiais (DSEI) com equipes multiprofissionais responsáveis pela atenção básica, envolvendo educação para a saúde, vacinação, acompanhamento pré-natal, controle de tuberculose, DSTs etc., articulados à rede regional do SUS, para atendimentos mais complexos. Só a partir disso é que os indígenas passaram a ser vistos como uma população que deveria ser tratada de maneira diferenciada no modo de fazer saúde, aliando os

saberes já existente dessa população como conhecimento da medicina ocidental ensinada nas universidades. Assim, tornou-se mais fácil intervir de modo benéfico no processo saúde- doença dos indígenas. Todavia, ainda há muito a se melhorar nessa área e o Projeto UFMT Xingu foi criado com o objetivo principal de minimizar a marginalização histórica sofrida por esses povos, através do cuidado transcultural, baseado em suas crenças e valores, e do atendimento humanizado.

Com o avanço das cidades e do desmatamento ao redor do parque, alguns determinantes vêm influenciando muito a saúde indígena, seja por patógenos exógenos adentrando as aldeias ou pela guerra de territórios, que inviabiliza a subsistência e manutenção do estilo de vida indígena. Assim, os povos do Xingu estão cada vez mais ameaçados por doenças que antigamente não afetavam os indígenas de maneira tão intensa. Além disso, os novos hábitos alimentares (aumento do consumo de alimentos industrializados e com nutrientes inadequados, entrada de bebidas alcoólicas ultraprocessadas) e o novo modo de viver, mais sedentário, estão levando a um *boom* de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como obesidade, dislipidemia, diabetes e hipertensão, ao mesmo tempo em que a desnutrição aumenta. Dessa forma, os óbitos por doenças cardiovasculares vêm se tornando protagonistas entre os indígenas, e a incidência de depressão e suicídio torna-se cada dia mais elevada.

2 | OBJETIVO DO PROJETO

O Projeto UFMT Xingu surgiu na Universidade Federal de Mato Grosso campus Sinop, após médicos e acadêmicos de Medicina demonstrarem interesse na área de saúde indígena, sendo inspirado no já consagrado Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) atuante há mais de cinquenta anos. Aliado ao desejo de melhorar as condições de saúde dos povos que vivem na área do PIX, tem-se a vantagem de que a região de Sinop, Mato Grosso, é próxima ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Kayapó, que situa-se na região norte desse estado e sul do Pará, facilitando, assim, as expedições e ações em campo.

No que se refere aos objetivos específicos deste projeto, inclui-se a troca bilateral de saberes entre os indígenas e os estudantes ou profissionais da saúde. Dessa forma, não são privilegiados os conhecimentos da medicina ocidental em relação aos saberes culturais dos indígenas. Ao invés disso, o propósito é aliar cuidados tradicionais da rotina desses povos com as evidências científicas existentes na medicina acadêmica. Durante as expedições, observamos como foram instituídas as orientações fornecidas nas visitas anteriores bem como as dificuldades enfrentadas durante esse processo. Após as visitas, buscamos sedimentar o conhecimento adquirido por meio reuniões, nas quais avaliamos nosso

trabalho e buscamos formas de otimizá-lo e adequá-lo às condições e demandas específicas de cada comunidade.

Além disso, as expedições ao PIX buscam levar tratamento especializado de oftalmologia, psiquiatria, pediatria, medicina preventiva e odontologia, preenchendo parcialmente as necessidades de saúde desse povo. Essas ações são necessárias devido aos enormes desafios enfrentados por essa população como a distância aos serviços de saúde públicos e ao despreparo da maioria das equipes de saúde para atender esses cidadãos.

Outra finalidade do projeto é levar conhecimento sobre saúde indígena aos estudantes da UFMT e demais faculdades da região por meio de reuniões abertas a esse público-alvo. Dessa maneira, parte da lacuna em relação a defasagem do processo de ensino-aprendizagem sobre o tema indígena nas universidades pode ser sanado.

É importante ressaltar que o Projeto tem como foco o cuidado transcultural, baseado nas crenças, valores e atitudes de cada indivíduo, o qual está inserido em redes, estruturas e formas de pensamento coletivas que, até certo ponto, marcam e orientam seu comportamento. A utilização dessa teoria nos proporcionou entender melhor o universo destas comunidades, servindo de estímulos para a adoção de um cuidado fundamentado cientificamente como sustentação das práticas médicas e odontológicas nos mais variados contextos de saúde. E também, como forma de valorização da cultura, muitas vezes, esquecida, que nos últimos anos vem descaracterizando por alguns comportamento e novas práticas da comunidade indígena, instituídas por submissão à força da cultura do “homem branco”.

3 | DISCUSSÃO

Nossas ações são contínuas e compreendem duas etapas distintas e complementares, sendo que a primeira fase consiste em encontros mensais entre os participantes do Projeto para treinamento, preparação e discussão de temas acerca da saúde indígena. Já a segunda fase do projeto consiste na aplicação dos conceitos teóricos discutidos previamente durante os trabalhos em campo no PIX. A nossa equipe é, geralmente, composta por três médicos docentes do curso de Medicina da UFMT, Campus Sinop, sendo um psiquiatra, um oftalmologista e uma pediatra, soma-se ao grupo uma dentista docente da FASIPE, faculdade parceira, 10 acadêmicos do segundo ao quarto ano de Medicina da UFMT, 1 acadêmico de odontologia da FASIPE e uma equipe de logística.

Durante as 4 expedições, realizadas nos anos de 2017, 2018 e 2019 em 4 aldeias distintas – Metyktire e Piaráçu de povos Mebengôkre e Aribaru e Tuba Tuba de Yudjás – foram ministradas palestras lúdicas sobre o impacto negativo do

consumo abusivo de álcool juntamente com uma peça teatral de fácil entendimento, onde os acadêmicos simularam situações do cotidiano em que o álcool prejudica as relações interpessoais. Com o objetivo de deixar a palestra ainda mais interativa, levamos peças artificiais do laboratório de anatomia da UFMT-Sinop para, com isso, ilustrar, de forma didática, os efeitos maléficos do álcool no organismo. Em seguida, promovemos uma roda de conversa, na qual os indígenas puderam tirar dúvidas sobre as questões abordadas nas palestras e contar sobre suas vivências.

Somada às palestras educativas, a expedição também contou com atendimento médico especializado na área de oftalmologia, em que foi feito rastreamento de glaucoma, possíveis traumas oculares, triagem oftalmológica com a tabela de *Snellen* e prescrições de lentes corretivas que foram entregues posteriormente. Além disso, correções cirúrgicas, como as necessárias nos quadros mais graves de catarata, foram agendadas e realizadas no município de Sinop após a expedição.

No atendimento médico de pediatria, foi abordado o atendimento baseado na puericultura para avaliação das reais condições de desenvolvimento e nutrição da população indígena infantil. Foi realizado, também, atendimento odontológico pediátrico e orientação sobre higiene bucal. Na área da psiquiatria, houve enfoque nos atendimentos acerca da prevenção do alcoolismo e agravos relacionados à saúde mental. Foram feitos também atendimentos clínicos e procedimentos cirúrgicos simples para, assim, melhor atender as populações das aldeias visitadas. Os atendimentos contaram com a participação dos acadêmicos de medicina da UFMT-Sinop e do acadêmico de odontologia da FASIPE.

A capacitação sobre o alcoolismo e suas consequências catastróficas à população indígena, realizada levando em máxima consideração o cuidado transcultural e as particularidades étnicas, históricas e sociais de cada povo, mostrou-se bem vinda e efetiva através da participação ativa dos ouvintes e a demonstração de interesse por parte dos líderes das aldeias na continuidade do projeto. Através da oferta do conhecimento científico atual a respeito das consequências do consumo de álcool à saúde pessoal e coletiva em uma linguagem acessível à população indígena, com participação de tradutores locais e com uso de imagens, objetos figurativos e interpretações teatrais, houve grande troca de conhecimentos e vivências entre os voluntários e os membros das comunidades Mebêngôkre e Yudjá que participaram da dinâmica, expondo suas dúvidas, preocupações e visão de mundo sobre a entrada do álcool na cultura indígena.

É claro e estabelecido o prejuízo que o consumo de bebidas alcóolicas, especialmente destiladas, da cultura ocidental trazem à saúde da população indígena. Não apenas de forma direta, com aumento das taxas de suicídio, doenças e situações de violência dentro das aldeias, como também indiretamente, com perda de terras por aumento da vulnerabilidade sociocultural. Seguindo a proposta de uma

atenção diferenciada aos povos indígenas, a união e comparação de conhecimentos e hábitos medicinais da população indígena com os métodos científicos da medicina tradicional se torna excepcionalmente importante, e nem tudo que se aplica à sociedade tradicional deve ser imposto às sociedades indígenas. Como exemplo, vê-se a própria abordagem ao tema alcoolismo. O Caxiri, bebida típica da cultura local das aldeias, que tem como matéria prima a mandioca e que possui um teor alcoólico muito inferior ao encontrado nas bebidas industrializadas, é uma bebida consumida em festas e rituais, que não se associa à desestabilidade indígena. Dessa forma, as palestras ministradas pela Liga Acadêmica de Saúde Indígena de Sinop (LASIS - UFMT Sinop) com o tema alcoolismo foram adaptadas ao contexto necessário e levaram em consideração e respeito a cultura local, evidenciando o problema não na bebida típica mas sim na de produção não indígena, desvincilhando o conceito do uso tradicional de bebidas fermentadas do consumo abusivo de bebidas ultraprocessadas e com alto teor alcoólico no dia a dia da comunidade local.

Após a aplicação das palestras, foi observado que os membros das aldeias Metyktire e Piarçu, de etnia Mebêngôkre e localização mais próxima às cidades tradicionais, possuíam maior familiaridade com os malefícios do álcool, bem como maior utilização e maior resistência à interrupção do consumo, enquanto nas aldeias Aribaru e Tuba Tuba, de etnia Yudjá e mais afastadas dos grandes centros, com destaque para a aldeia Tuba Tuba, que há anos é atendida pelo Projeto Xingu da UNIFESP, houve claramente menor demonstração da utilização da substância e maior absorção e atenção direcionada aos ensinamentos repassados sobre as consequências da entrada do álcool na cultura indígena, desde o aumento nas taxas de doenças como hipertensão e diabetes até o crescimento de situações de violência vivenciadas nas aldeias e do número de suicídios, especialmente entre jovens, chegando a atingir 40 vezes o valor observado na população brasileira.

Dentro das expedições ao PIX, a proposta de oferecer atendimentos essenciais de saúde também obteve grande êxito. No ano de 2018, o projeto proporcionou 250 atendimentos médicos aos indígenas, nas áreas de clínica geral, oftalmologia e pediatria. A partir da triagem oftalmológica realizada nas aldeias e da parceria com os DSEI responsáveis para o deslocamento dos indígenas, foram executadas de forma gratuita na cidade de Sinop 14 cirurgias para correção de cataratas e foram doados 49 óculos com lentes personalizadas às necessidades individuais dos membros da comunidade. Nas expedições de 2019, foram realizados 132 atendimentos médicos, sendo 9 psiquiátricos, 60 pediátricos e 63 oftalmológicos. Como seguimento dos atendimentos oftalmológicos, foram realizadas 9 cirurgias para correção de cataratas e foram doados 44 óculos. Levando em consideração o direito de equidade, estabelecido nas diretrizes da saúde pública do Brasil, a intervenção cirúrgica para quadros de catarata e o fornecimento de óculos

constituíram pontos importantes e muito bem desenvolvidos dentro do projeto, que visa não apenas identificar as maiores dificuldades de saúde enfrentadas pelos indígenas, mas também obter resolução e seguimento, melhorando a qualidade de vida das pessoas atendidas.

Analogamente às observações sobre alcoolismo nas aldeias, através dos atendimentos médicos foi constatado que hábitos alimentares, hábitos de higiene bucal e saúde geral/incidência de doenças crônicas como hipertensão e diabetes foram menos incidentes em aldeias mais afastadas das cidades e que possuíam vivências anteriores com projetos que promovem saúde indígena, o que reforça imensamente o papel que estudantes e profissionais da área da saúde, bem como o Sistema Único de Saúde, podem ter em auxiliar a promoção da perpetuação da cultura indígena e a inserção das comunidades indígenas ao mundo interconectado com o qual estão tendo cada vez mais contato.

Buscando ampliar os objetivos da atenção diferenciada, que constituíram base para a criação do projeto Xingu, houve o intuito final de levar ao público acadêmico e à comunidade em geral as particularidades, os desafios e os conhecimentos aprendidos pelos voluntários durante as expedições, para que o início de uma capacitação a saúde indígena fosse idealizado, minimizando o despreparo e a visão fragmentada e superficial observada em grande parte dos profissionais de saúde a respeito das necessidades de comunicação e atenção social desses povos. Palestras promovidas pela LASIS e abertas ao público levantaram questões de saúde e cultura indígena, como a relação da tradição indígena com o álcool, os altos índices de mortalidade infantil e o aumento de doenças crônicas, além de apresentar as aldeias visitadas e o contato realizado com os povos, dando voz a uma parcela da população por vezes esquecidas pela maioria.

A história do Brasil, permeada por contatos violentos, ameaças territoriais e disseminação de doenças entre colonizadores e indígenas, explica a importância da construção de projetos para atenção à saúde indígena com uma linha definida e contínua de ações. Ao executar um trabalho com respeito à sabedoria e tradição dos povos atendidos, dando ouvidos às demandas levantadas pela comunidade local e promovendo o seguimento necessário para efetivar a atuação realizada, com os retornos das expedições às aldeias, o Projeto Xingu alcança a confiança da população e constitui um grande passo na ampla caminhada necessária para a superação dos desafios enfrentados no atendimento à saúde do índio no país.

4 | REFLEXÕES

De forma generalista, a vivência da população brasileira em relação à cultura indígena limita-se a pensar superficialmente sobre a violência iniciada pela

colonização portuguesa no passado e à comemoração do dia 19 de abril, Dia do Índio, nas escolas. Crescemos pensando que sabemos o suficiente sobre os indígenas, vendo representações lindas de suas imagens em telejornais e reportagens internacionais. Ao iniciar nossa jornada rumo às aldeias, no entanto, enfrentando estradas difíceis por longas horas, recebemos a primeira lição: tudo para eles ainda é extremamente difícil: desde o simples ir e vir das aldeias até o recebimento de direitos básicos como educação, alimentação, moradia e segurança. A experiência de visitar uma aldeia representa um verdadeiro despir-se de preconceitos e estigmas, que todo brasileiro deveria vivenciar.

A imersão por alguns dias em uma cultura e estilo de vida completamente diferentes do nosso, somados ao contato integral com a natureza, onde compreendemos tudo que ela ainda representa não só para a comunidade indígena, mas para todos nós, possibilitam que nós, integrantes do Projeto UFMT Xingu, tenhamos uma experiência transformadora, influenciando nossos próprios valores e o modo como nos relacionamos com as situações e ambientes em que vivemos. Em relação à formação e prática médica, essa experiência estimula o olhar empático na relação médico-paciente e fomenta no estudante a necessidade de cuidar do paciente de uma forma holística, respeitando suas particularidades e crenças, sempre tendo em mente que existem diversas realidades culturais pelo nosso país e que todas elas são essenciais e merecem nosso zelo.

5 | CONCLUSÃO

O Projeto UFMT Xingu executado pelos acadêmicos e professores do curso de Medicina da UFMT-Sinop, em parceria com o curso de Odontologia da FASIPE, almeja a melhoria das condições de saúde dos povos que vivem na área do Parque Indígena do Xingu. Após afirmação do líder Mebengôkre Raoni Metuktire, conhecido internacionalmente por sua luta pelos direitos dos povos indígenas, na qual disse estar preocupado com o crescente abuso de bebidas alcoólicas entre os nativos, o projeto buscou atender suas solicitações.

A respeito das atividades desenvolvidas no contexto universitário, os diversos temas debatidos foram de fundamental importância para guiar e auxiliar na elaboração de um plano de trabalho durante as expedições no PIX, levando em consideração o contexto sociocultural em que os povos nativos se encontram.

No tocante aos atendimentos realizados, é notório o grande impacto do projeto nos indicadores de saúde indígena, demonstrados por meio da melhoria da acuidade visual da população atendida, da triagem e tratamento das principais afecções pediátricas, das intervenções relacionadas à saúde bucal e do atendimento à demanda espontânea requerida pelos nativos e pela equipe de saúde local.

Evidentemente a busca pela melhoria e ampliação do projeto é constante. Tal fato é validado pela continuidade de obtenção de conhecimentos a respeito da saúde e cultura indígena, pela busca de novas parcerias e pelo esforço crescente de docentes e discentes no oferecimento de acolhimento respeitoso e eficiente para essa população, muitas vezes negligenciada no que tange à formulação de políticas públicas que visam a manutenção e desenvolvimento desse povo.

O Projeto UFMT Xingu possibilita a troca bilateral de conhecimentos entre a comunidade indígena assistida e os acadêmicos e professores envolvidos. O aprendizado no quesito cultural é de grande valia e amplia horizontes que extrapolam o conteúdo do curso de graduação. A valorização da saúde indígena é sinônimo do reconhecimento, respeito e preservação da história do nosso país.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE. Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. Projeto Xingu. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/a-empresa/projetos-sociais/projeto-xingu>. Acesso em: 12 ago. 2020.

INSITITUTO SOCIOAMBIENTAL. Alamanque Socioambiental: Parque Indígena do Xingu: 50 anos. São Paulo: Insituto Socioambiental, 2011. 318 p. ISBN 978-85-85994-84-6. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/publicacoes/10380_0.pdf. Acesso em: 1 set. 2020.

NETO, Francisco L; Oliveira, Cleane S de; Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Revista de Psiquiatria Clínica 30 (1): 4-10, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20583.pdf>. Acesso em: 18 de julho de 2020.

SMAILLI, Soraya. Parabéns, Projeto Xingu. EntreTeses : Revista UNIFESP, São Paulo, ed. 5ª, p. 6-7, 2015. Disponível em: https://www.unifesp.br/images/DCI/revistas/Entreteses/Entreteses_05_2015.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

CAPÍTULO 18

PROPRIEDADES SENSORIAIS E NUTRICIONAIS DE CUPCAKES PREPARADOS COM DIFERENTES EDULCORANTES NATURAIS EM SUBSTITUIÇÃO A SACAROSE

Data de aceite: 01/12/2020

Vanessa Leppa Florêncio

Discente do curso de Nutrição - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Leopoldo/RS

Cibele Pinz Muller

Mestranda no Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Leopoldo/RS
ID Lattes: 5087013611404567

Valmor Ziegler

Professor do Mestrado Profissional em Nutrição e Alimentos - Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Leopoldo/RS
ID Lattes: 5138207824433367

RESUMO: Dentre os produtos de panificação, o cupcake integral vem adquirindo cada vez mais espaço no mercado consumidor. É um alimento consumido no mundo todo, considerado um lanche saboroso e aceito por todas as faixas etárias. Porém, devido ao seu alto valor calórico não é indicado para todos os públicos. Desta forma, esse trabalho teve como objetivo desenvolver mini cupcakes integrais de baixo teor calórico, utilizando edulcorantes naturais. Foram elaboradas quatro formulações nas quais diferem seus edulcorantes (xilitol, eritritol, stévia e sacarose), sendo a última, utilizada como amostra padrão para comparação. Os cupcakes foram avaliados sensorialmente por 57

pessoas não treinadas. Além das características organolépticas, foi avaliada a intenção de compra dos cupcakes. Os dados coletados demonstram uma boa aceitação das formulações, sendo a mais pontuada, dentre elas, a amostra adoçada com xilitol, com maior pontuação no quesito sabor (8,15) e índice de aceitação de 88,18%. A segunda amostra mais pontuada foi a adoçada com sacarose, pontuada no quesito sabor (7,84) e índice de aceitação de 85,38%. A amostra adoçada com eritritol foi a terceira mais pontuada no quesito sabor (7,35) e índice de aceitação de 82,99%. Por fim a amostra adoçada com stévia recebeu a menor pontuação no quesito sabor (4,98) e índice de aceitação de 67,15%, sendo a menos aceita em relação aos demais. Os resultados obtidos demonstram que cupcakes integrais com baixo teor calórico, adoçados com xilitol e eritritol, incomuns a maioria das pessoas, são aceitos e podem ser parte da alimentação diária da população em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Edulcorantes naturais. Cupcakes. Aceitação.

SENSORY AND NUTRITIONAL PROPERTIES OF CUPCAKES PREPARED WITH DIFFERENT NATURAL SWEETENERS IN SUBSTITUTION FOR SACAROSIS

ABSTRACT: Among the bakery products, the integral cupcake has been acquiring more and more space in the consumer market. It is a food consumed worldwide, considered a tasty snack and accepted by all age groups. However, due to its high caloric value it is not suitable for all audiences. Thus, this work aimed to develop

low calorie whole mini cupcakes, using natural sweeteners. Four formulations were prepared in which their sweeteners differ (xylitol, erythritol, stevia and sucrose), the latter being used as a standard sample for comparison. The cupcakes were evaluated sensorially by 57 untrained people. In addition to the organoleptic characteristics, the purchase intention of the cupcakes was evaluated. The collected data demonstrate a good acceptance of the formulations, with the highest score being, among them, the sample sweetened with xylitol, with the highest score in terms of flavor (8.15) and acceptance rate of 88.18%. The second most scored sample was the one sweetened with sucrose, scored on the flavor item (7.84) and acceptance rate of 85.38%. The sample sweetened with erythritol was the third most scored in terms of flavor (7.35) and acceptance rate of 82.99%. Finally, the sample sweetened with stevia received the lowest score in terms of flavor (4.98) and an acceptance rate of 67.15%, being the least accepted in relation to the others. The results obtained demonstrate that whole cupcakes with low calorie content, sweetened with xylitol and erythritol, uncommon to most people, are accepted and can be part of the daily diet of the general population.

KEYWORDS: Natural sweeteners. Cupcakes. Acceptance.

1 | INTRODUÇÃO

Dentre os produtos de panificação, o cupcake integral comparado ao cupcake tradicional contém componentes mais saudáveis/nutritivos, por exemplo fibra, ácidos essenciais, vitaminas, minerais, lignina e compostos fenólicos. (ALEXY; ZORN; KERSTING, 2010). É um alimento consumido no mundo todo (IN; WANG; EH, 2003), entretanto, devido a seu alto teor calórico, uma dieta rica em sacarose resulta em um estado contínuo de hipertrigliceridemia e hiperglicemia. (IN; WANG; EH, 2003).

Devido a estes desafios, o consumo de bolos e cupcakes deve ser evitado especialmente por indivíduos com diabetes mellitus (DM), excesso de peso e dislipidemia. (MOSCATTO; PRUDÊNCIO-FERREIRA; HAULY, 2006; O'BRIEN-NABORS, 2016).

O açúcar representa cerca de 30% da composição total da massa do bolo, sendo ele responsável por diversas características importantes como sabor, coloração, crescimento e amaciamento do glúten, além de conferir características reológicas específicas, como leveza, fácil mastigação, textura e sabor agradável. Contudo, o consumo de produtos com redução de açúcar vem ganhando cada vez mais espaço no mercado, seja para atender a demanda de consumidores com restrições dietéticas, para manutenção do peso corporal ou para fins estéticos. (DE SANTANA *et al.*, 2012).

Para transformar produtos já consolidados (ex.: bolo, tortas, etc.) com alto teor calórico por outros com uma redução de seu aporte energético, pode-se utilizar como possibilidade, a diminuição e/ou substituição da sacarose por um adoçante

alternativo. (GREMBECKA, 2015). Dada as diferenças de aceitabilidade dos adoçantes artificiais, o aumento no interesse em reduzir o consumo excessivo da sacarose e de aumentar a busca por produtos naturais, os edulcorantes naturais tornam-se alternativa para substituir a sacarose, livre de sintetizações que possam prejudicar a saúde, sendo de baixa (ou zero) caloria, possibilitando aos consumidores opções para produtos alimentícios, adoçados de forma natural, evitando assim o consumo excessivo da sacarose e melhorando a qualidade nutricional do produto. (PHILIPPE *et al.*, 2014).

No Brasil a regulamentação para o uso de edulcorantes em alimentos é de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. (BRASIL,1999). Por legislação, vários edulcorantes são permitidos em bebidas e alimentos dietéticos, porém cada um deles tem suas diferenças quanto a intensidade do sabor, dulçor e gosto residual. Para que os edulcorantes sejam utilizados com êxito em substituição a sacarose é necessário conhecer seu poder de dulçor equivalente em sacarose, e isso se dá por meio de análise sensorial. (CARDOSO; BATTOCHIO; CARDELLO, 2004).

Segundo Philippe *et al.*, (2014), existem inúmeras formas químicas com o poder de adoçar, contudo, poucos podem substituir a sacarose. Para um produto se tornar comercialmente escalável, precisa obter um bom score em métricas como: disponível em escala, qualidade sensorial, seguro microbiologicamente e de custo acessível. (DUBOIS, 2008; DUBOIS; PRAKASH, 2012). Consumidores normalmente preferem o dulçor da sacarose, portando, adoçantes alternativos com similaridade no sabor, são estudados.

A planta Stevia é uma alternativa para substituir a sacarose, por possuir um potencial alto de conferir o sabor doce (200 a 300 vezes mais doce que a sacarose) e ter um perfil temporal bom e alta estabilidade. Estudos apontam que a Stevia vem sendo utilizada desde a antiguidade em todo o mundo como adoçante e remédio. (GOYAL; SAMSHER; GOYAL, 2010). Embora, possa ser consumida por qualquer indivíduo, seus benefícios podem são ressaltados em grupos de pessoas, como por exemplo diabéticos, obesos e dislipidêmicos. (GOYAL; SAMSHER; GOYAL, 2010). É facilmente cultivada e encontrada em fazendas na Índia para a produção e exportação em larga escala. (PRAKASH *et al.*, 2008).

Quando comparados a sacarose, outros edulcorantes que ganham destaque são os polióis, (por exemplo, xilitol e o eritritol) são pouco absorvidos e, portanto, fornecem menos calorias e respostas glicêmicas mais baixas. (GWAK *et al.*, 2012; WEN *et al.*, 2018). O edulcorante natural eritritol tem a capacidade de adoçar até 70% da capacidade da sacarose e pode ser usado para substituí-la em diversos produtos por suas propriedades de baixa caloria, além de não possuir restrições a saúde e tolerância digestiva. (MAKINEN, 1994). Uma característica importante

do eritritol é a ausência de sabor residual, fato que o torna uma alternativa de edulcorante aceitável e palatável. (O'BRIEN-NABORS, 2016).

Por último, o xilitol é um poliól de cinco carbonos com uma doçura semelhante a sacarose (DOMÍNGUEZ; DOMÍNGUEZ; MANUEL, 1998), encontrado em ampla gama de frutas e vegetais. É utilizado na alimentação humana em receitas dietéticas e alimentação parenteral desde a década de 1960. (BLACKBURN; PH; GEORGIEFF, 1985). Os edulcorantes citados são facilmente encontrados em diversas lojas de produtos naturais, porém o seu custo final ainda é objeto de pesquisa, através de consulta de mercado, percebe-se que os edulcorantes custam em média 30 a 40 vezes mais que o açúcar comum na região sul do Brasil. Quando comparado a adoçantes artificiais, o custo varia pouco, mostrando que pode ter um potencial de comercialização tão consolidado quanto estes.

Neste contexto, o objetivo do trabalho é desenvolver um cupcake integral utilizando apenas edulcorantes naturais, avaliar suas características sensoriais e nutricionais e encontrar, dentre eles, o melhor substituto para a sacarose.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Insumos e preparo dos cupcakes

Para a produção dos cupcakes, foi utilizada uma formulação padrão adoçada com sacarose. Foram elaboradas quatro formulações experimentais, a formulação padrão contendo 200g de sacarose, a formulação 1 contendo 230g de eritritol, formulação 2 contendo 200g de xilitol e a formulação 3 contendo 37g de stévia.

Todos os insumos utilizados foram adquiridos em comércio local, de marcas legalizadas. As amostras tiveram diferentes concentrações de edulcorantes, devido as diferenças entre o poder de doçura de cada edulcorante. Os demais ingredientes foram adicionados nas mesmas quantidades em todas as formulações, conforme apresentado na Tabela 1 abaixo.

Ingrediente	Medida caseira	Eritritol	Xilitol	Stévia	Padrão
Óleo	1 ½ xícara	300g	300g	300g	300g
Ovos	5 unidades	300g	300g	300g	300g
Eritritol	1 ¼ xícara	230g	X	X	X
Xilitol	1 xícara	X	200g	X	X
Stévia	¼ xícara	X	X	37g	X
Sacarose (padrão)	1 xícara	X	X	X	200g
Leite	¾ xícara	140g	140g	140g	140g
Farinha de aveia	¾ xícara	130g	130g	130g	130g
Farinha integral	1 xícara	200g	200g	200g	200g
Aveia em flocos fina	¼ xícara	50g	50g	50g	50g
Coco flocado médio	½ xícara	100g	100g	100g	100g
Nozes	1 ¾ xícara	350g	350g	350g	350g
Fermento	1 colher sopa	15g	15g	15g	15g

Tabela 1 - Formulação dos cupcakes

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a pesagem fez-se a separação dos ingredientes, os componentes secos (farinha integral, farinha de aveia, aveia em flocos, coco flocado, nozes picadas e fermento químico) foram dispostos em um recipiente e reservados. No liquidificador, realizou-se o batimento dos demais insumos, em velocidade média, durante um minuto. Logo após, adicionou-se a mistura aos ingredientes secos, e homogeneizou-se até obter uma aparência uniforme. Em seguida, a mistura foi disposta em moldes de silicone, com formato de mini cupcakes, direcionando-os ao forno pré-aquecido a 200°C, e assados a 180°C por 20 minutos.

Depois da cocção, as amostras permaneceram em temperatura ambiente por cerca de 20 minutos para ocorrer o arrefecimento e serem desenformados. Finalizado o processo, foram armazenadas a temperatura ambiente. Todos os ingredientes foram pesados em balança digital para alimentos.

O processo produtivo é detalhado no fluxograma apresentado na figura 1 abaixo.

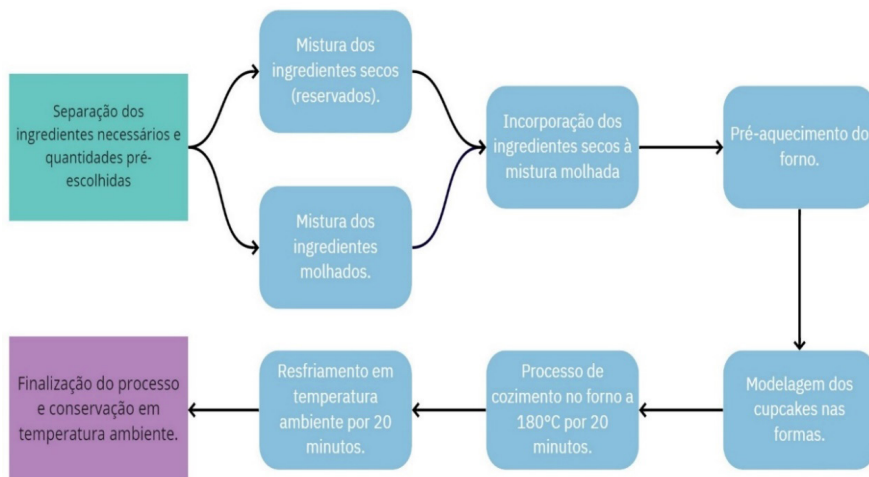


Figura 1- Fluxograma de produção dos cupcakes

Fonte: Elaborado pelos autores

2.2 Avaliação nutricional dos cupcakes

Para os cálculos da tabela nutricional, foram utilizadas as informações nutricionais contidas na embalagem dos ingredientes, considerando que: 1 g de proteína = 4 kcal; 1 g de carboidrato = 4 kcal e 1 g de lipídios = 9 kcal. A tabela nutricional foi elaborada conforme legislação vigente da ANVISA, onde a tabela nutricional deve conter, além do valor energético e do conteúdo de nutrientes, o percentual de valores diários (VD%), baseados em uma dieta de 2000kcal.

2.3 Análise sensorial

Para a realização da análise sensorial, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos, aprovado e registrado pelo número 25856319.2.0000.5344. As avaliações sensoriais foram realizadas de acordo com o método descrito por Minin (2003). Cinquenta e sete pessoas não treinadas participaram do estudo. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que cita todos os ingredientes contidos nas amostras, o objetivo do estudo e informações dos envolvidos no estudo.

Os painelistas que participaram do estudo tinham entre 18 e 55 anos, de ambos os sexos (masculino e feminino). Cada painalista foi questionado antes do ensaio para verificação da existência de alergia a algum dos ingredientes presentes nas amostras. Caso a resposta fosse positiva, seria excluído imediatamente da análise sensorial. Se, mesmo após a eliminação, algum outro painalista apresentasse qualquer tipo de sintoma (reação alérgica), durante a análise, este

seria imediatamente encaminhado para uma unidade básica de saúde mais próxima.

Os painelistas avaliaram quanto à impressão visual e degustativa dos cupcakes produzidos. O painel foi estruturado usando-se as quatro amostras produzidas, codificadas aleatoriamente por 157, 359, 241 e 589, sendo a 157 aquela produzida com sacarose (padrão), a 359 produzida com stévia, a 241 com eritritol e a 589 contendo xilitol.

Também foram avaliadas a intenção de compra e aceitação dos cupcakes. A intenção de compra foi determinada em uma escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a “definitivamente não compraria” e 5 corresponde a “definitivamente compraria”. Na aceitação foram avaliados os atributos de aroma, sabor, cor e textura utilizando uma escala hedônica não paramétrica de 9 pontos, na qual os extremos correspondem; (1) “desgostei muitíssimo” e (9) “gostei muitíssimo”.

Os dados obtidos para a aceitabilidade (impressão global) foram utilizados para determinar o Índice de Aceitabilidade (IA), calculado pela seguinte fórmula: $IA\% = A \times 100/B$, onde A é a nota média obtida pelo produto e B a nota máxima dada ao produto (9). Para que seja considerado aceito sensorialmente, o IA do produto deve ser maior ou igual a 70%, conforme ressalta Dutcoski (1996).

2.4 Análise de textura e cor experimental

Para a determinação de cor instrumental foi utilizado o equipamento ColorQuest XE- HunterLab e o método de leitura direta de reflectância no sistema de coordenadas retangulares “L*”, “a*” e “b*”. - “L*” varia de 0 (preto) a 100 (branco). - “a*” varia de verde (-a) para vermelho (+a). - “b*” varia de azul (-b) para amarelo (+b). Escala de cor: CIELAB Iluminante: D65 Ângulo de observação: 10°.

Para a determinação de textura experimental foi utilizado o equipamento analisador de textura TA.XT plus-Micro System estável e determinou-se a firmeza e a elasticidade dos cupcake.

2.5 Análise Estatística

Os resultados obtidos foram tabelados e a média e o desvio padrão calculados. Através do teste de Tukey, as médias foram comparadas a um nível de significância de 5% e análise de variância (ANOVA).

3 | DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1 Informações nutricionais dos cupcakes

As informações nutricionais dos cupcakes estão descritas na Tabela 2.

	Eritritol	VD%*	Xilitol	VD%*	Stevia	VD%*	Sacarose	VD%*
Valor Energético (Kcal)	79,83	1,39	86,14	1,39	62,31	1,39	90,31	1,39
Carboidrato (g)	4,38	1,39	5,95	1,39	4,22	1,39	7	1,39
Proteína (g)	1,47	1,39	1,47	1,39	1,47	1,39	1,47	1,39
Gorduras Totais (g)	6,27	1,38	6,27	1,38	6,27	1,38	6,27	1,38
Fibra Alimentar (g)	0,7	1,4	0,7	1,4	0,7	1,4	0,7	1,4
Sódio (mg)	6,7	1,4	6,7	1,4	6,7	1,4	6,7	1,4

(*) % Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2000 Kcal ou 8400 KJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

Tabela 2. Informações nutricionais dos minis cupcakes (20g) de acordo com cada formulação

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao analisar os resultados da Tabela 2, observou-se que as formulações com stevia, eritritol e xilitol, forneceram menos calorias e menor teor de carboidratos (62,31 Kcal e 4,22 g, 79,83 Kcal e 4,38g, 86,14 Kcal e 5,95 g), respectivamente, quando comparados à amostra controle, com sacarose, que exibiu 90,31 Kcal e 7 g de valor calórico e carboidratos, respectivamente. Esses resultados corroboram com estudos realizados por Akesowan (2009), em bolos com substituição da sacarose, quando obteve redução do valor energético e do teor de carboidratos ao adicionar eritritol à formulação. Em um estudo de In, Wang e Eh (2003) avaliando concentrações diferentes de eritritol em comparação a sacarose, foi encontrado um menor aporte calórico em bolos com maior concentração de eritritol.

Verificou-se ainda, no presente estudo, que os resultados do teor de gordura total (6,27g) e proteína (1,47g) permaneceram inalterados, independente da formulação apresentada.

3.2 Propriedades sensoriais dos cupcakes

Os resultados da avaliação sensorial para cada atributo (cor, aroma, textura e sabor) pontuadas pelos participantes do estudo estão descritas na Tabela 3.

Amostra	Cor	Aroma	Textura	Sabor
Sacarose	8,03 ± 0,90 a*	7,31 ± 1,40 a	7,54 ± 1,32 a	7,84 ± 1,37 a
Eritritol	7,94 ± 0,93 a	7,40 ± 1,26 a	7,17 ± 1,36 a	7,35 ± 1,69 a
Xilitol	7,98 ± 1,20 a	7,78 ± 1,08 a	7,45 ± 1,59 a	8,15 ± 1,43 a
Stévia	6,33 ± 1,20 b	5,98 ± 1,97 b	6,87 ± 1,42 a	4,98 ± 2,52 b

* Médias aritméticas simples de 57 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 3- Propriedades sensoriais dos cupcakes

Fonte: elaborada pelos autores.

A análise sensorial demonstrou que os cupcakes adoçados com eritritol e xilitol não apresentaram diferença significativa ($p \geq 0,05$) quando comparadas à sacarose para os atributos cor, aroma, textura e sabor. A formulação com stevia diferiu ($p \leq 0,05$) negativamente para cor, aroma e sabor das demais formulações. Em relação a textura não houve diferença significativa ($p \geq 0,05$) entre as formulações.

Miller et al. (2017) realizaram um estudo buscando substitutos da sacarose em bolos adoçados com diferentes edulcorantes, o bolo adoçado com stevia apresentou uma doçura intensa e um sabor metálico desagradável, sendo considerado inaceitável pelos degustadores. Concomitantemente, foram avaliadas também as características do eritritol, em que se obteve um volume semelhante ao adoçado com sacarose, porém, a massa apresentou consistência arenosa e sensação leve de ardência na garganta após a deglutição, não resultando em uma boa aceitação pelos painelistas.

Estudos avaliando as características de bolos adoçados com diferentes concentrações de eritritol demonstram que os bolos adoçados com 100% e 75% de eritritol em substituição a sacarose apresentaram uma cor mais leve, e os bolos adoçados com 100% de eritritol obtiveram uma doçura menor que os adoçados com 75% e 50% visto que o poder de dulçor deste edulcorante é em média de 70% da sacarose. (IN; WANG; EH, 2003).

Os resultados obtidos para a intenção de compra das amostras ofertadas aos painelistas estão apresentados na Tabela 4.

Amostra	Intenção de compra
Sacarose	4,22 ± 0,80a*
Eritritol	4,00 ± 0,98b
Xilitol	4,52 ± 0,80 ^a
Stévia	2,33 ± 1,36c

* Médias aritméticas simples de 57 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 4- Intenção de compra dos cupcakes

Fonte: elaborada pelos autores.

Os dados apresentados indicam que as amostras contendo sacarose e xilitol, obtiveram as melhores avaliações em relação a intenção de compra, não diferindo entre elas ($p \geq 0,05$), enquanto que a amostra com eritritol apresentou uma intenção de compra intermediária. Já os menores índices de intenção de compra foram para a amostra com stevia.

Os resultados do Índice de Aceitação das amostras do estudo estão

apresentados na Tabela 5.

Amostra	Índice de Aceitação (%)
Sacarose	85,38 ± 10,02a*
Eritritol	82,99 ± 10,23a
Xilitol	87,18 ± 10,23a
Stevia	67,15 ± 15,68b

* Médias aritméticas simples de 57 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 5- Aceitação dos cupcakes

Fonte: elaborada pela autora.

Conforme apresentado na Tabela 5, não houve diferença significativa ($p \geq 0,05$) entre as formulações com sacarose, eritritol e xilitol. No entanto, a amostra com stevia diferiu ($p \leq 0,05$) das demais estudadas, com os menores índices de aceitação (67,15%). A formulação contendo xilitol apresentou 87,18% de índice de aceitação, sendo numericamente melhor aceita quando comparada a formulação contendo sacarose. A formulação contendo eritritol apresentou um índice de aceitação de 82,99%, enquanto, a stevia apresentou a menor aceitação, o que já era esperado, visto que a firmeza e elasticidade (2489,35 g e 49,88%) respectivamente (Tabela 6), tiveram valores bastante elevados quando comparados às outras formulações. Em estudos semelhantes, Miller et al. (2017) desenvolveram bolos adoçados com stevia e eritritol, e obtiveram uma aceitação negativa pelos degustadores, visto que o bolo adoçado com stevia deixava um amargor e o adoçado com eritritol esfarelava.

3.3 Propriedades colorimétricas e textuométricas dos cupcakes

Os valores referentes ao perfil colorimétrico das formulações dos cupcakes quanto à coloração total e externa, estão apresentadas na Tabela 6.

Amostra	Externa			Total		
	L	a*	b*	L	a*	b*
Sacarose	51,79 ± 1,46 ^a	7,05 ± 1,54b	15,53 ± 2,59a	54,6 ± 1,14a*	5,65 ± 0,40b	15,4 ± 0,95b
Eritritol	51,93 ± 1,97 ^a	8,43 ± 0,26a	17,07 ± 1,78a	56,21 ± 0,48a	7,19 ± 0,27a	18,47 ± 0,56a
Xilitol	52,69 ± 1,8 ^a	9,28 ± 0,24ab	18,43, ± 0,89a	56,35 ± 1,56a	6,94 ± 0,17a	17,56, ± 0,68a
Stevia	42,88 ± 1,28b	2,96 ± 0,29c	8,19 ± 1,08b	42,57 ± 0,68b	3,35 ± 0,21c	8,85 ± 0,48c

* Médias aritméticas simples de 3 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 6- Coloração dos cupcakes

Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise das características da coloração externa, demonstra que a stevia difere significativamente ($p \leq 0,05$) das demais amostras, ficando mais escura, com tendência a coloração verde e azul. Não houve diferença significativa em relação as amostras contendo eritritol e xilitol quando comparadas com a sacarose ($p \geq 0,05$), nos valores de L^* e b^* .

A coloração externa contendo eritritol ficou significativamente ($p \leq 0,05$) mais avermelhada quando comparada a sacarose e a stevia, não apresentando diferença significativa quando comparada ao xilitol ($p \geq 0,05$). A amostra contendo stevia diferiu de todas as outras amostras, com a tonalidade mais verde ($p \leq 0,05$). A amostra contendo stevia em sua parte externa diferiu significativamente de todas as outras amostras (sacarose, eritritol e xilitol) ($p \leq 0,05$) ficando com uma tonalidade mais escura. As diferenças percebidas na coloração das amostras com eritritol e xilitol podem estar relacionadas ao fato de que esses não sofrem reações de Maillard, enquanto a sacarose vai sofrer o escurecimento (Lin et al., 2003). Os resultados do perfil colorimétrico experimental ficaram evidentes ao observar a imagem dos cupcakes na Figura 2.



Figura 2 - Coloração externa dos cupcakes

Fonte: Elaborada pelos autores

Os resultados de firmeza e elasticidade dos cupcakes estão apresentados na tabela 7 abaixo.

Amostra	Firmeza(g)	Elasticidade (%)
Sacarose	1568,71 ± 63,05b*	49,70 ± 1,94a
Eritritol	1098,47 ± 154,53b	48,10 ± 1,24ab
Xilitol	1429,90 ± 97,23b	45,63 ± 1,29b
Stevia	2489,35 ± 331,15a	49,88 ± 1,42a

* Médias aritméticas simples de 3 repetições ± desvio padrão, seguidas por diferentes letras minúsculas na mesma coluna, diferem entre si pelo teste de Tukey ($p \leq 0,05$).

Tabela 7- Textura dos cupcakes

Fonte: elaborada pelos autores.

O resultado da amostra contendo stevia apresenta uma diferença significativa ($p \leq 0,05$) em relação as demais amostras, mostrando uma firmeza maior, enquanto as amostras contendo sacarose, eritritol e xilitol não exibiram diferença significativa entre elas ($p \geq 0,05$). Gao et al. (2016) ao estudarem a substituição da sacarose por edulcorantes, encontraram resultados mais elevados para amostras com stevia (1418,87g), quando comparada ao controle, somente com sacarose (243,43g), o que segundo os autores, pode ser decorrente da diminuição da rigidez da espuma, ou ainda pela gelatinização prematura do amido, devido às diferenças na capacidade de ligação da água, quando o substituto da sacarose compete pela água junto com o amido (JUSZCZAK et al., 2012).

A amostra contendo xilitol apresenta uma diferença significativa quando comparada a sacarose e stevia ($p \leq 0,05$), apresentando menor elasticidade. As amostras contendo sacarose e stevia não tiveram diferença significativa entre elas ($p \geq 0,05$). No entanto, os dados coletados indicam que a elasticidade da amostra contendo eritritol não apresenta uma diferença significativa das demais amostras ($p \geq 0,05$).

4 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que o cupcake adoçado com xilitol exibiu os melhores índices de aceitação e intenção de compra pelos painelistas, além de seu aporte calórico que apresenta 4,7 Kcal a menos que a sacarose. O cupcake elaborado com eritritol assemelhou-se com a amostra que continha sacarose na avaliação sensorial. Já o cupcake preparado com sacarose obteve resultados semelhantes as outras formulações, porém com um aporte calórico mais elevado. O cupcake adoçado com stevia recebeu a menor pontuação em todos os quesitos sensoriais, toda via se destaca com o menor teor de carboidratos e valor energético dentre as formulações.

Portanto, os cupcakes com eritritol e xilitol obtiveram aceitação e intenção de compra semelhante a formulação padrão, demonstrando que é possível elaborar cupcakes adoçados com edulcorantes naturais com boa aceitação do público geral, reduzindo o valor calórico e possibilitando novas escolhas de lanches saudáveis.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Portaria n. 18, de 24 de março de 2008**. Dispõe sobre o “Regulamento Técnico que autoriza o uso de aditivos edulcorantes em alimentos, com seus respectivos limites máximos”. Brasília, DF: ANVISA, 2008. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/391619/Microsoft+Word+Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+18%2C+de+24+de+mar%C3%A7o+de+2008.pdf/4b266cfd-28bc-4d60-a323-328337bfa70e>. Acesso em: 18/04/2019.

AKESOWAN, A. et al. Quality of reduced-fat chiffon cakes prepared with erythritol-sucralose as replacement for sugar. **Pakistan Journal of Nutrition**, v. 8, n. 9, p. 1383-1386, 2009.

ALEXU, U.; ZORN, C.; KERSTING, M. Whole grain in children's diet: intake, food sources and trends. **European Food Research and Technology**, V.64, p.745-751, 2010.

BLACKBURN, G. L.; PH, D.; GEORGIEFF, M. Xylitol, an Energy Source of Intravenous Nutrition after Trauma. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 9, p. 199-209, 1985.

CARDOSO, J. M. P.et al. Equivalência de Dulçor e Poder Edulcorante de Edulcorantes Em Função da Temperatura de Consumo em Bebidas Preparadas. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 24, n. 3, p. 448-452, 2004.

DE SANTANA, F. C. et al. Impacto do tipo de edulcorante sobre a aceitação de biscoitos dietéticos junto a consumidores portadores e não portadores de diabetes mellitus. **Boletim Centro de Pesquisa de Processamento de Alimentos**, v. 30, n. 2, p. 287-300, 2012.

DOMÍNGUEZ, J. C. P.; DOMÍNGUEZ, H.; MANUEL, J. Biotechnological production of xylitol. Part 1 "Interest of xylitol and fundamentals of its biosynthesis. **Bioresource Technology**, v. 65, n. 3, p. 191-201, 1998.

DUBOIS, Grant. E. Sweeteners and Sweeteners Modulators: Requirements for Commercial Viability. **Journal ACS Symposium Series**, v.979, p.444-462, 2008.

DUBOIS, Grant. E.; PRAKASH, I. Non-Caloric Sweeteners , Sweetness Modulators , and Sweetener Enhancers. **Annual Review of Food Science and Technology**, v. 3, p. 353-380, 2012.

FITCH, C.; KEIM, K. S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Use of Nutritive and Nonnutritive Sweeteners. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 5, p. 739-758, 2012.GOYAL, S. K.; SAMSHER; GOYAL, R. K. Stevia (Stevia rebaudiana) a bio-sweetener: A review. **International Journal of Food Sciences and Nutrition**, v. 61, n. 1, p. 1-10, 2010.

GAO, J. et al. Effect of sugar replacement with stevianna and inulin on the texture and predictive glycaemic response of muffins. **International Journal of Food Science & Technology**, v. 51, n. 9, p. 1979-1987, 2016.

GREMBECKA, Malgorzata. Sugar Alcohols- their role in the modern world of sweeteners: a review. **European Food Research and Technology**, v.241, p.1-14, 2015.

GWAK, M. et al. Relative Sweetness and Sensory Characteristics of Bulk and Intense Sweeteners. v. 21, n. 3, p. 889-894, 2012.

IN, S. L.; WANG, C. H.; EH, C. Y. Physical and Sensory Characteristics of Chiffon Cake Prepared with Erythritol as Replacement for Sucrose. **Journal of Food Science**, v. 68, p. 2107-2110, 2003.

JUSZCZAK, L. et al. Effect of inulin on rheological and thermal properties of gluten-free dough. **Carbohydrate polymers**, v.90, n.1, p 353-360, 2012.

Lin, S-D. et al. Physical and sensory characteristics of chiffon cake prepared with erythritol as replacement for sucrose. **Journal of Food Science** v.68, n.6, p 2107-2110, 2003.

MAKINEN, K. **Functional foods: designer foods, pharmafoods, nutraceuticals**. 1. ed. New York: Springer US, 1994.

MILLER, Rebecca. Et al. Sucrose replacement in high ratio white layer cakes. **Journal of the Science of Food and Agriculture**, v.97, p.3228-3232, 2017.

MOSCATTO, J. A.; PRUDÊNCIO-FERREIRA, S. H.; HAULY, M. C. O. Farinha de yacon e inulina como ingredientes na formulação de bolo de chocolate. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 24, n. 4, p. 634–640, 2006.

O'BRIEN-NABORS, L. **Alternative Sweeteners**. 3. ed. New York: CRC Press, 2016.

PHILIPPE, R. N. et al. Biotechnological production of natural zero-calorie sweeteners. **Current Opinion in Biotechnology**, v. 26, p. 155–161, 2014.

PRAKASH, I. et al. Development of rebiana , a natural , non-caloric sweetener. **Journal Food and Chemical Toxicology**, v. 46, p. 75–82, 2008.

TAKASAKI, M. et al. Anticarcinogenic activity of natural sweeteners, cucurbitane glycosides, from *Momordica grosvenori*. **Cancer Letters**, v. 198, n. 1, p. 37–42, 2003.

WEN, H. et al. Erythritol Attenuates Postprandial Blood Glucose by Inhibiting α -Glucosidase. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**, v. 66, n. 6, p. 1401–1407, 2018.

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA OCUPACIONAL NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 01/10/2020

Francisco de Assis Ribeiro Castro

Tecnólogo em Radiologia, Centro Universitário
UNINOVAFAPI
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/5784993341974874>

Danielle Climaco Marques

Tecnóloga em Radiologia, Centro Universitário
UNINOVAFAPI
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2026171245347495>

Breno Wanderson Lopes Visgueira

Tecnólogo em Radiologia, Centro Universitário
Uninovafapi
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2545148127270615>

Antonio Ricardo Santos

Tecnólogo em Radiologia, Faculdade
Novaunesc
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6955674224309626>

Ednaldo Francisco Santos Oliveira Junior

Tecnólogo em Radiologia, Instituto Federal do
Piauí
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2130661187257621>

Herculy's Douglas Clímaco Marques

Tecnólogo em Radiologia, Instituto Federal do
Piauí
Teresina-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8245650097688246>

RESUMO: A hemodinâmica é o método de imagens que utiliza radiações ionizantes, com fins terapêutico e diagnóstico, pouco invasivo para a obtenção dos dados funcionais anatômicos, importante na técnica de cateterismo cardíaco e patologias coronarianas. O objetivo deste trabalho é analisar a importância da radioproteção individual em hemodinâmica, conforme a literatura que será neste artigo abordada. A metodologia realizada na pesquisa é a revisão integrativa da literatura, analisando os artigos publicados na base de dados Scientific Electronic Library Online “SciELO”, no período de 2007 a 2015, no idioma português. Os descritores utilizados foram: Radioproteção, Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista. Totalizou-se 697 artigos, dos quais, somente 10 atenderam os critérios relevantes ao tema de inclusão do estudo. Com relação aos resultados, ficou evidente a importância do uso das vestimentas de proteção radiológica, para atenuar doses recebidas durante os procedimentos hemodinâmicos, o incômodo acerca das vestimentas de proteção e a omissão dos serviços em oferecer os EPI's, bem como o fato de não proporcionarem capacitação para a atuação na área. Os riscos das radiações ionizantes podem causar efeitos na interação das células sadias do corpo humano. A prática deve ser segura se todos os profissionais tiverem educação permanente nos cuidados com radiações ionizantes, desconhecidos por muitos profissionais envolvidos em procedimentos de radiognóstico. Desse modo, concluiu-se, com base nas informações da radioproteção ocupacionalmente expostas nos serviços hemodinâmicos, que é necessária a utilização

das vestimentas de proteção, garantindo segurança para os indivíduos, tanto os profissionais, quanto os pacientes envolvidos nos procedimentos intervencionistas. Por isso, é importante conscientizar-se para o uso dos equipamentos de proteção individual, resultando no controle adequado estabelecido quanto as exposições.

PALAVRAS-CHAVE: Radioproteção. Hemodinâmica. Radiologia Intervencionista.

OCCUPATIONAL RADIOLOGICAL PROTECTION IN THE HEMODYNAMICS SERVICE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Hemodynamics is the imaging method that uses ionizing radiation, for therapeutic and diagnostic purposes, which is not very invasive for obtaining anatomical functional data, important in the technique of cardiac catheterization and coronary pathologies. The objective of this work is to analyze the importance of individual radioprotection in hemodynamics, according to the literature that will be addressed in this article. The methodology used in the research is the integrative literature review, analyzing the articles published in the Scientific Electronic Online database “SciELO”, from 2007 to 2015, in Portuguese. The descriptors used were: Radioprotection, Hemodynamics and Interventional Radiology. There were a total of 697 articles, of which only 10 met the criteria relevant to the study’s inclusion theme. Regarding the results, it was evident the importance of using radiological protective clothing, to mitigate doses received during hemodynamic procedures, the discomfort about protective clothing and the omission of services to offer PPE’s, as well as the fact that they do not provide training for action in the area. The risks of ionizing radiation can cause effects on the interaction of healthy cells in the human body. The practice must be safe if all professionals have permanent education in care with ionizing radiation, unknown to many professionals involved in radiognostic procedures. Thus, it was concluded, based on information from occupational radioprotection exposed in hemodynamic services, that the use of protective clothing is necessary, guaranteeing safety for individuals, both professionals, and patients involved in interventional procedures. For this reason, it is important to raise awareness of the use of personal protective equipment, resulting in the appropriate control established regarding exposures.

KEYWORDS: Radioprotection. Hemodynamics. Interventional Radiology.

1 | INTRODUÇÃO

A hemodinâmica é a área de atuação médica de diagnóstico e terapêutica, que emprega o uso de radiações ionizantes, tais como os raios X, para a obtenção de informações capazes de permitir a realização de procedimentos em tempo real e que vem sendo cada vez mais utilizada, nos dias atuais. É uma técnica pouco invasiva para a obtenção de dados funcionais e anatômicos de grande importância clínica, por isso, a hemodinâmica contribui para a complexidade dos métodos de saúde mais precisos e eficientes. Diminui-se, assim, os riscos para os pacientes submetidos a tratamentos intervencionistas (LINCH *et al.*, 2009).

Os avanços tecnológicos dos últimos anos trouxeram conquistas em todos os campos da ciência e tecnologia, acontecimento também observado no diagnóstico por imagem, em especial no serviço de hemodinâmica e radiologia intervencionista, no que se refere a esses procedimentos. Tem-se observado um aumento no número de métodos e, com isso, utiliza-se equipamentos cada vez mais avançados e potentes nos centros intervencionistas (GALLO *et al.*, 2013).

Os riscos da radiação podem instigar efeitos oriundos da dose recebida em tecido ou órgão, somado por um fator relacionado à quantidade de radiação recebida, que para o trabalhador não deve exceder a 20 mSv em qualquer período de cinco anos consecutivos, não podendo ultrapassar 50 mSv em nenhum ano para corpo inteiro, já em extremidades são 150 mSv para pele, cristalino 15 mSv e indivíduos do público não deve ultrapassar 1 mSv ao ano. As doses recebidas nos centros de hemodinâmica pelos profissionais variam, de acordo com a função desenvolvida no setor. Assim, comprovou-se que médicos recebe maior dose em relação aos enfermeiros e os técnicos/tecnólogos recebem uma dose atenuada em comparação com médicos (CNEN, 2011).

A radioproteção é de suma importância nos que empregam radiações ionizantes, como no setor de hemodinâmica, que realiza diversos procedimentos minimamente invasivos nos pacientes. Nos setores que possuem uma maior taxa de radiações ocupacionalmente expostos, as formas de possível redução de dose ocupacionalmente, que são: tempo, distância e blindagem. Contudo, são necessárias condições básicas de segurança radiológica para proteger os indivíduos e os seus descendentes, evitando, assim, os danos à radiação.

Dessa forma, é preciso utilizar todos os dispositivos de segurança radiológica - individuais ou coletivos - e o local do exame deve conter paredes baritadas e placas de chumbo nas portas, para garantir o controle de qualidade, cumprindo com os três princípios básicos de proteção radiológica, a saber: justificção, otimização e limitação de dose, que definem a execução ao submeter às radiações ionizantes em qualquer tipo de estudos (MACEDO *et al.*, 2009).

Esta revisão da literatura tem como principal objetivo analisar a importância da radioproteção individual em hemodinâmica.

Objetivou-se analisar a importância do uso dos equipamentos de proteção individual EPI's, discutir as diretrizes de radioproteção, analisar os efeitos biológicos das radiações ionizantes e analisar os limites de dose recebida no centro de hemodinâmica.

Tem-se o interesse de investigar o estudo a respeito, como se dá a proteção radiológica nos serviços de hemodinâmica nos estudos publicados, conforme a literatura, abordando a temática hemodinâmica, como forma de contribuição e a importância necessária do conhecimento no referido conteúdo. Ademais, pretende-

se averiguar como a radiologia intervencionista é apontada, em estudos, como um dos setores que mais expõe ocupacionalmente os trabalhadores envolvidos nos procedimentos intervencionistas.

2 | METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura que pode ser conceituada como método e que proporciona a leitura e a análise de periódicos, artigos científicos, além de site eletrônico, como Scientific Electronic Library Online (SciELO). Tem-se como objetivo analisar a importância da radioproteção individual em hemodinâmica, conforme a literatura propõe.

Tudo isso será realizado por uma revisão integrativa, que é um método que proporciona diferentes sínteses de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de diversos estudos significativos encontrados na prática. Ele combina as evidências de múltiplos estudos primários, a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados em diversos estudos já realizados e mais amplos, com uma abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa das pesquisas já realizadas com diversos temas na literatura (SOUZA *et al.*, 2010).

Foram incluídos artigos originais indexados, no período de 2007 a 2016, que se relacionavam com tema pesquisado. Como critério de exclusão foi descartado livros, tese e dissertação. Foram procurados os seguintes descritores: Radioproteção, Hemodinâmica e Radiologia intervencionista.

Após a aplicação da pesquisa, elencou-se 10 artigos, como mostra o processo de dados ilustrado na Figura 01.

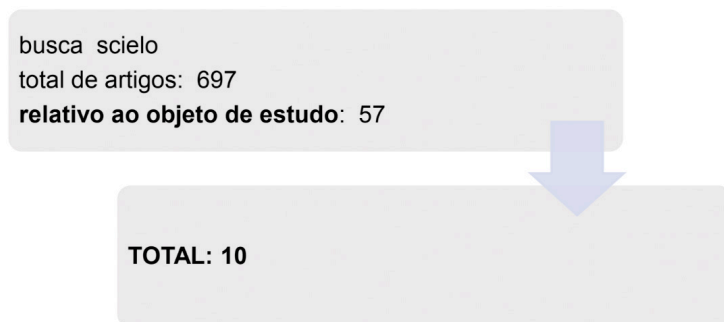


Figura 01- Processo de seleção de artigos nas bases de dados

Fonte: Castro et al. (2016)

3 | RESULTADOS

Abaixo são evidenciados os resultados deste estudo, dividido em duas tabelas. A Tabela 01 caracteriza os artigos e a Tabela 02 realiza a análise do conteúdo dos artigos.

A Tabela 01 apresenta 60% dos artigos publicados na Revista Brasileira de Radiologia, 20% do Jornal Vascular do Brasil, 10% na Revista de Cardiologia Invasiva do Brasil e 10% na Revista de enfermagem. Nas pesquisas foi utilizada apenas a base de dados Scielo, que gerou todos os artigos usados na revisão e que foram publicados na última década. Todos eles são do Brasil, com 10% do ano 2007, 20% do ano 2008, 10% do ano 2009, 10% do ano 2010, 10% do ano 2011, 20% do ano 2012, 10% do ano 2013 e 10% do ano 2015. A maioria é das regiões sul e sudeste, com 40% para cada região, contra 20% da região nordeste.

Nº	Título do Artigo	Autoria	Revista	Base de dados	Ano	Local
1	Proteção radiológica e a atitude de trabalhadores enfermagem	FLÔR, R. C <i>et al</i>	Rev. Enferm.	Scielo	2013	SC Brasil
2	Utilização de vestimentas de proteção radiológica para redução de dose absorvida.	SOARES, F. A. P <i>et al</i>	Radiol. Bras.	Scielo	2011	SC Brasil
3	Avaliação da exposição ocupacional em procedimentos de hemodinâmica.	SCREMIN, S. C. G. <i>et al</i>	Radiol. Bras.	Scielo	2009	PR Brasil
4	A importancia do controle de qualidade em serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista	LUZ, E. S <i>et al</i>	Radiol. Bras.	Scielo	2007	RJ Brasil
5	Exposição à radiação ionizante na sala hemodinâmica	MEDEIROS, F. R. <i>et al</i>	Rev. Brasil Cardiol. Invasiva	Scielo	2010	SP Brasil
6	Exposição dos médicos à radiação em procedimentos hemodinâmico intervencionistas	SILVA, L. P. <i>et al</i>	Raiol.Bras.	Scielo	2008	RJ Brasil
7	Correlações técnicas e ocupacionais da radiologia intervencionista	SOUZA, E. <i>et al</i>	Jor. Vasc. Bras.	Scielo	2008	RJ Brasil
8	Avaliação de exposições médicas em procedimentos pediátricos de radiologia intervencionista	NAVARRO, V. C. C. <i>et al</i>	Raiol. Bras.	Scielo	2012	BA Brasil
9	Proteção radiológica aplicada à radiologia intervencionista	MOURA, R. <i>et al</i>	jor.Vasc. Brasil	Scielo	2015	RS Brasil
10	Melhoria da proteção radiológica mediante um ciclo de avaliação interna da qualidade	FIGUEIREDO, F. M. <i>et al</i>	Radiol. Bras.	Scielo	2012	RN Brasil

Tabela 01 - Caracterização dos artigos pesquisados. Teresina, 2016

Fonte: Castro et al. (2016)

Os principais objetivos detectados se relacionavam aos cuidados que são necessários se obter na radioproteção, nos serviços de hemodinâmica, conforme se pode observar na Tabela 02.

Nº	Objetivo	Resultado	Conclusão
1	Avaliar a atitude dos profissionais de enfermagem em relação ao uso das regras de radioproteção em procedimentos intervencionistas.	Observou que os trabalhos no centro de hemodinâmica, envolvendo as radiações ionizantes, são semelhantes a um centro cirúrgico, só que os riscos são maiores, devido à radiação. Há um certo descumprimento da legislação, no que se refere à capacitação da equipe nas atividades desenvolvidas e também no uso das medidas de radioproteção.	Conclui que o uso das medidas de radioproteção nos procedimentos não são simples, por se tratar de riscos invisíveis e que pode levar muito tempo para se desenvolver nos trabalhadores, mesmos os que lutam para associar com as exposições à radiações ionizantes.
2	Estudar a importância da relação entre o uso de vestimenta de proteção radiológica e a subtração da dose absorvida de radiação ionizante, reforçando a eficiência do seu uso, tanto para pacientes quanto para profissionais ocupacionalmente expostos.	O emprego do dispositivo de proteção radiológica, teoricamente, reduz de 86% a 99% a dose absorvida. Mas na prática a radiologia convencional chega a 95% nos exames. Em indivíduos ocupacionalmente expostos, a redução durante um cateterismo cardíaco é em torno de 90%.	De acordo com estudos realizados, o uso de vestimenta de proteção radiológica é de baixo custo e barra a dose desnecessária nos pacientes e nos indivíduos ocupacionalmente expostos. Portanto, a sua utilização é necessária para a garantia de proteção radiológica no serviço de radiodiagnóstico.
3	Aferir a dose efetiva recebida pelos indivíduos envolvidos em procedimentos hemodinâmicos, para estabelecer parâmetros de comparação entre dados da câmara de ionização e dosímetros individuais.	Conferir os dados obtidos em dose efetiva e dosimétricas encontradas. Verificou-se, que usando a barreira plumbífera, que barra a radiação e reduz até 97% da dose recebida do profissional envolvido. Por isso, deve-se usar os equipamentos de proteção radiológica.	Os valores expostos são representados, mas não podem ser admitidos como cópias das condições de acompanhamento particular, sendo adequados para assimilar e ter como base a otimização das doses aos profissionais submetidos.
4	O objetivo do estudo foi identificar as medidas de proteção tomadas e o controle da exposição ocupacional às radiações ionizantes em unidades de serviço de hemodinâmica, sob a ótica dos profissionais expostos.	O estudo foi composto pelos trabalhadores do setor de hemodinâmica e verificou-se que a preocupação maior está direcionada, mas para o uso do avental de chumbo e protetores e tireoides. Percebeu-se, também, que o uso do dosímetro é obrigatório.	As medidas de proteção e controle da exposição ocupacional às radiações ionizantes foram passadas pelos profissionais como prioridade, principalmente, quanto às barreira que devem ser adotadas em cada um, como uso de protetores plumbíferos e conhecimento ao laudo do dosímetro.
5	Quantificar os níveis de exposição e mensuração periódicas. Teve-se como objetivo investigar e aferir os níveis de radiação ionizante emitida por equipamentos de hemodinâmica.	Apresentar os resultados da dosimetria dentro dos parâmetros máximos de segurança nos aparelhos estudados, após a verificação ressaltou que todos os equipamentos estavam com alta qualidade.	As máquinas estudada apresentavam taxas acima das permitidas de segurança, sobretudo com a técnica (flat detector), mas podia ser ponderada com simples ajustes, sem alterar a imagem.

6	<p>Avaliar a distribuição de dose recebida pelos profissionais envolvidos em procedimentos hemodinâmicos de angioplastia coronária e coronariografia, a influência de alguns fatores, como o modo de fluoroscopia pulsado ou contínuo no local de acesso da veia ou artéria.</p>	<p>Mostrar a importância do uso do protetor de tireóide e avental de chumbo para a redução da dose recebida pelos profissionais que executaram os procedimentos, por via braquial. Usando o modo contínuo de fluoroscopia as taxas foram mais altas do que os que executaram por via femoral e modo pulsado de fluoroscopia.</p>	<p>Mostrar a necessidade e a importância de medidas adicionais de proteção e implementação de mecanismos de treinamento em proteção radiológica para os médicos e demais auxiliares que trabalham com cardiologia intervencionista, o quanto é importante o uso de protetores de radiação ionizantes.</p>
7	<p>O estudo teve como objetivo analisar criticamente as técnicas de proteção radiológica em relação às radiações emitidas pelo fluoroscópico, utilizadas pelos profissionais que lidam com a radiologia intervencionista no ambiente hospitalar.</p>	<p>Verificou-se que os efeitos induzidos pela radiação podem receber variações em função do valor da dose, da forma de resposta do organismo e em função do tempo de manifestação e da gravidade do efeito no organismo, causado pela radiação na hemodinâmica.</p>	<p>Com os benefícios na área médica, as técnicas de radiodiagnóstico podem provocar risco à saúde, pois a obtenção de imagens para um diagnóstico ou realizar uma tratamento terapêutico envolvendo uso de raios x, pode trazer prejuízos à saúde.</p>
8	<p>Avaliar as exposições pediátricas na radiologia intervencionista, visando contribuir para os conhecimentos das exposições e sua otimização que envolve a radiologia e a pediatria se engrandecem quando se trata de técnicas de radiologia intervencionista, em razão das doses elevadas de radiação.</p>	<p>Os resultados encontrados no estudo são ao valores máximos de produto kerma-área e kerma obtidos para procedimentos cardiológicos, que foram, respectivamente, 129,9 Gy.cm² e 947,0 mGy, e para procedimentos cerebrais, 83,3 Gy.cm² e 961,0 mGy. A pesquisa foi realizada nos centros hemodinâmicos pesquisados.</p>	<p>Concluiu que os estudo mostraram valores de exposições maiores em até 14 vezes, obtidos em estudos realizados em outros países, chegando próximos de resultados obtidos para procedimentos em adultos. Isso revela as elevadas taxas de exposições pediátricas.</p>
9	<p>O objetivo do estudo é verificar como é aplicada a radioproteção nos serviços de hemodinâmica nos procedimentos intervencionistas, com as radiações ionizantes.</p>	<p>Melhor compreender a avaliação de qualidade nos centros de hemodinâmica, com foco em melhores práticas e planejamento pelos profissionais expostos à radiação.</p>	<p>Verificar os níveis de qualidade da radioproteção no setor de hemodinâmica que consistia em possível elevação da dose recomendada e aceitável.</p>
10	<p>Verificar o desempenho de um equipamento de raios x utilizado em radiologia intervencionista e a qualidade das imagens produzidas, realizando alguns testes de controle de qualidade no que se refere à radioproteção.</p>	<p>Avaliou que no modo <i>high</i> e normal, os valores e medidos das taxas de kerma no ar foram diferentes em alguns casos. As taxas medidas não foram afetadas pelos diferentes modos de magnificação. A avaliação da qualidade da imagem resultou em diferentes valores recomendados pelas normas, o que pode causar menor qualidade ao aumento da exposição à radiação de pacientes e profissionais.</p>	<p>A conclusão mostrou a importância da aplicação recorrente de testes de controle de qualidade, que permite acompanhar o desempenho do equipamento e estimar a exposição dos pacientes e trabalhadores envolvidos nas técnicas intervencionistas, que sugerem a necessidade de uma revisão periódica no sistema de aquisição de imagens dos equipamentos.</p>

Tabela 02 - Caracterização do conteúdo dos artigos pesquisados

Fonte: Castro et al. (2016)

4 | DISCUSSÃO

4.1 A importância do uso dos equipamentos de proteção individual EPI's

Os equipamentos de proteção radiológica só começaram a ser sugeridos após os anos 1902, por Rollins, mas não foram seguidas as recomendações dele. Somente após 1913 que alemães e ingleses, começaram a desenvolver regulamentações de referência para as vestimentas de proteção radiológica. De 1922 a 1928 autores publicaram as recomendações para os trabalhadores, limitando os valores aceitáveis de dose recebida e determinando barreiras como proteção do trabalhador (SOARES *et al.*, 2011).

A radiação ionizante não só traz malefícios, ela é importante em diversos setores, como: radiologia diagnóstica, radioterapia, medicina nuclear, radiologia industrial e radioisotópica. Ela apenas tem que ser otimizada, justificada e limitar a quantidade de dose aplicada nos diversos procedimentos utilizados.

No estudo pesquisado é abordado que a radiação em excesso tem efeitos biológicos graves, podendo causar danos aos seres humanos, como o efeito determinístico, em quem recebe elevadas doses de radiação num pequeno espaço de tempo, bem como o efeito estocástico, provocado por mínimas doses recebidas ao longo período. Isso causam doenças, como, catarata radiogênica, radiodermite, esterilidade e outras mais. Portanto, é importante o uso dos equipamentos de proteção radiológica, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, que devem exigir o uso das vestimentas de proteção radiológica, como: óculos, luvas, protetor de tireoide, aventais de chumbo, protetor de gônadas, coletes, saias, dentre outros acessórios, bem como equipamentos de proteção coletiva, como cabine de comando, por exemplo (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

O estudo analisado faz referências ao incômodo quanto as vestimentas de proteção e também a omissão dos serviços em oferecer os EPI's, não proporcionando capacitação para atuar na área. No entanto, isso poderia ser mais seguro na prática com as radiações ionizantes. Sendo assim, uma forma básica de educação permanente para mudar a realidade e conscientização em relação dos cuidados com as radiações ionizantes, pois é desconhecida por muitas profissionais (FLÔR *et al.*, 2013).

4.2 As diretrizes de radioproteção

Somente em 1928, no decorrer do segundo Congresso Internacional de Radiologia, surge a então International Commission on Radiological Protection (ICRP), que decretou as diretrizes de proteção radiológica, que foram praticadas por quase todos os países do mundo (SOARES *et al.*, 2011).

No Brasil, as regras internacionais foram fixadas e estão em exercício pelo Ministério da Saúde, que regulamenta o uso da radiação em benefício para a saúde do indivíduo ou sociedade. Com contribuição importante também da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), estabelece-se os princípios básicos de proteção radiológica: justificativa de que exposição médica à radiação só será aceita caso resultem benefícios para a sociedade ou para o indivíduo; limitação de dose à exposição à radiação deve ser restringida, não excedendo a dose permitida e ao local de interesse; a dose no paciente deve ser a menor possível, sem implicar a perda de qualidade de imagem.

Segundo Navarro *et al.* (2012), a radiologia intervencionista é considerada uma das técnicas de geração de imagens com as maiores taxas de exposições radiológicas médicas e ocupacionais. Em decorrência disso, os benefícios dessa prática devem ser superiores aos seus riscos, satisfazendo os princípios da proteção radiológica.

4.3 Os efeitos biológicos da radiação ionizante

Com os riscos da radiação usada de forma indevida, houve a necessidade de criar normas, para proteger os trabalhadores envolvidos nos procedimentos radiológicos e também o público usuário exposto aos tais serviços. A radiação ionizante age nas células vivas, quando ocorre a interação com a radiação, excitando os átomos e as moléculas, provocando modificação nas estruturas das células. Os efeitos agudos, provavelmente, devem-se à ionização da água, que diseca e forma radicais livres no metabolismo, oxidando proteínas enzimáticas, causando a morte celular (SOUZA *et al.*, 2008).

Os estudos mostraram que os efeitos causados pela radiação têm a denominação do valor da dose recebida no organismo, em função do tempo manifestação e gravidade correlacionada, estando divididos em: efeito estocástico ou probabilístico, assim, o grau de intensidade é independente da dose recebida, exemplos são cânceres e efeito hereditários; efeito determinístico - são efeitos que possuem uma relação determinada entre dose e efeito e alguns exemplos são anemia, catarata e radiodermite. Apesar dos riscos, o corpo humano tem a capacidade, em muitas vezes, de reverter esses efeitos causados pela radiação, reparando as células que ainda não sofreram lesões, inibindo a sua proliferação. Isso depende do grau de intensidade da dose recebida, caso contrário, esse quadro é irreparável (SILVA *et al.*, 2008).

4.4 Os limites de dose recebida no centro de hemodinâmica

Um estudo mostrou o monitoramento de médicos e enfermeiros no setor de hemodinâmica. As doses encontradas para médicos foram 1,0 a 5,0 mSv, para cada

médico e para as enfermeiras 2,6 mSv. No entanto, a técnica estudada foi a indução de cateter pela artéria braquial, sendo a que mais emite radiação comparada com outras técnicas. As doses calculadas para os médicos foram avaliadas devido à condição de exposição muito próxima do paciente, devido a isso, não pode ser ponderadamente uniforme (LUZ *et al.*, 2007).

Destaca-se a importância do menor modo de magnificação, pois será menor a dose administrada, o que possibilita a obtenção com a mesma qualidade, sem a alteração das imagens. Foram avaliadas doses efetivas no posicionamento adotado pelos profissionais, médicos e enfermeiros no setor de hemodinâmica, no entanto, na realização de cateterismo cardíaco, correlacionando os dados adquiridos entre a câmara de ionização e o modo de monitoração individual, considerou-se o não uso da barreira de proteção plumbífera de proteção, equivalente 0,5 mm de chumbo. A radiação recebida pelos profissionais está relacionada à radiação espalhada, com interposição da proteção, utilizada pelos médicos, que é reduzida, significativamente, baixando, assim, os níveis de exposição ocupacionalmente (SCREMIN *et al.*, 2007).

O grande destaque para reduzir a dose de radiação é utilizar sequências de fluoroscopia de curta duração ao contrário das longas, ativando, também, a ferramenta de congelamento de imagem, que se reduz expressivamente na mesma região anatômica. Nos aparelhos mais atuais existem outros recursos, que também auxiliam na diminuição da dose, como: remoção de grade antiespalhamento (se possível), modo de imagem em baixa dose e controle automático de exposição com pulso. Uma colimação adequada também minimiza a exposição, tanto para o profissional e paciente, irradiando somente a área de interesse, de modo a garantir a qualidade das imagens, reduzindo o espalhamento da radiação (MOURA *et al.*, 2012).

Mesmo com risco muito baixo da radiação ionizante, com o uso educacional das vestimentas de proteção radiológica adequado, o monitoramento é inteiramente necessário, com programas de qualidades nas salas de hemodinâmica. Para se abrir um setor de hemodinâmica é obrigatório e indispensável o estabelecimento estar seguindo as normas vigentes, para a liberação do serviço depois dos testes de avaliação dos limites máximos permitidos no controle de qualidade nos equipamentos de fluoroscopia (MEDEIROS *et al.*, 2010).

5 | CONCLUSÃO

No estudo foi feita uma avaliação das informações acerca da radioproteção ocupacionalmente expostos nos serviços de hemodinâmica, mostrando que é necessária a utilização das vestimentas de proteção, para que se possa garantir a segurança de todos os indivíduos, tanto os profissionais, quanto os pacientes

envolvidos nos procedimentos intervencionistas.

Os métodos devem ser tomados com base nas medidas vigentes, visando a segurança na prática, com os efeitos da radiação, que possam ser causados erroneamente por falta de treinamento ou até mesmo pouca informação dos riscos que pode causar. Por isso, é importante a conscientização do uso dos equipamentos de proteção individual e o controle adequado quanto as taxas permitidas de exposição a radiação.

Diante deste estudo de revisão integrativa, verificou-se que se deve tomar os cuidados necessários com as doses recebidas. Deve-se ter, portanto, cuidado com os efeitos das radiações ionizantes e contribuir para melhorar o controle de qualidade, evitando os efeitos biológicos causados pela exposição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Radioproteção CNEM-NN-3.01- Diretrizes básicas de proteção radiológica.

Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014.

FLÔR, R. C; Gelbcke, F. L. Proteção radiológica e a atitude de trabalhadores de enfermagem.

Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 416-422, 2013.

FIGUEIREDO F. M; Gama Z. A. S. Melhoria da proteção radiológica mediante um ciclo de avaliação interna da qualidade. **Radiol. Bras.**, Natal, v. 45, n. 2, p. 87-92, mar-abr 2012.

GALLO, A. M. *et al.* exposição ocupacional à radiações ionizantes sob a ótica dos profissionais de enfermagem em hemodinâmica. **Rev. Rene**, v. 14, n. 1, p. 109-19, 2013.

LINCH, G. F. C. *et al.* Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento. **Rev. Gaúcha de Enferm online**, Porto Alegre, v. 30 n. 4, p. 742-749, 2009.

LUZ, E. S. *et al.* A importância do controle de qualidade em serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista. **Radiol. Bras.**, v. 40, p. 27-32, 2007.

MACEDO, H; Rodrigues V. Programa de controle de qualidade: a visão do técnico de radiologia. **Radiol. Bras.**, v. 42, n. 1, p. 37-41, 2009.

MEDEIROS, F. R. *et al.* Exposição à Radiação Ionizante na Sala de Hemodinâmica. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva.**, v. 18, n. 3, p. 316-320, 2010.

MOURA, R; Neto, B. A. F. Proteção radiológica aplicada à radiologia intervencionista. **Jornal Vascular Brasileiro.**, v. 14, n. 3, p. 197-199, 2015.

NAVARRO, V. C. C. *et al.* Avaliação de exposições médicas em procedimentos pediátricos de radiologia intervencionista. **Radiol. Bras.** Online., v. 45, n. 4, p. 210-214, 2012.

SILVA, L. P. *et al.* Avaliação da exposição dos médicos à radiação em procedimentos hemodinâmicos intervencionistas. **Radiol. Bras.**, v. 41, n. 5, p. 319-323, 2008.

SOARES, F. A. P. *et al.* Utilização de vestimentas de proteção radiológica para redução de dose absorvida: revisão integrativa. **Radiol. Bras.**, v. 44, n. 2, p. 97-103, 2011.

SOUZA, E; SOARES, J. P. Correlações técnicas e ocupacionais da radiologia intervencionista. **J. Vasc. Bras.**, v. 7, n. 4, p. 341-350, 2008.

SOUZA, M. T; Silva, M. D; Carvalho, R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer. **Einsten.**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SCREMIN, S. C. G; SCHELIN, H. R; TILLY JÚNIOR, G. J. Avaliação da exposição ocupacional em procedimentos de hemodinâmica. **Radiol. Bras. Online**, v. 39, n. 2, p. 123-126, 2006.

SAÚDE MENTAL DO EMPRESÁRIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE OS PREJUÍZOS EMOCIONAIS DO PROGRESSO NA CONTEMPORANEIDADE

Data de aceite: 01/12/2020

Ana Kelly Souza Maia

Graduanda em Psicologia no Instituto de Ensino Superior (IESPES)
<http://lattes.cnpq.br/0914678209976439>
Santarém/PÁ

Gilmara Nascimento Vieira

Graduanda em Psicologia no Instituto de Ensino Superior (IESPES)
<http://lattes.cnpq.br/4455425582013783>
Santarém/PÁ

Thayanne Branches Pereira

Psicóloga, Docente no Instituto de Ensino Superior (IESPES)
<http://lattes.cnpq.br/5119523114681955>
Santarém/PÁ

RESUMO : No decorrer da história da humanidade o conceito de trabalho vem adquirindo diversos matizes desde o de opressor ao do reconhecimento humano, o que teve como consequência o desenvolvimento de estudos sobre a importância da saúde mental no âmbito do trabalho, para assim investigar qual a influência do trabalho na vida do indivíduo. Dentro desta perspectiva, a presente pesquisa se volta ao tema saúde mental do empresário na contemporaneidade sob o olhar da psicodinâmica do trabalho, uma abordagem científica criada pelo autor francês Christophe Dejours em 1990. Tem-se como objetivo geral apresentar as contribuições da psicodinâmica do trabalho para a saúde mental do empresário, segundo

revisão da literatura. Como objetivos específicos: verificar através da literatura científica o perfil do empresário na contemporaneidade; investigar os prejuízos emocionais na saúde mental do empresário; descrever a importância do cuidado com a saúde mental e apresentar as contribuições da psicodinâmica do trabalho para saúde mental. Para isso, no percurso metodológico realizou-se uma pesquisa bibliográfica com enfoque descritiva e exploratória, com tipo de revisão narrativa. Como resultados da literatura pesquisada identificou-se que se faz necessário pesquisas voltadas ao trabalhador empresário, tendo em vista que, muitas pesquisas estão voltadas para o empregado. Sendo que, a Organização Mundial de Saúde (2017), defini saúde mental como um estado de bem-estar no qual possibilita a pessoa usar de suas próprias habilidades, recompondo-se do estresse cotidiano, ser produtivo e colaborar com sua comunidade. E a psicodinâmica do trabalho busca analisar a influência da centralidade do trabalho no desenvolvimento da identidade e para a saúde mental, haja vista que o trabalho não é apenas uma atividade isolada, mas também uma ação voltada ao outro. Portanto, evidenciou-se que a ênfase do cuidado com a saúde mental não tem contemplado a saúde mental do empresário, tendo assim a necessidade de voltar-se o olhar para este público.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Empresário. Psicodinâmica do Trabalho.

MENTAL HEALTH OF BUSINESSMEN: A REVIEW OF LITERATURE OVER THE EMOTIONAL LOSSES OF PROGRESS IN CONTEMPORANEITY

ABSTRACT: Throughout the history of mankind the concept of work has been acquiring several shades since the oppressive up to the human acknowledgment, which had as consequence the development of studies on the importance of mental health in the work environment, with the purpose of investigating what the influence of work in the individual's life is. Within this perspective, the present research turns itself to the theme of mental health of businessmen in contemporaneity, under the eyes of psycho-dynamic of work, a scientific approach created by the French author Christophe Dejours in 1990. The general purpose was to present the contributions of the psycho-dynamic of work for mental health of businessmen, according to the review of literature. As specific purposes: to verify through scientific literature the profile of businessmen in contemporaneity; to investigate the emotional losses in the mental health of businessmen; to describe the importance of care with mental health and to present contributions of the psycho-dynamic of work to the mental health. For this, in the methodological path, a literature research was performed with descriptive and exploratory focus, with narrative revision type. With the results of the researched literature, it was identified that researches focused on businessmen are necessary, since many researches are focused on the employee. Being that, the World Health Organization (2017) defined mental health as a state of well-being in which enables the person to use one's own abilities, recomposing of the daily stress, being productive and collaborating to one's community. And the psycho-dynamic of work aims at analyzing the influence of centrality of work in the development of the identity and for mental health, since work is not only an isolated activity, but also an action focused on the other person. Therefore, it was highlighted that the emphasis on the care with mental health has not contemplated the mental health of businessmen, having, therefore, the need to focus on this public.

KEYWORDS: Mental health. Businessmen. Psycho-dynamic of Work.

INTRODUÇÃO

O cenário do trabalho passou por diversas modificações desde a chegada do capitalismo ao da globalização. Sendo que, o capitalismo tornou os indivíduos trabalhadores, fazendo-os livres para comercializar sua força de trabalho (GOURLART; GUIMARÃES, 2002). Nesta perspectiva, a presente pesquisa tem como tema a saúde mental do empresário. Logo, Zanelli, Andrade e Bastos (2004) citam que o autor Sigmund Freud definiu saúde mental como capacidade de amar e trabalhar, o que demonstra como a vida humana se volta para esses dois estados.

Consonante ao tema, a Organização Mundial de Saúde expõe que ocorrências de competição são os principais gatilhos estressores pertinente ao trabalho. Estatísticas indicam que um em cada cinco indivíduos no trabalho podem sofrer de algum prejuízo na saúde mental. Sendo que, esses problemas refletirão diretamente no ambiente de trabalho, provocando danos à produtividade e absenteísmo, entre

outros (BRASIL, 2017). Assim, entre os muitos seguimentos, parece importante também o cuidado com a saúde mental do trabalhador empresário.

Segundo a OMS (2017), saúde mental é um estado de bem-estar no qual possibilita a pessoa usar de suas próprias habilidades, recompondo-se do estresse cotidiano, ser produtivo e colaborar com sua comunidade. Assim, a saúde mental envolve às várias dimensões da vida do ser humano, abrangendo especialmente a dimensão social.

Assim, faz-se necessário pesquisas voltadas ao trabalhador empresário, haja vista que, muitas pesquisas estão voltadas para o empregado esquecendo-se que o empresário assume um papel de liderança, tendo que acompanhar as mudanças da economia e manter sua empresa no mercado e liderar pessoas que estão sob suas instruções. Tem-se como hipótese: neste estudo que a psicodinâmica do trabalho contribui para o cuidado com a saúde mental do empresário. E justifica-se pela necessidade de se cuidar da saúde mental, através da aplicação do olhar da psicodinâmica do trabalho na saúde mental do empresário que é o público alvo da pesquisa.

A partir deste contexto tem-se como objetivo geral apresentar as contribuições da psicodinâmica do trabalho para a saúde mental do empresário, segundo revisão da literatura. E objetivos específicos: verificar através da literatura científica o perfil do empresário na contemporaneidade; investigar os prejuízos emocionais na saúde mental do empresário; descrever a importância do cuidado com a saúde mental e apresentar as contribuições da psicodinâmica do trabalho para saúde mental.

METODOLOGIA

Compõe-se este estudo do tipo de pesquisa descritiva e exploratória. Segundo Gil (2018) descritiva, visa descrever as características de uma determinada população que neste viés o público são empresários. Segundo o mesmo autor, exploratória devido almejar conceituar a psicodinâmica do trabalho e estudar os prejuízos emocionais na saúde mental do empresário, bem como possibilitar a criação de hipóteses do fenômeno.

O procedimento técnico utilizado foi: pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão, no qual a fonte bibliográfica se baseia em materiais já divulgados. Incluindo material impresso, como livros, revistas, jornais, dissertações e anais de eventos científicos (GIL, 2018).

A coleta de materiais foi do tipo narrativa, na qual se caracteriza por uma busca de dados simples, a seleção dos estudos e interpretação dos dados podem ser influenciadas pela subjetividade dos pesquisadores. Sendo apropriada para aporte teórico de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos

(MATTOS, 2015).

Este estudo tem como principais teóricos Dejours (1992), Cardoso (2001), Zanelli (2004), Gil (2018), Souto (2017), Volich (2001), Macêdo (2016), Facas (2013), Moraes (2013), Bendassolli; Soboll (2011), Mendes (2007), Peyon (2018) e outros.

A escolha de base de dados foi mediante busca eletrônica no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), Organização Mundial de Saúde (OMS), livros e revistas. Como descritores: psicodinâmica do trabalho, saúde mental do trabalhador, empresário na contemporaneidade, suicídio e trabalho e saúde mental do empresário, assim, possibilitou uma visão mais ampla a respeito do assunto abordado na pesquisa.

A escolha de dados desta pesquisa aconteceu especificamente no contexto nacional, sendo obras publicadas nos últimos 10 anos, com exceção do autor principal da PDT Christophe Dejours que teve as primeiras publicações feitas em base internacional e há mais de 10 anos utilizou-se destas na referida pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Trabalho Empresarial na Contemporaneidade

Segundo Souto (2017) o empresário trabalha para todos os seus *stakeholders*, que são todos que diretamente ou indiretamente estão conectados a empresa ou se importam com a empresa, como exemplo tem-se: colaboradores, clientes, acionistas, fornecedores, governo e a sociedade onde a empresa está localizada.

Inúmeras exigências são feitas ao empresário que deve pagar salários de acordo com as diretrizes do mercado aos seus colaboradores e quando possível acrescentar benefícios para assim possuir bons funcionários na sua empresa, prestar o melhor atendimento aos seus clientes, o que necessita uma equipe preparada e uma empresa com recursos para fazê-lo, realizar negociações com fornecedores almejando alcançar melhores valores que os concorrentes (SOUTO, 2017).

Corroborar a mesma autora que o empresário tem algumas funções como: conseguir mais inserção no mercado, uma gestão tributária competente para não possuir nenhuma pendência com os órgãos federais, estaduais ou municipais e ainda sobre impostos não recolhidos corretamente e cuidados para não ocasionar malefícios à sociedade, como exemplo, a emissão de poluentes, na região onde sua empresa está localizada.

Ainda, o empresário deve ter uma empresa que apresente presteza, resiliência, plasticidade diante das mudanças.

Em norma, trabalha-se para alguém, para um chefe, para uma autoridade, para seus subordinados, para seus colegas, para clientes e na situação do

empresário para todos os *stakeholders* (CARDOSO, 2001). Ainda, o empresário deve ter uma empresa que apresente presteza, resiliência, plasticidade diante das mudanças (JARDIM, 2010).

Sendo assim, as crescentes exigências da atividade empresarial, o excesso de trabalho, o pavor da ruína de sua empresa e a procura frequente de indicadores de mais lucratividade tem influência direta na saúde do empresário e manifestam-se em formas de patologias e sofrimento que devem ser ponderados (SOUTO, 2017).

De acordo com Dejours (2007 [1998] citado por PEYON, 2018, p. 312) no mundo contemporâneo os trabalhadores tem perdido o sentido do trabalhar, estão, atualmente, como engrenagens em um processo de geração e de consumo, haja vista que o sentido existencial da atividade laboral aparenta dissipar-se. Em conjunto com o dano no sentido, também perdesse a autonomia de pensar, moídos pelo excesso de trabalho, pela rapidez das informações, pela propagação da resiliência a qualquer custo, ocasionalmente pela “distorção comunicacional”, pelo escoar dos grupos de trabalho, do companheirismo entre colaboradores e das formas de organização dos colaboradores, sobretudo o esmorecimento dos sindicatos e de outros órgãos e instituições de representatividade ou entidade dos colaboradores.

Prejuízos na Saúde Mental do Empresário

A somatização é um fenômeno no qual um conflito que não descobre resolução mental, manifesta, no corpo, uma alteração endócrino-metabólica, gatilho para uma doença somática. Como exemplo pode ser aludido, a fadiga que pode estar relacionada a insatisfação do sujeito em relação a importância do conteúdo da tarefa a ser desenvolvida. Assim, muitas vezes, a fadiga não é devida um aumento do desgaste físico, mas sim ao empenho do indivíduo para suportar uma tarefa que não tem prazer ou na dificuldade de adaptação à organização do trabalho (DEJOURS, 1992).

Neste sentido, encontra-se as patologias atreladas ao excesso de trabalho tais como; a síndrome de Burnout que gera um esgotamento profissional relacionada ao exagerado anseio de agradar o cliente em todos os tempos, sem intervalo para que o trabalhador expresse sua subjetividade e sua insatisfação perante esta dinâmica. Além disso, encontra-se a Lesão por Esforços Repetitivos (Ler) uma patologia que no Brasil afeta também os trabalhadores de cargos executivos e ainda tentativas de suicídio ou os suicídios cometidos por trabalhadores no próprio local de trabalho, evento muito presente na França (VOLICH, 2001).

No Brasil no ano de 2016 houve um caso de larga repercussão onde um Empresário de 66 anos na cidade de Rio Claro - SP, dono de uma fábrica de sofás, tendo sofrido uma redução de 80% nas vendas de seus produtos, ocasionada pela recessão econômica que acometia todo o Estado. Depois de tentativas de

negociações frustradas e a demissão de 223 funcionários, cometeu suicídio dentro da própria empresa (CAETANO, 2016).

Salienta-se que, a organização do trabalho comporta, sobre o ser humano, uma atuação própria, na qual o impacto é no aparelho psíquico. Assim, em certas condições, pode surgir um sofrimento, de origem mental, quando o homem não pode exercer sua autonomia no desenvolvimento do seu trabalho no sentido de torná-lo mais próximo de suas necessidades fisiológicas e de suas características psicológicas, sendo o impacto na subjetividade do indivíduo, uma questão que a organização do trabalho desconsidera (DEJOURS, 1992).

Estratégias Utilizadas para Enfrentar os Prejuízos na Saúde Mental

A Psicodinâmica do Trabalho utiliza o termo “estratégias de defesa”, embasada na questão dos mecanismos de defesa da abordagem Psicanalítica para elucidar como os indivíduos resistem às ameaças e agressões à saúde mental decorrentes da relação com o trabalho (MÉLOU et al., 2017). Comumente, o trabalhador recusa uma característica negativa da realidade do trabalho, o que possibilita prosseguir com suas tarefas sem adoecer ou angustiar-se diante do perigo real.

O uso da negação permite conservar a subjetividade do indivíduo e a continuação das atividades, no entanto, pode gerar outros prejuízos, tanto no âmbito individual como no grupal, por exemplo; a continuidade de uma cultura com pouco interesse nas normas de segurança no trabalho ou jogos de desafio ao perigo, com prejuízos irreparáveis, nestes casos, de acidentes, lesões e mortes. Isto, poderia para alguns sujeitos gerar um ganho narcísico para acalmar suas angústias e inseguranças pessoais, usando mais de uma estratégia de defesa (DEJOURS, 1992).

A psicodinâmica do trabalho também expõe sobre o prazer no trabalho através da transformação e ressignificação de vivências de sofrimento em vivências de prazer pelo trabalhador, Dejours apoia-se na definição psicanalítica de sublimação, outro mecanismo psicológico de defesa proveniente da Psicanálise. Assim, “O trabalho não causa o sofrimento, é o sofrimento que produz o trabalho” (DEJOURS, 1992, p.103).

Neste sentido, Seligmann-Silva (2011) coloca que, o trabalho que admite a sublimação é fonte de prazer, beneficiando a saúde mental e reiterando a identidade do indivíduo, na medida que este se concretiza e se reconhece na sua atividade laboral, usando de sua criatividade e aplicando algo seu por meio do uso de seu aparelho psíquico.

Dejours (1992) reconhece, um obstáculo na relação do colaborador com a organização do trabalho para o desempenho da sua atividade. Esse obstáculo começa com a aflição do trabalhador no momento que este é pressionado em sua

subjetividade pela organização do trabalho. Sem engenhosidade, esse indivíduo desenvolve as “estratégias de defesa” para amenizar seu sofrimento e permanece trabalhando.

Em certos casos, as “estratégias de defesa” não somente beneficiam a continuação de modos do trabalho lesivos ao sujeito, como também um acréscimo da produtividade. Essa contradição aponta que as “estratégias de defesa” podem ser duplamente detestáveis: logo, atrapalha que o colaborador procure alterar uma ocorrência e, colaboram para a permanência de uma organização do trabalho que não admite a manifestação da subjetividade.

Assim, tem-se o indivíduo como uma máquina racional o que anseia elevar ao máximo a sua utilidade a qualquer custo, assim, atendendo as ambições do capital como um trivial “recurso humano” (PEYON, 2018). Afirma-se que, a ligação do trabalhador com a organização do trabalho, antes de ser vista pelo prisma da produtividade, precisaria ser refletida sob o aspecto da saúde, individual e grupal. O conflito nefando entre a organização do trabalho e as “estratégias de defesa” dificulta um autêntico crescimento dos indivíduos, assim como de relações mais eficiente com a atividade a ser desempenhada (PEYON, 2018).

Logo, “É de um duplo movimento, de transformação da organização do trabalho e de dissolução dos sistemas defensivos, que pode nascer uma evolução da relação saúde mental-trabalho” (DEJOURS, 1992, p.139). Portanto, o autor Dejours (1992) expõe que através do uso das defesas, os sujeitos admitem limitações que não deveriam aceitar, seja por motivos morais, políticos ou psicológicos, o que prejudica a sua subjetividade.

Psicodinâmica do Trabalho

O psicanalista francês Christophe Dejours criou a abordagem científica que chamou de psicodinâmica do trabalho nos anos de 1990. Na qual, inicialmente baseou-se nos estudos da psicopatologia do trabalho, posteriormente tendo sua construção própria, através das evoluções das pesquisas científicas, tornando-se independente com objeto, princípios, conceitos e métodos particulares (MENDES, 2007).

A passagem da psicopatologia, para a psicodinâmica do trabalho, aconteceu em 1993. Essa alteração foi devido à dimensão que a área adquiriu e, principalmente pelo objeto de investigação ser a normalidade, a saúde e não a doença como era até então, ainda que o sofrimento no trabalho continuasse sendo o alvo, o prazer também ganhou visibilidade (LHUILIER, 2011).

Assim, a Psicodinâmica do Trabalho é uma clínica do trabalho, tendo em vista que pesquisa o indivíduo *in loco*, permitindo um âmbito vantajoso para o discurso do trabalhador a respeito do seu sofrimento no trabalho, em uma visão não apenas

patológica, mas, também ontológica (LHUILIER, 2011).

Almeja-se com a Clínica Psicodinâmica do Trabalho estratégias de comoção subjetiva, que se configura nas formas de pensar, sentir e agir individual e coletivo dos colaboradores e se firma na inteligência prática, no âmbito público de diálogo e na cooperação. Tem-se como objetivo empoderar o indivíduo, ressignificar a aflição e modificar a organização do trabalho em fonte de satisfação e de saúde (FERREIRA & MENDES, 2003; MENDES & ARAÚJO, 2011; DEJOURS & MOLINIER, 2011 E MENDES & ARAÚJO, 2012).

Dessa forma, segundo o autor Facas (2013), a psicodinâmica do trabalho apresenta alguns princípios básicos, como:

- I. O trabalho é fundamental para a formação da identidade do trabalhador, tendo em vista que todo ser humano possui o anseio de realização, que se registra na busca de identidade e o mobiliza a querer oferecer a sua ajuda para o desenvolvimento social ou a construção de uma ação comum;
- II. A Psicodinâmica do trabalho concebe que o desenvolvimento do trabalho ocorre através da prescrição ou organização prescrita do trabalho, o que são insuficientes para abarcar de fato tudo o que acontece no ato das atividades, haja vista que não antecipa falhas, dificuldades e inesperados acontecimentos.

Ressalta-se que, tem-se um espaço inevitável entre o trabalho prescrito e o real. Esse espaço instiga o indivíduo e impulsiona o emprego de sua subjetividade no desempenho da tarefa do trabalho.

- III. O impasse entre as prescrições e o real do trabalho é experimentada afetivamente pelo trabalhador. As decepções que são geradas pela prescrição do trabalho provocam sofrimento, fazendo com que esta vivência seja intrínseca ao trabalhar.
- IV. Também, expõe que o sujeito não é indiferente diante do sofrimento provocado pelas discrepâncias, tensões e incongruências da organização do trabalho.
- V. O sofrimento não obrigatoriamente provocará às patologias, isto dependerá do mecanismo de defesa usado pelo trabalhador e, por conseguinte, de seu fim.
- VI. Já a formação da identidade no trabalho carece da visão e avaliação do outro.

Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho

A psicodinâmica do trabalho parte, da avaliação da desordem entre prescrição do trabalho e o trabalhador para compreender quais processos são mobilizados pelo ser humano para proporcionar sua saúde no ambiente de trabalho, e levando-se em consideração de ser esta uma relação dinâmica, ou seja, sempre em movimento.

Averigua-se de um lado as situações maléficas ao funcionamento psicológico dos trabalhadores; em outro, os mecanismos usados por estes para preservar tanto o seu compromisso profissional quanto equilíbrio psíquico (FACAS, 2013).

Segundo Bendassolli e Sobol (2011) a contribuição da psicodinâmica do trabalho é o da clínica do trabalho em que usa a palavra, especialmente no âmbito de diálogos grupais, objetivando a ressignificação do sofrimento, a autonomia, elaboração de estratégias coletivas e a modificação na organização do trabalho. Tendo como foco: o interesse pela ação no trabalho, compreensão sobre o trabalho, defesa da subjetividade e preocupação com o sujeito e o coletivo em situações de riscos no trabalho.

Assim, a atuação da Psicodinâmica do Trabalho permite ao colaborador desenvolver estratégias coletivas à medida que são escutados e se escutam. O trabalho é compreendido aqui, como uma atividade realizada pelos sujeitos, para lidar com o que não é prescrito pela organização do trabalho, o que não está regido, mas precisa da inovação e criatividade do colaborador para desenvolver o seu trabalho, logo, o trabalho é principal, formador do indivíduo e dos seus laços sociais (LHUILIER, 2011).

Corroborando Cardoso (2001) que a psicodinâmica do trabalho busca estudar a influência da centralidade do trabalho na construção da identidade, tendo esta como inacabada. Logo, o trabalho não é apenas uma atividade solitária, mas também uma ação voltada ao outro. Quando reconhecido, possibilita uma transformação em si mesmo, e a realização no campo social. Podendo assim, ser um forte agente mediador na construção da identidade.

A saúde mental constitui a base da identidade, assim, o trabalho pode compor uma oportunidade secundária na construção do equilíbrio psíquico e da saúde mental. No entanto, se o trabalho não oferecer a oportunidade de triunfo, provocará angústia e gradualmente induzirá o indivíduo para uma descompensação, haja vista que o trabalho não apresenta neutralidade na vida do sujeito (CARDOSO, 2001).

Em consonância a isto, o sofrimento pode agir como guia para transformações. O indivíduo quando se encontra com uma dificuldade, vivencia a frustração e procura uma solução, na intenção de amenizar o sofrimento. Essa aplicação da subjetividade, orientada pela inteligência prática, pode conduzir à alteração do sofrimento em satisfação (MORAES; VASCONCELOS, 2013). A inteligência prática se configura pela inteligência astuta, pela agilidade, criatividade e proatividade no desenvolvimento da tarefa, do originar e estimular-se perante ao inesperado (DEJOURS, 2005).

Conforme Macêdo (2010) coloca, está acontecendo uma expansão significativa de interesse no campo de pesquisas voltadas ao âmbito do trabalho nos mais variados segmentos. E notadamente a psicodinâmica do trabalho está

alcançando espaços formidáveis em congressos internacionais e brasileiros de Psicologia organizacional e do trabalho e de psicodinâmica e clínica do trabalho em Brasília, São Paulo, Florianópolis e Rio de Janeiro.

A Preservação da Saúde Mental no Âmbito do Trabalho

Existem fatores sociais e econômicos estimados como decisivos para saúde mental, segundo Alves e Rodrigues (2010): emprego; educação; condição econômica; habitação; urbanização; discriminação sexual e violência de gênero; experiências primárias/ambiente familiar; exclusão social e estigmas; características da cultura e casos de vida estressantes.

Em conformidade com isto, fica evidente que a saúde mental está intimamente ligada com o estilo de vida dos indivíduos e têm vários deliberativos que influenciam na sua permanência. Sendo assim, a atividade laboral está entre essas variantes que colaboram para a conservação ou não do equilíbrio psíquico do indivíduo (PACHECO, 2013). Assim, uma grande contribuição para essa área da saúde do trabalhador foi a criação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que no Art. 6º estabelece:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Com o advento da promulgação dessa lei, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa também a institucionalizar esse cuidado dentro das suas ações e serviços ofertados. Compreendendo, assim que a saúde do trabalhador é incluída como uma responsabilidade do sistema público de saúde, devido, confirmar que as situações de trabalho podem provocar patologias e riscos de vida (PACHECO, 2013).

Dejours (2016) cita que a saúde mental não abarca somente o sofrimento e os transtornos mentais descompensados. Mas, também abrange a satisfação no trabalho e à formação da saúde mental por meio do trabalho. Como resultado, o trabalho nunca é passivo na visão da saúde. Pois, pode ocasionar prejuízos, até um suicídio no âmbito do trabalho, como também produzir benefícios, à medida que, para muitos indivíduos, o trabalho compõem um elemento primordial na preservação de sua saúde mental.

Em consonância a isto, quando ocorre o reconhecimento da qualidade do trabalho por parte dos outros indivíduos, assim, é possível, direcionar o reconhecimento da ação do fazer para o do ser, no qual o indivíduo passa a atribuir a si mesmo alguns adjetivos como sou mais inteligente, mais competente, mais

confiante de mim, mesmo após o trabalho e anterior a este. Com o dia a dia o colaborador se desenvolve, a identidade se firma, e como consequência o indivíduo se realiza (DEJOURS, 2009).

Corroborando ainda Dejours (2009) que o reconhecimento dos outros permite o torna-se pertencente a uma equipe, a um coletivo, a uma profissão, como um psicólogo como os demais psicólogos, um chefe como os demais chefes etc. O reconhecimento atribui, assim, em contrapartida ao sofrimento, uma apropriação que anestesia a solidão. Ou seja, o reconhecimento possibilita àquele que trabalha modificar o seu sofrimento em crescimento de sua identidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa aborda a saúde mental do empresário na contemporaneidade, onde se percebe que devido as mudanças exacerbadas no mercado de trabalho, na economia, no uso das tecnologias no âmbito do trabalho, a crescente exigência de manter sempre uma empresa muito exitosa, ser um líder de sucesso, democrático, empático e sempre que possível promover abonos salariais aos seus colaboradores, ser resiliente diante das situações, não abater-se, mas sempre está disposto a ajudar seu colaborador para que este seja leal e companheiro ao seu chefe.

A ênfase do cuidado com a saúde mental não tem contemplado a saúde mental do empresário, ao contrário, ela tem sido negligenciada, tendo em vista que fatores como; ergonomia no âmbito do trabalho, clima organizacional de qualidade, processos grupais satisfatórios e etc., são enfatizados na promoção do bem estar do empregado e não do empregador, sendo o empresário visto como um causador de adoecimento mental aos seus colaboradores e não o inverso.

Dessa forma, esta pesquisa atende o objetivo geral que é a contribuição da psicodinâmica do trabalho para a saúde mental do empresário, quando demonstra que o trabalhador empresário não deve se deter apenas ao que o mercado exige de sua empresa, mas respeitar sua subjetividade no desenvolvimento do trabalho para que este promova satisfação e reconhecimento ao sujeito. Dentre os objetivos específicos deste trabalho tem-se como um dos prejuízos emocionais na saúde mental do empresário, o suicídio entre outros. Ainda, expõe a relevância do cuidado com a saúde mental para prevenção de possíveis somatizações no futuro.

Assim, a referida pesquisa apresenta como resultados finais que, é evidenciado por meio da literatura a necessidade de estratégias para cuidar da saúde mental do empresário e a carência de estudo voltados para esse público, tendo em vista que existem muitos materiais voltados para o colaborador funcionário e poucos sobre a prevenção da saúde mental do empresário, o que também demonstra-se a

necessidade de estudo com maior abrangência para o público em questão.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. **Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental**. Revista Portuguesa de Saúde Pública., Lisboa, v.28, n. 2, p. 127 - 131, dez. 2010.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.); et al. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

BRASIL. **Organização Mundial de Saúde. OMS: empresas devem promover saúde mental de funcionários no ambiente de trabalho**. 2017.

Brasília, set. 2 Trim., 1990. **Legislação Federal e Marginália**.

CAETANO, C. **Empresário se suicida após demitir 223 funcionários por conta da crise**. Disponível em: <<http://www.ilisp.org/>>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

CARDOSO, Marta R. Christophe Déjours. **Estudos em Teoria Psicanalítica**. Ágora, Rio de Janeiro v. 4, n. 2, p. 89-94, jul./dez.2001.

_____. **A Loucura do Trabalho**. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. Origem Nacional: Cortez, 5°. ed. 1992.

_____. **O fator Humano**. 5 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____.; MOLINIER, P. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). Christophe Dejours: **da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz Brasília: Paralelo 15, 2011, p. 151-166.

_____. **Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? Dossiê: Qual é o sentido do trabalho?** Revista Cult, v.12, n. 139, p. 49-53, 2009.

_____. Organização do trabalho e saúde mental: Quais são as responsabilidades do *manager*?. In MACÊDO, K. B. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento** - uma visão interdisciplinar. Goiânia: Ed. Da PUC Goiás, 2016.

FACAS, E. P. **Prazer-sofrimento no trabalho: a abordagem psicodinâmica do trabalho**. In: SCHLINDWEIN, V. De L. D. C. (Org.). **Saúde mental e trabalho na Amazônia: múltiplas leituras sobre prazer e sofrimento no trabalho**. Porto Velho-RO, Edufro, 1°. ed. v. 1. 2013. p.1-139.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira**. Brasília DF: Edições Ler, Pensar, Agir LPA, 2003.

GIL, C. A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 6ª. ed. 2018.

GOULART, I. B. **Psicologia organizacional e do trabalho**: teoria, pesquisa e temas correlatados. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

JARDIM, F. S.; **O sentido do trabalho na contemporaneidade: um estudo de caso**. 2010. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Potifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, A. (Orgs). **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011, p.22-58.

MATTOS, P. de. C. **Biblioteca da Faculdade de Ciências Agrônômicas- UNESP Campus de Botucatu**, 2015.

MÉLOU, A. C. S. de A. et al. **A psicodinâmica do trabalho**: Principais contribuições ao delineamento. Ayvu: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 168-193, set/nov. 2017.

MENDES, A. M. **Casa do Psicólogo**. São Paulo, 1°. Ed. 2007.

MENDES, A. M.; ARAÚJO, L. K. R.; MERLO, A. R. C. Prática Clínica em Psicodinâmica do Trabalho: experiências brasileiras. In: P. F. BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011, p. 169-187.

MENDES, A.M.; ARAÚJO, L.K.R. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho**: o sujeito em ação. Curitiba, Juruá, p.154, 2012.

MORAES, R. D. De.; VASCONCELOS, A. C. L. A subversão- do sofrimento em prazer no trabalho. In: SCHLINDWEIN, V. De L. D. C. (Org.). **Saúde mental e trabalho na Amazônia**: múltiplas leituras sobre prazer e sofrimento no trabalho. Porto Velho-RO, Edufro, 1°. ed. v. 1. p.1-139. 2013.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. **Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração**: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

PACHECO, T. P. Saúde mental e trabalho: contribuições e desafios da psicologia do trabalho. In: In: SCHLINDWEIN, V. De L. D. C. (Org.). **Saúde mental e trabalho na Amazônia**: múltiplas leituras sobre prazer e sofrimento no trabalho. Porto Velho-RO, Edufro, 1°. ed. v. 1. p.1-139, 2013.

PEYON, E. R. **Sobre o trabalhar contemporâneo**: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Blucher. p. 336, 2018.

SOUTO, C. H. O. d. **A relação sofrimento/Prazer dos empresários do setor de seguros no exercício da sua atividade profissional**. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

VOLICH, R. M. **Entrevista com Christophe Déjours**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 158-163, set. 2001.

ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho**. Porto - Alegre: Artmed, 2004.

SOBRE O ORGANIZADOR

EDSON DA SILVA - Graduação em Fisioterapia pela Fundação Educacional de Caratinga (2001). Obteve seu título de Mestre (2007) e o de Doutor em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (2013). É especialista em Educação em Diabetes pela Universidade Paulista (2017), em Tecnologias Digitais e Inovação na Educação pelo Instituto Prominas (2020) e Pós-Graduando em Games e Gamificação na Educação (2020). Realizou cursos de aperfeiçoamento em Educação em Diabetes pela ADJ Diabetes Brasil, *International Diabetes Federation* e Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018). É docente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), desde 2006, lotado no Departamento de Ciências Básicas (DCB) da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS). Ministra disciplinas de Anatomia Humana para diferentes cursos de graduação. No Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente atua na linha de pesquisa Educação, Saúde e Cultura. É vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, no qual atua nas áreas de Nutrição e Saúde Coletiva. É líder do Grupo de Estudo do Diabetes credenciado pelo CNPq no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. Desde 2006 desenvolve ações interdisciplinares de formação em saúde mediada pela extensão universitária, entre elas várias coordenações de projetos locais, além de projetos desenvolvidos em Operações do Projeto Rondon com atuações nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste do Brasil. É membro da Sociedade Brasileira de Diabetes, membro de corpos editoriais e parecerista *ad hoc* de revistas científicas nacionais e internacionais da área de ciências biológicas, de saúde e de educação. Tem experiência na área da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Anatomia Humana; Diabetes *Mellitus*; Processos Tecnológicos Digitais e Inovação na Educação em Saúde; Educação, Saúde e Cultura. É Editor da Revista Brasileira de Extensão Universitária (RBEU).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aceitação 1, 48, 51, 53, 54, 55, 126, 178, 220, 226, 228, 229, 231, 232

Acne 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Alcoolismo 211, 215, 216, 217

Aleitamento materno 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94

Atividade física 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Autocuidado 95, 96, 97, 102, 103, 118, 119, 120, 127, 128

B

Bandeamento G 11

Bebida vegetal 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56

C

Câncer 49, 76, 87, 118, 128, 176, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197

Cariótipo 11, 13, 15, 16, 19

Castanha-do-Brasil 48, 53, 54, 55, 56, 57

Citogenética 11, 12, 14, 17

Códigos de ética 36, 38, 39, 40, 43

Cuidados paliativos 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46

Cupcakes 220, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231

D

Desmame precoce 75, 77, 78, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93

Diabetes 3, 5, 7, 87, 95, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 213, 216, 217, 221, 232, 259

Direito à saúde 167, 176, 177, 179, 184, 185

Diretivas antecipadas 36, 37, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47

E

Educação em saúde 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 131, 132

Educação permanente 88, 92, 93, 198, 199, 201, 202, 203, 207, 208, 234, 241

Edulcorantes naturais 220, 222, 223, 231

Enfermagem 18, 19, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 58, 61, 64, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 84, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 103, 104, 118, 120, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 163, 166, 238,

239, 244

Enfermeiro do trabalho 133, 135, 136, 139, 140, 142

Estomia 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 131

Estresse 49, 85, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 246, 248

F

Formação profissional 75, 79, 84, 91, 161, 201

H

Hemodinâmica 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 245

I

Isotretinoína 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

L

Lesões musculoesqueléticas 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207

M

Materiais de ensino 118, 122

Memória 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 153, 156, 158, 159, 160

N

Narrativas em saúde 144, 150

O

Obesidade 3, 5, 7, 22, 28, 31, 33, 76, 87, 195, 213

P

Pacientes oncológicos 176, 179, 180, 183

Pé diabético 95, 97, 101, 102, 103, 104

Planos de saúde 176, 177, 178, 180, 181, 183, 184

Produção de narrativa 144, 156

Promoção da saúde 34, 41, 139, 157, 200

Proteína vegetal 48, 56

Psicodinâmica do trabalho 246, 248, 249, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258

R

Radiologia intervencionista 234, 235, 236, 237, 238, 240, 242, 244, 245

Radioproteção 234, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 243, 244

Raiva 105, 106, 107, 108, 111, 114, 115, 116, 117

Reações adversas 1, 3, 8

S

Saúde do trabalhador 139, 157, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 255

Saúde indígena 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219

Saúde mental 146, 215, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258

Saúde pública 22, 23, 31, 74, 96, 105, 106, 108, 117, 130, 161, 166, 174, 175, 194, 197, 207, 208, 211, 216, 257


Sistema único de saúde 11, 14, 44, 45, 58, 59, 71, 162, 217, 255

T

Terapia intensiva 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 95, 133, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142

V

Vigilância epidemiológica 106, 107, 198, 201, 203, 255

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e
Qualificação do Profissional 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Saúde Coletiva:

Solução de Problemas e
Qualificação do Profissional 2