

Organizadora
Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan

CIÊNCIAS DA SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

Vol. 01

Curitiba
EDITORA REFLEXÃO ACADÊMICA
2021



Organizadora
Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan



**Ciências da saúde no mundo
contemporâneo**

Vol. 01

Reflexão Acadêmica
editora

Curitiba
2021

Copyright © Editora Reflexão Acadêmica
Copyright do Texto © 2021 O Autor
Copyright da Edição © 2021 Editora Reflexão Acadêmica
Editora-Chefe: Profa. Msc. Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan
Diagramação: Lorena Fernandes Simoni
Edição de Arte: Lorena Fernandes Simoni
Revisão: O Autor

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva da autora. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Prof. Dr. Alasse Oliveira da Silva, Universidade Federal Rural da Amazônia - UFRA

Prof. Msc. Mauro Sergio Pinheiro dos Santos de Souza, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Profª. Msc. Rebeka Correia de Souza Cunha, Universidade Federal da Paraíba UFPB

Prof. Msc. Andre Alves Sobreira, Universidade do Estado do Pará- UEPA

Profª. Drª. Clara Mariana Gonçalves Lima, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Profª. PhD Jalsi Tacon Arruda, Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Profª. Drª. Adriana Avanzi Marques Pinto. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP

Prof. Dr. Francisco Souto de Sousa Júnior, Universidade Federal Rural do Semi-Árido -UFERSA

Prof. Dr. Renan Gustavo Pacheco Soares, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C357c	<p>Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim</p> <p>Ciências da saúde no mundo contemporâneo / Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan. Curitiba: Editora Reflexão Acadêmica, 2021. 154 p.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui: Bibliografia ISBN: 978-65-995551-2-1</p> <p>1. Ciências. 2. Saúde. I. Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim. II. Título.</p>

Editora Reflexão Acadêmica
Curitiba – Paraná – Brasil
1contato@reflexaoacademica.com.br



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2021

ORGANIZADORA

Sobre a organizadora - Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan - Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas pela PUCPR. Possui graduação em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (2014), bacharelado em Pedagogia pela Faculdade das Américas - FAM (2020) e MBA em Gestão Executiva de Negócios pela Universidade Braz Cubas (2016). Atuou, profissionalmente, em duas organizações nas áreas financeira e administrativa. Foi professora convidada no Instituto de Educação e Pós-Graduação em Negócios (IEN), ministrando aulas em cursos de extensão a distância. Foi Professora Pesquisadora no Instituto Federal do Paraná - IFPR no curso Técnico de Logística. Publicou 9 artigos em periódicos e 9 artigos em congressos nacionais e internacionais. Atualmente, atua como Editora-chefe na empresa Reflexão Acadêmica Editora.

APRESENTAÇÃO

O livro “Ciências da saúde no mundo contemporâneo vol.1”, publicado pela Reflexão Acadêmica Editora, é uma coletânea que une dez capítulos que discorrem sobre temas relacionados com as diversas áreas da saúde.

Assim, os trabalhos discutem vaginose bacteriana: patogênese, aspectos epidemiológicos e diagnósticos que visa mostrar a importância dessa doença, além de abordar os aspectos epidemiológicos, clínicos e microbiológicos das infecções vaginais. Metástase cerebral: cuidados bioéticos e assistência de enfermagem a serem realizados, a pesquisa é uma revisão bibliográfica, para obtenção de informações sobre metástase cerebral e os tratamentos e cuidados bioéticos de enfermagem a serem realizados. O cuidado com o feminino nas ruas: o gênero como determinante das experiências de mulheres em situação de rua no acesso à saúde de analisar as diferenças na relação de mulheres com os serviços de saúde e dos marcos jurídicos referentes à reafirmação do direito à saúde para pessoas em situação de rua. Câncer de colo de útero: barreiras preventivas no século como forma de identificar as barreiras na prevenção ao câncer de colo de útero, especialmente no Brasil, entre outros temas aderentes.

Dessa forma agradecemos todos os autores pelo esforço e dedicação colocados em seus trabalhos. Esperamos poder contribuir com a comunidade científica que se interessa por temas relacionados com a saúde e que o livro auxilie em futuras pesquisas voltadas na temática discutida.

Boa leitura!

Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01	1
VAGINOSE BACTERIANA: PATOGÊNESE, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS	
Daniele Maria Knupp Souza Sotte Alessandra Barbosa Ferreira Machado Thiago César Nascimento Cláudio Galuppo Diniz Vânia Lúcia da Silva DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000090	
CAPÍTULO 02	18
METÁSTASE CEREBRAL: CUIDADOS BIOÉTICOS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A SEREM REALIZADOS	
Cristiane Larissa Teixeira de Souza Nadia Pinheiro da Costa Micheli Souza de Oliveira DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000091	
CAPÍTULO 03	28
ANGIOMIOMA EM CAVIDADE ORAL - DIAGNÓSTICO E FORMA DE TRATAMENTO	
Richard Presley Silva Lima Brasil André Luís Vieira Cortez Mateus Veppo dos Santos DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000092	
CAPÍTULO 04	37
O CUIDADO COM O FEMININO NAS RUAS: O GÊNERO COMO DETERMINANTE DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO ACESSO À SAÚDE	
Raíne Nazareth da Silva Carvalho Roberto José Leal DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000093	
CAPÍTULO 05	54
EXPERIÊNCIAS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
Marília Cuzzuol Sales Roberto José Leal DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000094	
CAPÍTULO 06	72
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: BARREIRAS PREVENTIVAS NO SÉCULO 21	
Mayara D. T. Silva	

Renata B. Marques
Leandro O. Costa
DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000095

CAPÍTULO 07 90

**INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE AGRAVOS À SAÚDE ASSOCIADOS A
HÁBITOS ALIMENTARES DE INDÍGENAS IDOSOS**

Carine Fernandes Moreira Duarte
Emmanoel Peixoto Saraiva Lima
Francisca Dalila Paiva Damasceno de Lima
Julia Teixeira de Alcântara
Terezinha Almeida Queiroz

DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000096

CAPÍTULO 08 108

**PERFIL DO CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS ESTUDANTES DO ENSINO
MÉDIO NO MUNICÍPIO DE DIANÓPOLIS, TO**

Vitória Reis Sousa
Carolyne Victória Lopes Barbosa
Cauã Melo Fernandes
Miquéias Nascimento Gonçalves
João Paulo Rodrigues da Silva
Delfim Dias Bonfim

DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000097

CAPÍTULO 09 117

**QUESTÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA E SEUS CUIDADORES**

Laíza Lafuente
Dieferson Silva Braz
Francieli Carniel
Poliana Piovezana dos Santos
Shirley Rodrigues Maia
Susana Maria Mana de Araújo

DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000098

CAPÍTULO 10 138

**CONTRIBUIÇÕES DE TERAPIA VOCAL PARA PRESBIFONIA COM USO DA
TÉCNICA DO TUBO DE RESSONÂNCIA**

Karine Maria do Nascimento Lima Vota
Mariana Rebeka Gomes Queiroz
Jonias Alves Lucena

DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000099

CAPÍTULO 01

VAGINOSE BACTERIANA: PATOGÊNESE, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICOS

Daniele Maria Knupp Souza Sotte

Instituição: Centro Universitário UNIFACIG / Manhuaçu-MG / Professora
E-mail: daniknupp@yahoo.com.br

Alessandra Barbosa Ferreira Machado

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF / Professora do Instituto de Ciências Biológicas – ICB
E-mail: alessandrabferreira@yahoo.com.br

Thiago César Nascimento

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF / Professor da Faculdade de Enfermagem
E-mail: thiago_ufjf1982@yahoo.com.br

Cláudio Galuppo Diniz

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF / Professor do Instituto de Ciências Biológicas - ICB
E-mail: claudio.diniz@icb.ufjf.br

Vânia Lúcia da Silva

Instituto: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF / Professora do Instituto de Ciências Biológicas – ICB
E-mail: vania.silva@icb.ufjf.br

Resumo: A *microbiota vaginal* pode ser considerada um sítio anatômico complexo, onde mais de 50 espécies de microrganismos já foram isolados e vivem em harmonia. As bactérias que habitam a vagina são uma importante barreira de defesa do organismo, representando um complexo sistema microbiológico. Os *lactobacilos* (ou *Bacilos* de *Doderlein*) são microrganismos que fazem parte deste complexo, sendo responsáveis por vários mecanismos de defesa no ambiente vaginal. O equilíbrio desse ecossistema é mantido por complexas interações entre a microbiota vaginal saudável, os produtos do metabolismo microbiano, o estado hormonal e a resposta imune do hospedeiro. A vulvovaginite é um dos problemas ginecológicos mais comuns, sendo o corrimento genital umas das razões mais frequentes pela qual a mulher procura atendimento médico. As infecções vaginais são responsáveis por sintomas bastante desagradáveis, que muitas vezes provocam grande desconforto orgânico e psicossocial para a vida da mulher. A etiopatogenia das vulvovaginites é bastante variável, sendo a causa infecciosa a mais importante. A vaginose bacteriana (VB) é uma doença polimicrobiana, comumente associada com descarga vaginal anormal em mulheres em idade reprodutiva, em que há um desequilíbrio da microbiota vaginal saudável, com aumento de bactérias anaeróbias ou anaeróbias facultativas, dentre as quais destaca-se *Gardnerella vaginalis*, em detrimento aos *Lactobacillus*. Considerando a grande importância da *G. vaginalis* no desenvolvimento da VB e a associação desta patologia com sérias complicações ginecológicas e obstétricas, com

consequente repercussão na saúde pública, o estudo clínico dessas infecções torna-se importante, tendo em vista a alta incidência de casos nos consultórios ginecológicos, sintomáticos ou não, e o alto grau de recidivas. A cultura microbiológica não é útil para diagnóstico de *G. vaginalis*, uma vez que esse microrganismo faz parte da microbiota residente de mulheres assintomáticas para VB, sendo encontrado nessas e em mulheres sintomáticas para VB. O presente capítulo visa mostrar a importância dessa doença, além de abordar os aspectos epidemiológicos, clínicos e microbiológicos das infecções vaginais, mais precisamente a VB, causada por *G. vaginalis*.

Palavras-chave: Vaginose bacteriana; *Gardnerella vaginalis*; Microbiota vaginal; Papanicolaou.

1. INTRODUÇÃO

A vagina, do ponto de vista ecológico, pode ser considerada um sítio anatômico complexo, onde mais de 50 espécies de microrganismos já foram isolados e vivem em harmonia, constituindo uma importante barreira de defesa do organismo. O equilíbrio do ecossistema vaginal é mantido por complexas interações entre a microbiota vaginal saudável, os produtos do metabolismo microbiano, o estado hormonal e a resposta imune do hospedeiro. Entretanto, em condições de desequilíbrio, esses microrganismos podem atuar como patógenos¹.

Os lactobacilos (ou Bacilos de *Doderlein*) são bastonetes Gram-positivos produtores de vários metabólitos com propriedades microbicidas ou microbiostáticas, incluindo ácido láctico, bacteriocinas e peróxido de hidrogênio (H₂O₂). O ácido láctico mantém o ambiente ácido, inibindo o desenvolvimento de muitas espécies bacterianas, sendo um eficiente mecanismo de proteção das mucosas. A proteção da mucosa vaginal depende também do reconhecimento específico de estruturas na superfície dos lactobacilos (adesinas) e do epitélio vaginal (receptores). Essa interação adesinas-receptores resulta na formação do biofilme, que exerce uma ação protetora contra microrganismos indesejáveis².

O pH fisiológico da vagina situa-se entre 3,5 e 4,5 em mulheres na menacme, não grávidas e em não lactantes. Aquelas na pós-menopausa e outras condições de hipostrogenismo e meninas pré-púberes têm o pH vaginal elevado (4,7 ou mais). Alguns fatores podem elevá-lo, como muco cervical, sêmen, sangue menstrual, alterações hormonais diversas (como gravidez e menopausa), infecções sexualmente transmissíveis e crescimento excessivo de outros microrganismos da microbiota vaginal, como resultado do uso de duchas internas e antimicrobianos³.

Alguns autores estimam que mulheres em idade reprodutiva podem conter de 10¹⁰ até 10¹¹ bactérias na vagina. A microbiota vaginal sofre prováveis mudanças na representação e abundância de espécies ao longo do tempo, que são influenciadas por fatores que podem incluir idade da mulher, flutuações hormonais (fase do ciclo menstrual, contracepção), atividade sexual (tipos de atividade sexual, como sexo oral ou anal seguido de sexo vaginal, frequência de sexo, número de parceiros sexuais, bem como a microbiota do trato geniturinário destes parceiros), condições de saúde (diabetes, infecção do trato urinário), uso de medicamentos (intravaginal e antimicrobianos sistêmicos), duchas intravaginais e higiene. Essas mudanças nos

tipos e proporções relativas das espécies microbianas na vagina poderiam conduzir a um estado de doença⁴.

A secreção vaginal é uma resposta fisiológica do organismo feminino, e quando não há alteração devido a processo patológico, essa se apresenta de cor clara, com quantidade e aspecto podendo variar devido ao período do ciclo menstrual. Por outro lado, quando o equilíbrio da microbiota é rompido e se instala um processo patológico, um dos primeiros sinais é o corrimento vaginal, sendo uma das principais queixas ginecológicas entre as pacientes que procuram a atenção médica^{5,6}.

2. PATOGÊNESE

A vulvovaginite é um dos problemas ginecológicos mais comuns, sendo o corrimento genital umas das 25 razões mais frequentes pela qual a mulher procura atendimento médico. As infecções vaginais são responsáveis por sintomas bastante desagradáveis, que muitas vezes provocam grande desconforto orgânico e psicossocial para a vida da mulher.

A etiologia das vulvovaginites é bastante variável, sendo a causa infecciosa a mais importante. Os principais agentes etiológicos dessas infecções são a bactéria *Gardnerella vaginalis*, associada a vaginose bacteriana (VB)⁴; o fungo do gênero *Candida sp.*, causador da candidíase vaginal; e o protozoário *Trichomonas vaginalis*, causador da tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível (IST).

Quando há um desequilíbrio da microbiota, com quadros de irritação vaginal, associados com corrimento vaginal característico de origem inflamatória com leucorreia e prurido, esta condição denomina-se “vaginite específica”. Em outra situação de desequilíbrio da microbiota, com irritação vaginal de origem bacteriana, acompanhado de corrimento homogêneo e fétido, alteração no pH vaginal, ausência de inflamação e pequeno número de leucócitos, esta condição denomina-se “vaginite inespecífica”, que pode ser definida como vaginose bacteriana (VB)⁷.

Usa-se o termo vaginose para diferenciá-lo de vaginite, na qual ocorre infecção dos tecidos vaginais. Porém, na vaginose não há lesões nos tecidos ou estas são muito discretas, havendo apenas um desequilíbrio na microbiota vaginal saudável. Alguns autores cogitaram a hipótese de denominar a VB de “bacteriose vaginal”, pelo fato do sufixo “ose” denominar “aumento”, podendo significar o aumento de bactérias na vagina^{5,7}.

A VB é uma doença polimicrobiana, comumente associada com descarga vaginal anormal em mulheres em idade reprodutiva. Sua etiologia é pobremente compreendida e envolve um desequilíbrio na microbiota vaginal, levando à substituição dos lactobacilos da microbiota residente por um super crescimento de microrganismos anaeróbios na vagina, além de aumento no pH, de menos de 4,5 para mais que 7,0. Um dos microrganismos anaeróbios isolados com maior frequência da secreção vaginal de mulheres portadoras de VB é a *G. vaginalis*.^{2,4,5}.

Considerando a grande importância da *G. vaginalis* no desenvolvimento da VB e a associação desta patologia com sérias complicações ginecológicas e obstétricas, com conseqüente repercussão na saúde pública, o estudo clínico das vulvovaginites tornou-se importante nos últimos anos, tendo em vista a alta incidência de casos nos consultórios ginecológicos, sintomáticos ou não, e o alto grau de recidivas.

Gardnerella vaginalis é um microrganismo isolado da quase totalidade de mulheres portadoras da VB, e caracteriza-se por ser uma bactéria fastidiosa, anaeróbia facultativa, imóvel, β -hemolítica e aspecto morfotintorial de cocobacilo Gram-variável. Por ser uma bactéria de difícil crescimento, necessita de meios ricos para seu isolamento. O Ágar Vaginalis Modificado (AVM), que é o ágar Columbia contendo biotina, ácido fólico, niacina e tiamina, acrescido de anfotericina B, gentamicina, ácido nalidíxico e 5% de sangue humano (Figura 01B), tem um resultado de isolamento satisfatório após incubação em atmosfera rica em CO₂ por 48-72 horas¹⁰. Entre as principais características bioquímicas, destacam-se: oxidase (-), catalase (-), hidrólise do hipurato (+), produção de ácido a partir do carboidrato glicose, inositol (-), manitol (-) e rhamnose (-)⁹.

Devido a *G. vaginalis* estar presente em quase 100% das mulheres com VB, é provável que ela tenha um papel no desenvolvimento desta condição. Entretanto, a cultura deste microrganismo não é recomendada como ferramenta de diagnóstico para VB, devido esta bactéria estar presente na microbiota residente de aproximadamente 60% das mulheres assintomáticas. Além disso, *G. vaginalis* tem sido detectada em, aproximadamente, 50% da microbiota vaginal por cultura microbiológica e em até 70%, por métodos moleculares. As culturas de *G. vaginalis*, além do alto custo-benefício, são de difícil emprego na prática clínica. O diagnóstico definitivo com a cultura e ferramentas de biologia molecular têm sido restritas à pesquisa^{1,4}.

Por mais de meio século, o mecanismo de virulência da *G. vaginalis* permaneceu pouco compreendido. Recentemente, análises genômicas comparativas de linhagens de *G. vaginalis* de pacientes sintomáticas para VB e mulheres assintomáticas forneceram novas informações sobre potenciais características de virulência. A diferença na citotoxicidade entre linhagens de *G. vaginalis* é atribuída à sua capacidade de aderir às células do epitélio vaginal e formar biofilme¹¹. A adesão é o passo fundamental na patogênese, permitindo a bactéria colonizar a mucosa vaginal, minimizando o contato com enzimas extracelulares e anticorpos locais, reduzindo assim as chances de eliminação junto com o fluxo de urina e o fluxo de secreções vaginais. Além disso, a adesão é um primeiro passo para a formação de um biofilme. O biofilme incorpora outros grupos bacterianos em suas camadas, permitindo que outros anaeróbios também colonizem a vagina. A formação de biofilme confere aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos usados na prática clínica e resistência às defesas do sistema imune do hospedeiro, levando a falhas no tratamento e recidivas⁸.

G. vaginalis também produz uma toxina citolítica, denominada vaginolisin (VLY), que age como uma hemolisina, e é pertencente à família de citolisinas colesterol-dependente (CDC). É uma porina e tem seletividade por células vermelhas humanas e células do epitélio vaginal. Há a hipótese de que a VLY esteja envolvida na patogênese da VB levando à morte celular¹². Outros fatores de virulência produzidos pela *G. vaginalis* e que também podem estar envolvidos na patogênese de VB são a sialidase e a prolidase, que são enzimas hidrolíticas que podem ter um papel na degradação de vários dos principais fatores de proteção da mucosa, como mucinas, estando associadas com a invasão bacteriana ao hospedeiro⁸.

De acordo com alguns estudos, devido a um conjunto de fatores de virulência importantes na patogênese de VB, é provável que *G. vaginalis* possa ser o patógeno chave em alguns casos de VB. Outros autores afirmam que possa haver um sinergismo entre *G. vaginalis* e outras bactérias anaeróbias, particularmente espécies de *Mobiluncus* e *Bacteroides*⁴. Além disso, os anaeróbios associados à VB também podem possuir fatores de virulência que ainda não foram descritos^{5,8,12}.

O sintoma mais frequente de VB é a presença de corrimento vaginal homogêneo, de pequena intensidade, coloração esbranquiçada, acinzentada ou amarelada, e odor semelhante a “peixe podre”⁵. Entretanto, uma elevada proporção, que pode chegar até a 50% das mulheres portadoras da síndrome, é assintomática^{2,13}.

3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A VB é considerada, atualmente, a infecção vaginal de maior prevalência em mulheres em idade reprodutiva¹⁴ atingindo, mundialmente, cerca de 10 a 30% das mulheres deste grupo¹⁵. Entretanto, admite-se que esta prevalência esteja ligada à população estudada, variando de 4% em países desenvolvidos até 61% em subdesenvolvidos². Seguindo a tendência mundial, no Brasil, a VB também é uma condição muito frequente, atingindo cerca de 45% das mulheres com queixa de corrimento vaginal⁵. Porém, este é um parâmetro de difícil determinação, e é possível que tais números estejam subestimados devido à alta frequência de portadoras assintomáticas.

O Brasil é um país com muitas disparidades sócio-econômicas. Com isso, há grande divergência quanto à prevalência de infecções vaginais em diferentes regiões do país. Sabe-se que há regiões mais pobres, como a região Norte, que possui uma infraestrutura muito precária para dar suporte à saúde da mulher, em comparação com outras regiões do país⁷.

A prevalência da VB é de difícil determinação, uma vez que grande parte das mulheres portadoras é assintomática, ou seja, não procuram atendimento médico, por não terem queixa, não sendo, portanto, incluídas nos estudos. A VB é a causa mais comum de corrimento vaginal nas mulheres em idade reprodutiva, sendo mais comum em mulheres negras do que brancas, naquelas mulheres com dispositivos intrauterinos (DIU) e nas fumantes¹⁶.

Em pesquisas realizadas em diversos países, observa-se que o índice de VB é mais elevado em mulheres com vários parceiros sexuais do que em mulheres sem atividade sexual. Muitas observações correlacionam a aquisição de VB à atividade sexual, uma vez que ela é mais frequente em mulheres sexualmente ativas, que iniciaram atividade sexual mais jovens, ou nas que possuem histórico de ISTs. Por outro lado, existem casos – detectados mais raramente - em mulheres virgens e em crianças, o que indica que a ocorrência deste desequilíbrio da microbiota não é decorrente exclusivamente do contato sexual. Além disso, existem fortes evidências de que o tratamento do parceiro sexual não diminui a frequência ou o intervalo das recorrências, mais um indício de que, apesar de ser uma doença relacionada ao sexo, não pode ser considerada como uma verdadeira IST^{6,17}.

Diversos fatores comportamentais e inerentes à mulher são considerados fatores de risco para a aquisição de VB, dentre eles a etnia, o fumo, além de fatores socioculturais, como idade, escolaridade e o nível socioeconômico, que se refletem em hábitos de higiene (higiene vaginal precária), hábito de realizar duchas vaginais, uso de DIU como método contraceptivo, antecedente de ISTs e o comportamento sexual^{2,4,17}.

Quanto à etnia, estudos apontam que a infecção é cerca de três vezes mais comum em mulheres negras quando comparado às mulheres brancas, embora as razões para tal fato não estejam plenamente esclarecidas. A ocorrência das espécies de lactobacilos produtores de H_2O_2 parece ser menos frequentes em mulheres da raça negra, acarretando em um pH vaginal normalmente mais elevado neste grupo, o que poderia explicar tal fato¹⁸.

O fumo é outro fator controverso. É possível que ele atue suprimindo o crescimento dos lactobacilos produtores de H_2O_2 , ou ainda o sistema imunológico como um todo, favorecendo a infecção e aumentando o risco de VB¹.

Indicadores socioeconômicos como escolaridade, renda e local de moradia determinam tanto o acesso quanto a qualidade da assistência de saúde prestada às mulheres, fato este que poderia explicar uma maior prevalência de VB em mulheres de baixo perfil socioeconômico¹⁹. Porém, a literatura não é unânime em estabelecer tal correlação⁶.

Outro fator importante que poderia levar à alteração da microbiota vaginal é o comportamento sexual. Estudos demonstram que a VB é mais frequente em populações com altas taxas de ISTs e está associada a novos ou múltiplos parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual e a falta do uso de preservativos. Além disso, a grande frequência de relações sexuais, seja pela deposição de sêmen (meio alcalino) no epitélio vaginal, pelo estímulo local da mucosa ou mesmo pela introdução de bactérias estranhas ao ambiente vaginal, também é um fator predisponente^{5,20}. Neste contexto, estudos apontam que mulheres profissionais do sexo apresentam um risco pelo menos quatro vezes maior de desenvolverem VB em relação às demais¹⁷, e que mulheres com relacionamentos homossexuais também se tornam mais susceptíveis, com risco maior, em relação às heterossexuais²¹.

O uso de certos antimicrobianos, principalmente os de amplo espectro, interfere na manutenção e no equilíbrio da microbiota residente. Estudos sobre o assunto indicam que o uso indiscriminado e frequente de duchas vaginais higiênicas pode

levar à perda do equilíbrio entre os vários microrganismos da microbiota vaginal, facilitando o aparecimento de VB. Tal suposição seria justificada pelo fato de as duchas vaginais promoverem limpeza mecânica das bactérias da microbiota local e ao mesmo tempo introduzir substâncias exógenas, que poderiam alterar o pH vaginal e causar reações alérgicas locais²².

Observa-se então a importância de VB em saúde pública, pois, além do incômodo habitual que o fluxo aumentado determina para a mulher, a síndrome prejudica a vida sexual e pode associar-se também a uma série de outras complicações ginecológicas e obstétricas, incluindo abortos espontâneos, partos prematuros ou com complicações, infecções pós-operatórias e do trato urinário, além de resultados anormais nas análises citológicas cérvico-vaginais ^{6,23,24, 25}. Aumenta ainda o risco para aquisição, transmissão ou reativação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus herpes simples tipo 2 e Papiloma vírus humano (HPV)²⁴.

4. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

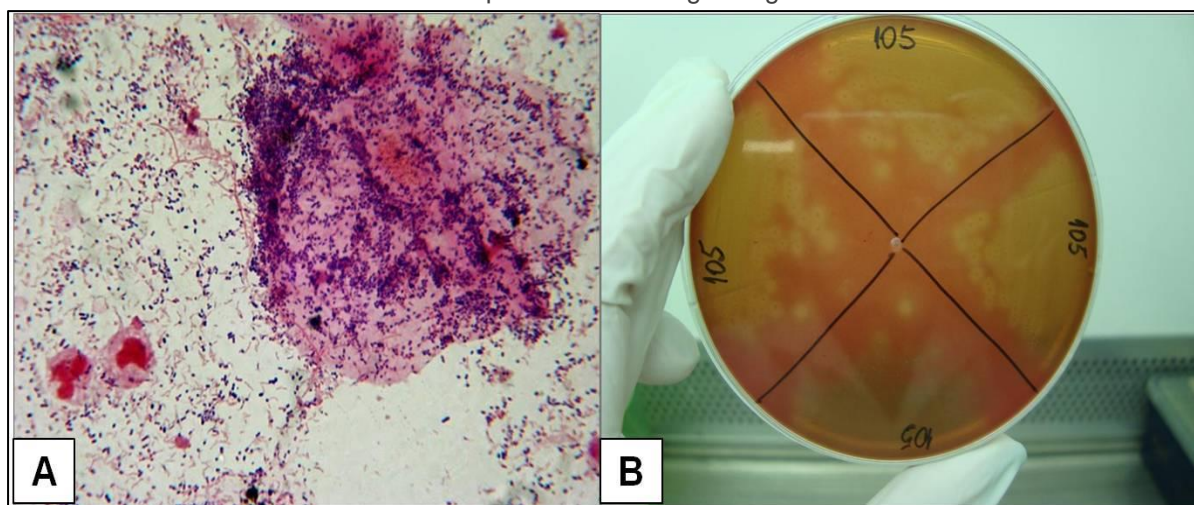
Do ponto de vista do diagnóstico microbiológico, a VB passou por várias etapas. A época da microbiologia descritiva iniciada em 1894 foi marcada pela descrição de um lactobacilo por Döderlein, que pertenceria à microbiota vaginal saudável, e que hoje é reconhecido como um agente ativo no processo de defesa da mulher contra doenças. Microrganismos anaeróbios associados com a VB incluem principalmente espécies de *G. vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* sp., *Bacteroides* sp., *Prevotella* sp. e outros anaeróbios⁴. Os microrganismos envolvidos e os produtos que eles produzem diferem consideravelmente entre mulheres com VB, e provavelmente o risco de infecções do trato genital superior também varia entre os indivíduos¹⁶. O isolamento de *G. vaginalis* não pode ser usado para o diagnóstico de VB, pois este microrganismo faz parte da microbiota da vagina de mais de 50% das mulheres assintomáticas para VB.

A hipótese diagnóstica é frequentemente elaborada quase exclusivamente por uma anamnese superficial acompanhada eventualmente de exame especular. Por maior que seja a experiência do ginecologista, não se pode confiar apenas em sinais e sintomas clínicos para fazer o diagnóstico das vulvovaginites, e, em especial, da VB⁵.

Na prática clínica, a VB é de difícil diagnóstico, visto que, em grande parte dos casos, os sintomas não são clássicos e podem ser modificados por inúmeros aspectos, tais como o uso incorreto (muitas vezes por automedicação) de cremes vaginais ou outras substâncias irritantes locais, duchas vaginais, coito recente, associação de diferentes doenças e hábitos inadequados de higiene, entre outros. Assim, visando padronizar o diagnóstico, foram propostos critérios que poderão incluir dados clínicos e laboratoriais ou apenas dados microbiológicos, dentre os quais os mais conhecidos e divulgados são os de Amsel e os de Nugent⁵.

Os critérios de Amsel são usualmente empregados na clínica para o diagnóstico da VB, a abordagem é rápida, mas exige a utilização de um microscópio, que nem sempre está disponível. Pelo menos 3 de 4 desses critérios devem estar presentes para estabelecer um diagnóstico, tais como: (1) o pH do fluido vaginal elevado, > 4,5; (2) o "teste do cheiro" ou "teste das aminas" (Whiff) positivo, que consiste na detecção de um odor de "peixe podre" devido à volatilização de aminas aromáticas (putrescina e cadaverina) com a adição de duas gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% em uma lâmina contendo o fluido vaginal; (3) a presença ao exame bacterioscópico a fresco de células indicadoras (Figura 01A), "células-guia" ou "clue-cells" (> 20%) no fluido vaginal, que são células epiteliais vaginais recobertas com bactérias, como *G. vaginalis*, *Bacteroides* spp. e *Mobiluncus* spp., criando fronteiras indistintas; e (4) corrimento vaginal branco-acinzentado, em pequena quantidade, homogêneo e leitoso^{2,5,9,26,27}. Nota-se que, assim, é possível ter um diagnóstico de VB com base nos critérios de Amsel sem a presença do corrimento vaginal. Com isso, presumir que mulheres sem corrimento vaginal não têm VB não é válido, e estudos da vagina em mulheres assintomáticas para VB deveriam idealmente empregar um método objetivo para avaliar a VB.

Figura 1: Coloração de Gram e cultura de *Gardnerella vaginalis*. A-“clue-cells” visualizada pelo método de Gram. B- β -hemólise em Ágar Vaginalis Modificado.



Fonte: Os autores.

Em uma abordagem puramente laboratorial, considera-se possível o diagnóstico de VB através do escore de Nugent, o qual é resultante da soma de valores diferenciados para a observação quantitativa por meio da coloração de esfregaços pelo método de Gram, onde são identificados e quantificados os morfotipos bacterianos, como *Lactobacillus*, *Mobiluncus* e *G. vaginalis*. Este método laboratorial é considerado, atualmente, o padrão ouro para o diagnóstico da VB. Entretanto, o escore de Nugent não permite a identificação de várias outras bactérias implicadas em VB, tais como espécies de *Mycoplasma* e *Atopobium vaginae*, o qual apresenta uma morfologia variável, levando a erros na identificação²⁸.

Na prática, os critérios de Amsel baseiam-se em critérios subjetivos, tornando-se um método inconclusivo, especialmente no diagnóstico dos casos assintomáticos²⁴. Assim, nestas situações, métodos microbiológicos, como o escore de Nugent, são preferíveis²⁸.

O método de Nugent baseia-se na soma de valores diferenciados para a análise microscópica quantitativa de esfregaços vaginais corados pelo método de Gram. Os morfotipos bacterianos, tais como *Lactobacillus*, *Mobiluncus* e *G. vaginalis*, são identificados e quantificados. Um escore final de 0-3 é considerado saudável (assintomático para VB) e caracteriza-se pela predominância de bastonetes Gram-positivos. Um escore de 7-10 confere o diagnóstico de VB e é marcada pela ausência de bastonetes Gram-positivos e a presença de elevadas concentrações de morfotipos de *G. vaginalis* ou *Mobiluncus spp.* Um escore de 4-6 é compatível com um quadro intermediário, e tem morfotipos característicos de ambos os polos (Tabela 1)^{29,30}.

Tabela 1: Escore de Nugent

Tipo Morfológico	Nº de microrganismos/Campo de imersão	Pontuação
<i>Lactobacillus</i> spp. ou Bacilos de Doderlein (BGP)	>30	0
	5 – 30	1
	1 – 4	2
	1	3
	0	4
<i>Mobiluncus</i> sp. (BGN curvos)	0	0
	1 – 4	1
	5	2
<i>Gardnerella vaginalis</i> /Bacteroides sp. (CBGV; BGN com vacúolos)	>30	4
	5 – 30	3
	1 – 4	2
	1	1
	0	0
Some os pontos obtidos e verifique a interpretação		
Pontuação	Interpretação	
0-3	Normal	
4-6	Intermediário	
7-10	Vaginose Bacteriana	

Fonte: Os autores.

Os critérios de Nugent, apesar de serem menos sensíveis na identificação da VB, parecem ser mais confiáveis do ponto de vista de reprodutibilidade, pois eliminam os aspectos subjetivos encontrados nos critérios de Amsel⁵. Além disso, é um método rápido, de baixo custo e altamente utilizado em muitos laboratórios, podendo então ser considerado "padrão ouro" para o diagnóstico de VB³¹.

As colorações de Papanicolaou e Gram são também muito utilizadas na rotina laboratorial para a identificação de VB. A coloração de Papanicolaou apresenta sensibilidade em torno de 50% e especificidade média de 95% para detecção de VB, quando comparada ao teste padrão¹. Por esta razão, tornou-se um exame diagnóstico, por ser de fácil execução, prático e útil para a caracterização da doença, particularmente quando o resultado é positivo. Além disso, permite o diagnóstico da VB assintomática e possui boa cobertura populacional, já que faz parte do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino²⁴.

A escolha do melhor método diagnóstico para VB é ainda controversa, principalmente devido à discrepância de resultados obtidos em diferentes estudos realizados. Os critérios clínicos são ainda os mais utilizados na prática médica, mas a VB é frequentemente mal diagnosticada, porque os critérios utilizados são subjetivos, como o aspecto do corrimento, a medida correta do pH e o teste das aminas. É importante lembrar que o uso dos critérios clínicos não é útil para o diagnóstico das pacientes assintomáticas, as quais precisam ser devidamente diagnosticadas e tratadas³².

Pelo fato de os critérios de Amsel serem dependentes de dados clínicos observados pelo médico no ato do exame preventivo, e, muitas vezes, não documentados, os critérios de Nugent são escolhidos para classificar as pacientes participantes quanto à presença ou não de VB, pela facilidade em ser realizado no laboratório e pelo fato das lâminas poderem ser analisadas muitas vezes por um único observador, na tentativa de minimizar erros de origem visual.

A técnica de Papanicolaou é usada comumente como teste de triagem para detectar lesões pré-neoplásicas do colo uterino, e o sucesso, neste sentido, tem feito da técnica um procedimento de rotina. Além disso, os métodos de Gram e Papanicolaou constituem as colorações mais usadas na rotina laboratorial para a identificação de VB, porém, para este propósito, a validade do método de Papanicolaou é controversa e estimula a realização de estudos comparativos, com o intuito de definir o seu grau de confiabilidade²⁴.

Dados da literatura apontam que o Papanicolaou apresenta sensibilidade em torno de 50,0% e especificidade média de 95,0% para detecção de VB, quando comparada ao teste padrão (escore de Nugent)^{24,33}.

Do exposto, observa-se que embora não exista consenso no diagnóstico de VB, espera-se que outras técnicas (como a bacterioscopia pelo Gram) possam ser incorporadas aos critérios diagnósticos como método complementar ao Papanicolaou, auxiliando e agilizando o diagnóstico de VB.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais um número crescente de patógenos envolvidos na etiologia e patogênese da VB vem sendo citados na literatura, o que evidencia a importância do estudo da VB, para que a etiologia e patogênese dessa doença sejam melhor

compreendidas, e para que novas ferramentas diagnósticas sejam implantadas³⁴. Espera-se que o acúmulo de informações epidemiológicas e microbiológicas possa servir para caracterização das vaginoses bacterianas e uma melhor acurácia no diagnóstico dessa doença, em todas as regiões do Brasil. Espera-se, ainda, que essas informações auxiliem para suscitar discussões que sirvam de base para o desenvolvimento de políticas de saúde pública e, assim, que possam contribuir para um melhor aproveitamento dos recursos financeiros a serem aplicados em medidas preventivas, minimizando os riscos associados às essas infecções e a antibioticoterapia empírica inadequada.

REFERÊNCIAS

1. Livengood, CH. Bacterial vaginosis: an overview for 2009. *Rev Obstet Gynecol*; 2009, 2: 28-37.
2. Castellano Filho DS, Diniz CG, Silva VL. Bacterial vaginosis: clinical, epidemiologic and microbiological features. *HU Revista*; 2011, 36:223-230.
3. Mijac, VD, Dukić, SV, Opavski, NZ, Dukić, MK, Ranin, LT. Hydrogen peroxide producing lactobacilli in women with vaginal infections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 2006, 129: 69-76.
4. The female vaginal microbiome in health and bacterial vaginosis. *Front Cell Infect Microbiol*, 2021. doi.org/10.3389/fcimb.2021.631972
5. Giraldo PC, Passos MRL, Bravo R, Varella RQ, Campos WN, Amaral RL, et al. O frequente desafio do entendimento e do manuseio da vaginose bacteriana. *DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm*; 2007,19:84-91.
6. Zimmermann JB, Pereira LA, Cardoso BS, Almeida PL, Caldeira RM, Rezende DF. Vaginose bacteriana: frequência entre usuárias do serviço público e da rede privada de saúde. *HU Revista*; 2009, 35:97-104.
7. Teixeira, GS. Microbiota vaginal de mulheres com e sem vaginose bacteriana, com ênfase em *Gardnerella vaginalis* e *Lactobacillus* spp. 2010. 178 f. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas – Microbiologia) - Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2010.
8. Ferreira, CST, Donders, GG, Parada, CMGL, Tristão, AR, Fernandes, TF, Silva, MG, Marconi, C. Treatment failure of bacterial vaginosis is not associated with higher loads of *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis*. *J Med Microbiol*; 2017, 66:1217-1224.
9. Silveira ACO, Souza HAPHM, Albini CA. A *Gardnerella vaginalis* e as infecções do trato urinário. *J Bras Patol Med Lab*; 2010, 46:295-300.
10. Francisco, W. *Gardnerella vaginalis* no trato genito-urinário em São Paulo, capital: aspectos epidemiológicos e de diagnóstico laboratorial. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas – Microbiologia) – Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1990.
11. Pleckaityte, M, Janulaitiene, M, Lasickiene, R, Zvirbliene, A. Genetic and biochemical diversity of *Gardnerella vaginalis* strains isolated from women with bacterial vaginosis. *FEMS Immunol Med Microbiol*; 2012, 65:69-77.
12. Knupp de Souza DM, Diniz CG, Castellano Filho DS, Andrade de Oliveira LM, Coelho DM, Talha de Souza L, do Nascimento TC, Ferreira-Machado AB, Silva VL. Antimicrobial susceptibility and vaginolysin in *Gardnerella vaginalis* from healthy and bacterial vaginosis diagnosed women. *J Infect Dev Ctries*; 2016, 10:913–919.
13. Hay P. Bacterial vaginosis. *F1000 Research*; 2017. doi: 10.12688/f1000research.11417.1
14. Ribeiro AA, Oliveira D, Sampaio MCN, Carneiro M, Tavares S, Souza N, et al. Agentes microbiológicos em exames citopatológicos: estudo de prevalência. *Rev Bras Anal Clin*; 2007, 39:179-181.

15. Tanaka VA, Fagundes LG, Catapan A, Gottlieb SLD, Belda-Junior W, Arnone M, et al. Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP. *An Bras Dermatol*; 2007, 82:41-46.
16. Koumans, EH, Kendrick, JS. Preventing adverse sequelae of bacterial vaginosis. *Sex Transm Diseases*; 2001, 28:292-297.
17. Simões JA, Discacciati MG, Brolazo E, Portugal PM, Paupério RP, Aroutcheva A, et al. Fatores comportamentais e características da microbiota vaginal envolvidos na gênese da vaginose bacteriana em profissionais do sexo e não-profissionais do sexo. *DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm*; 2006,18:108-112.
18. Linhares IM, Giraldo PC, Baracat EC. New findings about vaginal bacterial flora. *Rev Assoc Med Bras*; 2010, 56:370-374.
19. Gomes PD, Zimmermann JB, Oliveira LMBd, Leal KA, Gomes ND, Goulart SM, et al. Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde. *Ciências Saúde Coletiva*; 2011,16:2453-60.
20. Fethers KA, Fairley CK, Morton A, Hocking JS, Hopkins C, Kennedy LJ, et al. Early sexual experiences and risk factors for bacterial vaginosis. *J Infect Dis*; 2009, 200:1662-70.
21. Vodstrcil, LA, Walker, SM, Hocking, JS, Law, M, Forcey, DS, Fehler, G, Bilardi, JE, Chen, MY, Fethers, KA, Fairley, CK, Bradshaw, CS. Incident bacterial vaginosis (BV) in women who have sex with women is associated with behaviors that suggest sexual transmission of BV. *Clin Infect Dis*; 2015, 60: 1042-1053.
22. Giraldo, PC, Amaral, RLG, Gonçalves, AK, Vicentini, R, Martins, CH, Giraldo, H, Fachini, AM. Influence of frequency of vaginal intercourse and the use of douching on vaginal microbiota. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 2005, 27:257-262.
23. Anton G, Rid J, Mylonas I, Friese K, Weissenbacher ER. Evidence of a TH1-shift of local vaginal inflammatory response during bacterial vaginosis. *Infection*; 2008, 36:147-152.
24. Suehiro TT, Malaguti N, Damke E, et al. Association of human papillomavirus and bacterial vaginosis with increased risk of high-grade squamous intraepithelial cervical lesions. *Int J Gynecol Cancer*; 2019, 29:242-249.
25. Koneman EW, Winn-Junior W, Allen SD, Janda WM. *Diagnóstico Microbiológico: texto e atlas colorido*. 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
26. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen K, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*; 1983, 74:14-22.
27. Nai GA, Mello ALP, Ferreira AD, Barbosa RL. Frequência de *Gardnerella vaginalis* em esfregaços vaginais de pacientes histerectomizadas. *Rev Assoc Med Bras*; 2007, 53:162-165.
28. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*; 1991, 29:297-301.
29. Backer E, Verhelst R, Verstraelen H, Alqumber MA, Burton JP, Tagg JR, et al. Quantitative determination by real-time PCR of four vaginal *Lactobacillus* species,

Gardnerella vaginalis and *Atopobium vaginae* indicates an inverse relationship between *L. gasseri* and *L. iners*. BMC Microbiology; 2007, 7:115.

30. Turovskiy Y, Sutyak-Noll K, Chikindas ML. The aetiology of bacterial vaginosis. J Appl Microbiol; 2011,110:1105-1128.

31. Vespero EC, Azevedo EMM, Pelisson M, Perugini MRE. Correlação entre critérios clínicos e critérios laboratoriais no diagnóstico de vaginose bacteriana. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde; 1999, 20:57-66.

32. Mastrobattista JM, Bishop KD, Newton ER. Wet smear compared with Gram stain diagnosis of bacterial vaginosis in asymptomatic pregnant women. Obstet Gynecol; 2000, 96:504-506.

33. Eriksson K, Forsum U, Bjørnerem A, Platz-Christensen JJ, Larsson PG. Validation of the use of Pap-stained vaginal smears for diagnosis of bacterial vaginosis. Apmis; 2007, 115:809-813.

34. Oliveira, LMA, Diniz, CG, Fernandes, AAS, Souza-Sotte, DMK, Freitas, MCR, Machado, ABF, Silva, VL. Assessment of vaginal microbiota in Brazilian women with and without bacterial vaginosis and comparison with Nugent score. J Infect Dev Ctries, 2018; 12: 127-136.

CAPÍTULO 02

METÁSTASE CEREBRAL: CUIDADOS BIOÉTICOS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A SEREM REALIZADOS

Cristiane Larissa Teixeira de Souza

Bacharel em Enfermagem – ESMAC – Escola Superior Madre Celeste.
E-mail: a_larigr@hotmail.com

Nadia Pinheiro da Costa

Prof. Msc. Doutoranda em Enfermagem – UFSC, Mestra em Enfermagem – UFPA.
E-mail: enfnadya@gmail.com

Micheli Souza de Oliveira

Prof. Msc. Especialista em Neonatologia, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da ESMAC – Escola Superior Madre Celeste.
E-mail: enfa.michelioliveira@gmail.com

Resumo: As metástases cerebrais (MC) são os mais frequentes tumores intracranianos em adultos. Estima-se que 9% a 17% de todos os pacientes diagnosticados com um câncer primário venham a desenvolver um câncer secundário no cérebro. Alguns podem sofrer intervenção cirúrgica e outros como nos casos de metástase cerebral o cuidado bioético. Presente estudo tem como objetivo descrever o tratamento bioéticos e assistência de enfermagem a serem realizados em pacientes com metástase cerebral. A pesquisa é uma revisão bibliográfica, para obtenção de informações sobre metástase cerebral e os tratamentos e cuidados bioéticos de enfermagem a serem realizados. Com o prolongamento da vida, há o reconhecimento de que, mesmo não havendo cura, há possibilidade de atendimento, com ênfase nos cuidados que propicie qualidade de vida do paciente, tanto em domicílio, quanto na uti. A assistência de enfermagem é de suma importância tanto para o paciente que precisam de todos os cuidados necessários, quanto para aos familiares com orientações de como agir principalmente em situações de emergência com o seu paciente.

Palavras-chave: Metástase cerebral; Cuidados bioéticos; Neoplasias.

Abstract: Brain metastases (MC) are the most frequent intracranial tumors in adults. It is estimated that 9% to 17% of all patients diagnosed with primary cancer will develop secondary brain cancer. Some may undergo surgical intervention and others as in cases of brain metastasis the bioethical care. This study aims to describe the bioethical treatment and nursing care to be performed in patients with brain metastasis. The research is a bibliographic review, to obtain information about brain metastasis and the bioethical nursing treatments and care to be performed. With the prolongation of life, there is the recognition that, even if there is no cure, there is the possibility of care, with emphasis on care that provides quality of life for the patient, both at home and in the uti. Nursing care is of paramount importance both for the patient who needs all the necessary care and for family members with guidance on how to act especially in emergency situations with their patient.

Keywords: Brain metastasis; Bioethical care; Neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas. Estima-se para o Brasil, que nos anos 2018-2019, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, para cada ano (BRASIL, 2018).

A crescente demanda nos casos de câncer e a preocupação com a qualidade de vida na terapêutica paliativa tornam-se um cenário desafiador para os profissionais que atuam com os pacientes com câncer avançado (VISENTI, 2016).

O câncer avançado é aquele que não pode ser curado, mas pode ser tratado e acompanhado, isso evita a sua rápida disseminação, reduz o tamanho do tumor, retarda o crescimento, alivia os sintomas ou ajuda a pessoa a viver mais tempo (LENHANI, 2015).

Contudo, o aumento na sobrevida tem algumas consequências, como por exemplo, os fatos das complicações metastáticas serem cada vez mais frequentes. O tumor metastático é aquele que se espalha a partir do lugar onde se iniciou para outro local do corpo. O tumor metastático tem o mesmo tipo de células cancerígenas do tumor primário onde se originou (SANTOS et al., 2001).

A maior parte das mortes relacionadas ao câncer está associada às metástases, as quais são responsáveis por, aproximadamente 90% dos óbitos. Quando o câncer se torna metastático, entende-se que a pessoa acometida não mais se beneficiará dos tratamentos modificadores da doença como cirurgias, quimioterapias e radioterapias, cujo objetivo é exclusivamente a cura, estando essas pessoas fora da possibilidade terapêutica de cura (VISENTI, 2016).

As metástases cerebrais (MC) são os mais frequentes tumores intracranianos em adultos (BISPO et al., 2013). Elas ocorrem em 10% a 20% dos pacientes adultos com câncer e são dez vezes mais comuns que os tumores cerebrais primários os que se iniciam no cérebro (FERRELI et al., 2018).

Nos casos de metástases intracranianas ainda são consideradas a complicação neurológica mais frequentes e temível, pois são responsáveis por sintomas incapacitantes ou por morte precoce (SANTOS et al., 2001).

O diagnóstico de metástase cerebral deve ser suspeitado em todo paciente com

diagnóstico prévio de neoplasia, que passe a apresentar tais sintomas e que tenha o câncer como hereditariedade (FRANCO et al., 2015).

A incidência de metástases cerebrais vem aumentando, tanto por conta do melhor diagnóstico de pequenas lesões detectadas na ressonância magnética (RM), quanto pela melhor abordagem da doença sistêmica extracerebral (BISPO et al., 2013).

Clinicamente, a MC manifesta-se como sintomas neurológicos relacionados com a área cerebral acometida. Geralmente causa grande efeito de massa e aumento de pressão intracraniana, cursando com cefaleia, náuseas e vômitos, papiledema, convulsões e alterações neurológicas focais (FRANCO et al., 2015). A incidência de MC vem aumentando tanto por conta do melhor diagnóstico (BISPO et al., 2013).

O tempo e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos têm aumentado sensivelmente com os tratamentos atuais, como: hormonioterapia, terapia alvo, imunoterapia, medicina personalizada, transplante de medula óssea e os cuidados multiprofissionais devem ser disponibilizados. Sendo assim os cuidados de enfermagem e os possíveis tratamentos serão discutidos com mais ênfase no decorrer desse trabalho (SANTOS et al., 2001).

Porém, a confirmação diagnóstica de MC implica em alterações do objetivo de tratamento, pois trata-se de condições irreversível, tornando o tratamento paliativo (FRANCO et al. 2015). Isso implica torna para os profissionais desafios e cautelas no cuidado ao paciente de MC, em especial para a enfermagem, ganhando, portanto, destaque nas suas ações de atenção e cuidado (VISENTI, 2016).

Com a situação de MC o paciente necessita de um suporte terapêutico nos períodos de maior risco ou gravidade, onde pode encontra nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (VALLE; GARCIA, 2018).

A partir da identificação do agravamento do quadro do paciente, representado por sinais de alterações no sensório e outros sinais decorrentes de disfunções orgânicas, o enfermeiro deve atuar em conjunto com o médico e com os demais membros da equipe de enfermagem a fim de reverter ou amenizar o quadro de gravidade do paciente, nesses casos, o enfermeiro aplica o tratamento em busca de trazer alívio para paciente, buscando reduzir o sofrimento (MELO et al., 2016).

Inicialmente, as metástases cerebrais merecem tratamento sintomático farmacológico com corticosteroides a fim de diminuir o edema peritumoral.

Anticonvulsivantes não são empregados compulsoriamente, mesmo que a lesão se encontre em área epileptogênica (FRANCO et al., 2015).

O objetivo deste estudo é de descrever o tratamento bioético e assistência de enfermagem a serem realizados em pacientes com metástase cerebral, identificar os sinais e os sintomas de MC e suas complicações.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que busca obter informações sobre metástase cerebral e os tratamentos e cuidados bioéticos de enfermagem a serem realizados.

Para elaboração desta pesquisa bibliográfica será realizada uma seleção de artigos completos escritos em língua portuguesa, encontrarem disponíveis integralmente nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Publicados no período de 2001 a 2018. Serão utilizadas as seguintes palavras-chave: metástase cerebral; cuidados bioéticos; neoplasias.

A coleta de dados será feita através da pesquisa com a junção dos descritores nas bases de dados e a partir da leitura completa dos documentos selecionados.

Devido ao envolvimento de pesquisa bibliográfica em parte da pesquisa, considerou-se a Lei 9610 de 1998 que regula e protege as propriedades intelectuais imbuídas nas pesquisas científicas elaboradas. O estudo será realizado conforme as normas éticas e legais, já que a pesquisa proposta envolve somente a manipulação de dados secundários e não precisara ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Esta pesquisa poderá trazer à comunidade em geral, principalmente aos estudantes e profissionais da enfermagem, a compreensão acerca de metástase cerebral e os cuidados bioéticos e assistência de enfermagem a serem realizados e busca-se contribuir para melhorias nos protocolos de atendimento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Cada paciente e cada tipo de tumor tem uma indicação de tratamento diferente, alguns hipofisários podem ser tratados apenas com medicação, outros devem seguir

apenas tratamento radio e quimioterapia. Estima-se que 9% a 17% de todos os pacientes diagnosticados com um câncer primário venham a desenvolver um câncer secundário no cérebro. Alguns podem sofrer intervenção cirúrgica e outros como nos casos de metástase cerebral o cuidado bioético (PORTAL, 2017)

Estima-se que, por ano, aproximadamente 170.00 pacientes com câncer desenvolverão MC. Entre as metástases cerebrais, os tipos mais frequentes encontrados são carcinoma pulmonar 39%, carcinoma de mama 17% e melanoma 11%. Entretanto, dentre os três, o melanoma é o tumor com maior propensão a metástase (SHAW et al., 2017).

Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento bioético se torna prioritário para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade ao paciente. As ações do enfermeiro compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independente do objetivo, curativo de reabilitação ou bioético, o enfermeiro desenvolve ações de diferentes abrangências nos cuidados tanto quando o paciente encontra-se internado ou em domínio, neste ambiente ele traça o plano de cuidados, orienta o uso das medicações, de acordo com a prescrição médica, entre outros serviços (BRASIL, 2018).

No Brasil, apesar de possuir a Política de Atenção Oncológica de 2005, não há uma política pública específica de cuidado bioéticos (CB) os serviços de CB ainda são escassos (LENHANI, 2015).

A elevada mortalidade está relacionada com o diagnóstico tardio da doença e atrasos no início do tratamento. No processo de tratamento e reabilitação várias limitações apresentadas estão relacionadas à progressão da doença e até mesmo ao tratamento. No entanto, estas devem ser minimizadas as capacidades funcionais dos indivíduos (SILVA, 2018). Os sinais clínicos da metástase cerebral são variáveis, crise convulsivas em paciente. Previamente hígido é encontrada em 20% dos pacientes (BISPO et al., 2013).

Os avanços nos cuidados dos pacientes com metástase cerebral, possibilitaram maior probabilidade de controle e cura da doença. Entretanto, os tratamentos mais agressivos implicam diretamente na maior utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) (HERCOS et al., 2014).

A metástase cerebral exige dos profissionais que atuam com pacientes portadores dessa patologia em manejo em um planejamento direcionado para necessidades advindas da própria doença ou dos tratamentos utilizados. Diante dessa

realidade, o enfermeiro parte da equipe multiprofissional, deve atentar-se para o seu processo de trabalho, de maneira que suas ações correspondem as necessidades do paciente, da família e das particularidades dessa doença (VISENTIN, 2016).

As metástases cerebrais não são mais consideradas uma entidade única entre os pacientes, mas sim um sítio especial de doença metastática. Atualmente, o tratamento é individualizado, e sua escolha é muito dependente de fatores clínicos pré-tratamento, prognóstico e preferencias do paciente. A terapia para metástase cerebral inclui tratamentos específicos (quimioterapia e agentes biológicos, radioterapia, e terapia cirúrgica) e tratamento de suporte, com gliocorticoides, drogas antiepilépticas e anticoagulantes para auxiliar na redução de sintomas (FERRELI et al., 2018).

O enfermeiro participa nos diferentes cenários assistências desde os cuidados primários ate as práticas mais avançadas, sejam elas curativas ou para alívio da multidimensionalidade de sintomas que refletem negativamente na qualidade de vida de pacientes e familiares (SILVA, 2018).

Cada paciente requer uma abordagem diferenciada, exigindo do enfermeiro a habilidade para identificar quais são as necessidades demandadas em cada situação. Em complemento com a afirmação acima, reitera-se que o cuidado na terapêutica paliativa ao paciente adulto trás muito desafios. Esses pacientes considerados em fase de vitalidade, que passam a requerer do enfermeiro um esforço maior na atuação direta com ele e com a família, ambos inseridos em um contexto social que demanda atenção em saúde (VISENTIN, 2016).

Portanto, o enfermeiro deverá conhecer o contexto que estes pacientes e familiares vivem, bem como as estratégias de enfrentamento da doença. Os domínios físicos e funcionais quando comprometidos refletem negativamente na qualidade de vida, dada sua importância; na atuação do enfermeiro, faz-se necessário identificar as alterações para propor intervenções junto á equipe assistencial e familiares, uma vez que o paciente com tais alterações poderão estar internado ou em tratamento ambulatorial (SILVA, 2018).

4. CONCLUSÃO

O estudo mostrou as consequências do câncer avançado resultando em metástase cerebral, necessitando dos cuidados bioéticos e a importância da assistência de enfermagem para tratamento dos pacientes com MC.

O enfermeiro conhecer os sinais e os sintomas da MC, pode ajudar o paciente a diminuir o sofrimento e até mesmo descobrir o diagnóstico da metástase cerebral e de outras doenças decorrentes da mesma.

A assistência de enfermagem é de suma importância tanto para o paciente que precisam de todos os cuidados necessários, quanto para aos familiares com orientações de como agir principalmente em situações de emergência com o seu paciente.

A conduta de enfermagem pode mudar os rumos do tratamento e dependendo do avanço da doença até o prolongamento da vida deste paciente, desde o primeiro acolhimento em urgências, até durante uma internação e reconhecer as alterações clínicas que o paciente desenvolva.

Vale lembrar que os cuidados bioéticos ao paciente com metástase cerebral não levam somente em preparar o paciente para morte, mas sim em trazer conforto e dignidade ao mesmo. Observou-se que ainda há muito a se melhorar na assistência de enfermagem ao paciente acometido com MC, porém o profissional de enfermagem é o que passa mais tempo na assistência destes pacientes por isso a importância lhe proporciona uma melhor assistência em destaque na equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

BISPO, I. G. A. NASCIMENTO, D. T.; FERREIRA, K. O.; FAKHOURI, R.; GODINHO, A. S.; FERRÃO, T. O. **Metástase cerebral como apresentação inicial de adenocarcinoma papilífero de pulmão: relato de caso.** Radiol. Bras. V. 46 n. 5. Ano 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro. 2018.

FERRELI, R. S.; KUHNEN, F. Q.; DAL-TOÉ, K. S.; ALTHOFFL, J. L. **Perfil clínico dos pacientes submetidos à radiocirurgia este reotóxica como tratamento de metástase cerebral.** Arq. Catarin. Med. V. 42 N2. Ano 2018.

FRANCO, R. C. O.; OLIVEIRA, P. M.; SOARES, C. M.; TAKASHIMA, M. V. **Radioterapia no tratamento das metástases cerebrais.** Arq. Bras. Neurocir. V. 34 Ano 2015.

HERCOS, T. M.; VIEIRA, F. S.; OLIVEIRA, M. S.; BUETTO, L. S.; SHIMURA, C. M. N.; SONOBE, H. M.; **O trabalho dos profissionais de enfermagem em uti na assistência ao paciente oncológico.** Rev. Bras. de Cancerologia. V. 60 N. 1. Ano 2014.

LENHANI, B. E. **Qualidade de morte em cuidados paliativos oncológicos: estudo de casos múltiplos.** Dissertação (pós-graduação) em enfermagem – Universidade federal do Paraná. Curitiba, 2015.

MELO, E. M. OLIVEIRA, T. M. N.; MARQUES, A. M.; FERREIRA, A. M. M.; SILVEIRA, F. M. M.; LIRA, V. F. **Caraterização dos pacientes em uso de drogas vasoativas internados e unidades de terapia intensiva.** Rev. online de pesquisa. V.8 N2. Ano 2016.

SANTOS, A. J.; FRANCO, C. M. R.; BORGES, L. R. R.; MAREIROS, S. M. F.; GABBAI, A. A.; **Metástases cerebrais.** Rev. Neuciências. V. 9 N.1. Ano 2001.

SHAW, E. G.; GASPAR, L. E.; GIBBS, F. A.; LEWIN, A. A.; WHARAM JR, M. D.; LARSON, D.; BLOOMER, W. D.; BUCKEY, J. A.; LOEFFLER, J. S.; MALCOLM, A. W.; GUTIN, W. M.; ROGERS, L.; LEIBEL, S. **Metástases cerebrais múltiplas.** Colégio Brasileiro de Radiologia. Critérios de adequação do ACR. ANO 2017.

SILVA, L. S. **Qualidade de vida de pacientes com câncer avançado na terapêutica paliativo.** Dissertação (mestrado). Setor de ciências da saúde. Universidade Fed. do Paraná. Curitiba. 2018.

VALLE, T. D.; Garcia, P. C. **Critérios de admissão do paciente oncológico em unidades de terapia intensiva gerais.** Rev. Ciênc. Méd. V. 27 N. 2. Ano 2018.

VISENTIN, A. **Avaliação da qualidade de vida e sobrevida de pacientes com câncer avançado na terapêutica paliativa.** Dissertação (Doutorado) – Universidade federal do Paraná. Curitiba, 2016.

CAPÍTULO 03

ANGIOMIOMA EM CAVIDADE ORAL – DIAGNÓSTICO E FORMA DE TRATAMENTO

Richard Presley Silva Lima Brasil

Cirurgião-Dentista pela Universidade de Brasília; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital de Urgências de Goiânia
E-mail: richardpsl@gmail.com

André Luís Vieira Cortez

Professor Adjunto da Universidade de Brasília; Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UnB-DF
E-mail: andrecortez@hotmail.com

Mateus Veppo dos Santos

Cirurgião-Dentista pela Universidade de Brasília; Especialista em implantodontia; Mestre em Ciências da Saúde
E-mail: mveppo@gmail.com

Resumo: Angiomioma é um tumor benigno de crescimento extremamente raro em cavidade oral, ocorrendo por volta de 0,8%. A grande maioria dos casos é assintomática, pode acometer qualquer idade, mas é mais frequente em pacientes na quinta e sexta décadas de vida, sendo mais prevalente no sexo masculino, havendo relatos de localização intraóssea. O prognóstico após remoção cirúrgica é bom sem histórico de recidivas. O objetivo do artigo é relatar um caso de angiomioma em cavidade oral, que acometeu um paciente de 85 anos, discutindo as possibilidades de diagnóstico e forma de tratamento.

Palavras-chave: Angiomioma; Cavidade Oral; Boca; Neoplasia benigna.

Abstract: Angiomyoma is a benign tumor extremely rare in the oral cavity, existing in 0.8% of all cases of benign oral tumors. The vast majority of cases are asymptomatic, can involve patients in any age, but are more frequent in patients in the fifth and sixth decades of life, and occur more in the male, with reports of intraosseous location. The prognosis after surgical removal is good without relapse historical data. The objective of this article is to report a case of angiomyoma in the oral cavity, which affected an 85 year old patient, discussing the possibilities of diagnose and surgical treatment plan.

Keywords: Angiomyoma; Oral Cavity; Mouth; Benign Neoplasm.

1. INTRODUÇÃO

O angiomioma é um tumor benigno, originado da proliferação da musculatura lisa de qualquer região do corpo, inclusive do endotélio de vasos sanguíneos^{1,2,3}. Na cavidade oral é extremamente raro devido à ausência de musculatura lisa, exceto nas paredes dos vasos sanguíneos e papilas circunvaladas da língua, com aparecimento em apenas 0,8% de todos os tumores benignos orais^{4,5,6}. A localização mais frequente, em ordem crescente de frequência, é: mucosa jugal, língua, palato e lábio^{7,8}.

A classificação do angiomioma já foi mais confusa e, apesar de não ser algo bem definido, hoje a maioria dos pesquisadores acredita que ele representa um hamartoma, enquanto que o leiomioma representa uma verdadeira neoplasia. Mas há outros pesquisadores que ainda consideram o angiomioma um tipo de leiomioma^{5,6,9}.

O primeiro caso de angiomioma na boca é descrito em 1884 e até hoje já são publicados pouco mais de 140 casos^{1,10}. A grande maioria dos casos é assintomática, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais frequente em pacientes na quinta e sexta décadas de vida e ocorre mais no sexo masculino, havendo relatos de localização intra-óssea^{10,11,12,13}. Microscopicamente pode-se observar nódulos bem delimitados, com vasos de paredes espessas e lúmen evidente¹.

O presente artigo tem por objetivo relatar um caso de um paciente acometido por angiomioma em mucosa jugal. Por sua raridade, justificamos a importância de sua publicação.

2. RELATO DE CASO

Paciente melanoderma, masculino, 85 anos, hipertenso controlado, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Brasília, com queixa de “aumento de tamanho” em seu lado esquerdo (Figura 1). Ao exame clínico constatou-se o aumento de volume nodular, móvel e sem nenhuma sintomatologia. A superfície epitelial da pele tinha aparência e coloração normais, mas na mucosa foi observada uma pequena alteração da cor normal, de tonalidade azulada, com pequenos pontos hemorrágicos (Figura 2). O paciente relatou ainda um crescimento lento, com mais de 3 anos de evolução.

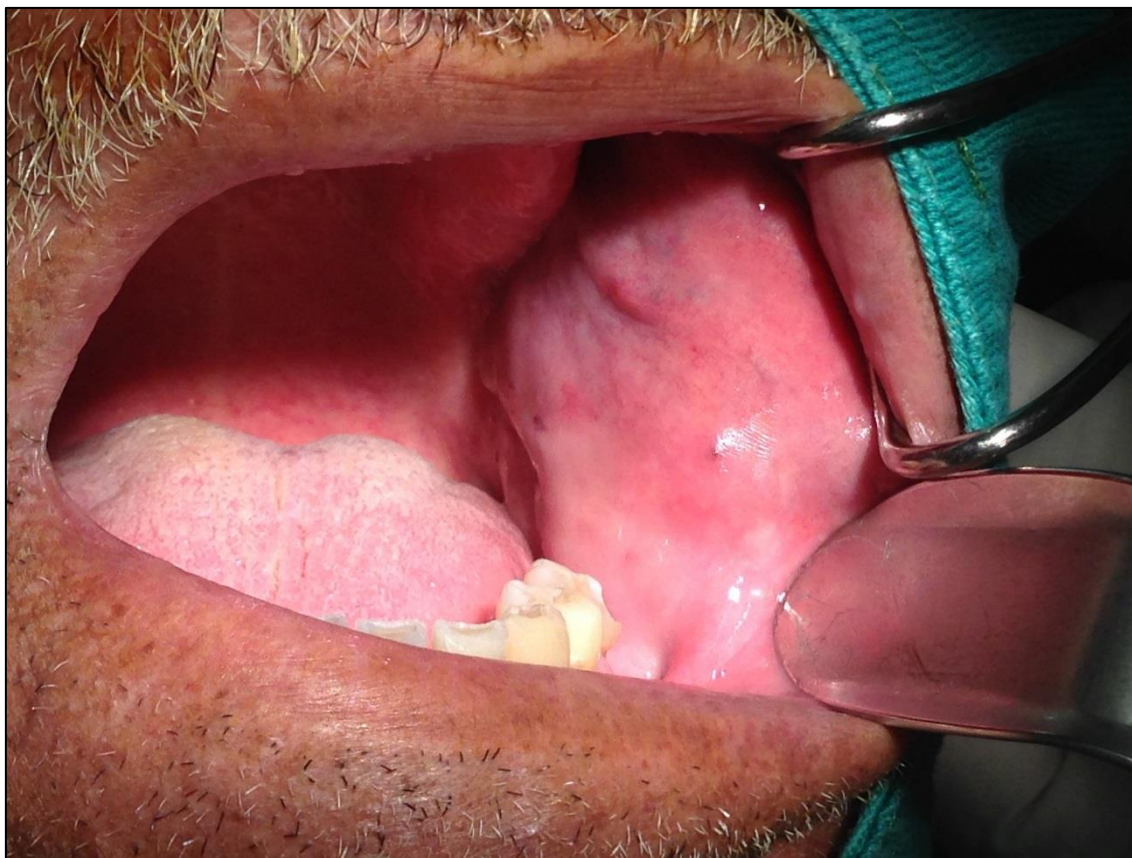
Mediante os achados clínicos, a hipótese recaiu sobre lesão de origem vascular ou de adipócitos.

Figura 1: Aumento de volume em lado esquerdo da bochecha



Fonte: Os autores

Figura 2: Aspecto intra-oral. Notar discreta alteração de cor na mucosa jugal

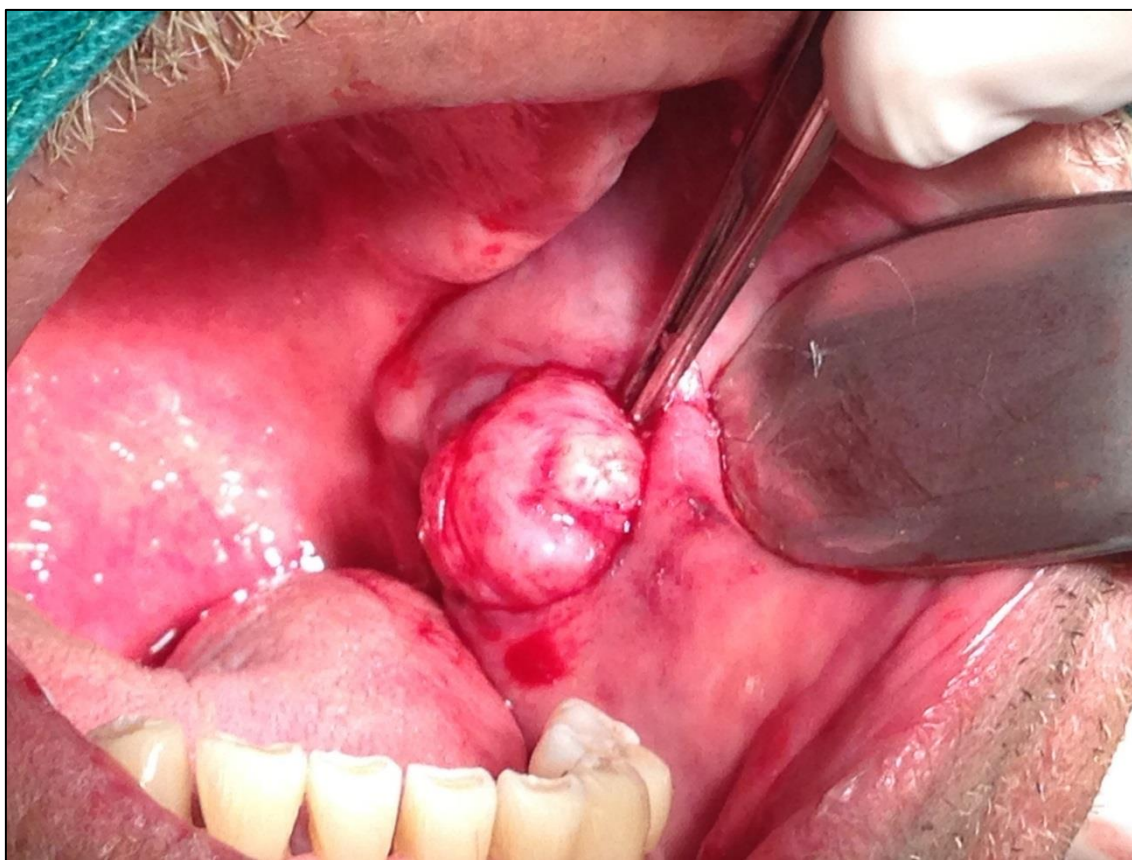


Fonte: Os autores

Após anamnese e exame físico, optou-se pela biópsia excisional como forma de tratamento e posterior envio do espécime para exame anatomopatológico.

Para biópsia excisional, foi feita uma incisão superficial em nível de tecido epitelial e conjuntivo, abaixo do ducto de Stenon. Foi feita então a divulsão para ultrapassar os planos do tecido conjuntivo e submucoso e expor a cápsula da lesão. A lesão foi completamente removida (Figura 3) e depois foi feita uma sutura contínua com fio de seda 4-0.

Figura 3: Divulsão tecidual com exposição da lesão



Fonte: Os autores

No sétimo dia de pós-operatório a sutura foi removida e foi observado adequado processo de reparo tecidual no local da ferida. Com 6 meses de acompanhamento, não houve relato de recidiva. O paciente continua em acompanhamento até o presente momento.

Em análise macroscópica, foi observada lesão nodular firme-elástica e brancacenta, de limites precisos e superfície lisa, medindo 1,6x0,2cm. Ao exame microscópico, nos cortes histológicos, notou-se neoplasia constituída por componente fusocelular de padrão muscular liso, associado a importante componente vascular. O componente vascular exibiu padrão lobular com vasos mal-formados e espessura da parede irregular, com projeções para luz. Concluiu-se então, em laudo, tratar-se de angiomioma.

3. DISCUSSÃO

Apesar de ser uma lesão rara na cavidade oral, o angiomioma é benigno e seu tratamento é estável e seguro com prognóstico favorável e ausência de relatos de recidiva na literatura^{14,15}. A maior frequência de ocorrência está relatada no útero, na pele e no trato gastrointestinal^{16,17}, com mesmo tipo de tratamento e o mesmo prognóstico.

O caso aqui relatado corroborou a literatura nos seguintes pontos: maior frequência em pacientes masculinos; assintomático; localização mais frequente em mucosa jugal, quando envolvendo a cavidade oral; ausência de recidiva; nódulos bem definidos. Porém, em relação a idade, este caso apresentou a ocorrência em uma faixa etária maior que a descrita na literatura, podendo ser consequência do crescimento lento da lesão e do diagnóstico só ter ocorrido após o paciente notar e se incomodar com o aumento volumétrico.

O diagnóstico diferencial da lesão se dá com uma infinidade de lesões benignas de tecido mole. O diagnóstico clínico é difícil, sendo concluído após laudo histopatológico. As principais lesões que fazem o diagnóstico diferencial, apresentando características semelhantes são o lipoma (diferencia-se pela alta presença de células adiposas), angiofibroma (diferencia-se pela alta presença de tecido conjuntivo denso e vascular), fibromioma (diferencia-se pela presença de tecido conjuntivo denso), leiomioblastoma (diferencia-se pela presença de células poligonais), angiomiolipoma (pela presença de células adiposas), leiomiossarcoma vascular (pela presença de campos de mitose)^{16,18}.

O tratamento normalmente escolhido é a remoção completa da lesão, que já é consagrado na literatura, por ser uma lesão de tecido mole benigna, encapsulada, normalmente de proporções pequenas que não oferecem grandes riscos cirúrgicos ao paciente. A escolha do tratamento recai também sobre as dimensões da lesão e estruturas envolvidas. No caso apresentado não houve envolvimento de estruturas anatômicas importantes e estava bem delimitada, facilitando assim a biópsia excisional, sendo então o tratamento de escolha.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura e no caso apresentado, podemos afirmar que o

angiomioma é um tumor benigno que não oferece riscos ao paciente, a não ser em casos de tamanhos maiores envolvendo estruturas importantes, casos esses extremamente raros. Seu tratamento não requer mutilações, sendo a excisão cirúrgica sem margens de segurança, a opção mais indicada.

REFERÊNCIAS

- 1- SILVEIRA, V.A.S. et. al.. Leiomioma vascular bucal: relato de dois casos - revisão da literatura e estudo imuno-histoquímico. Bras Patol Med Lab. V.43, n.3, p. 211-217, junho 2007.
- 2- ENZINGER, F.M; WEISS, S.W. Angiomyoma in soft tissue tumours. Mosby, 1995. P.469-70.
- 3- DAMM, D.D.; NEVILLE, B.W. Oral leiomyomas. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol, v. 47, n.4, p. 343-7, 1979.
- 4- Rocha DAP, Oliveira LMM, Souza LB. Neoplasias benignas da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2006 jan-abr; 18(1)53-60.
- 5- Kayatt FE, Lacoski MK, Garcia Jr IR. Angiomioma na cavidade bucal: relato de caso. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(34):470- 3.
- 6- Shafer, W. G. Tratado de patologia bucal. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
- 7- Lloria Benet M, Bagan J, Miguel E Morant A, Alonso S. Leiomioma oral: a propósito de un caso clínico. Med Oral 2003; 8:215-9.
- 8- Kotler H, Gould N, Gruber B. Leiomyoma of the tongue presenting as congenital airway obstruction. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1994; 29:139-145.
- 9- WEISS, S.W. Histological typing of soft tissue tumours. London: WHO Springer-Verlag, 1994.
- 10- WERTHEIMER-HATCH, L. et al. Tumors of the oral cavity and pharynx. World J Surg, v. 24, p. 395-400, 2000.
- 11- CHERRICK, H.M.; DUNLAP, C.L.; KING, O.H. Leiomyomas of the oral cavity. Oral Surg, v. 35, n. 1, p. 54-66, 1973.
- 12- EPIVATIANOS, A.; TRIGONIDIS, G.; PAPANAYOTOU, P. Vascular leiomyoma of the oral cavity. J Oral Maxillofac Surg, v. 43, n. 5, p. 377-82, 1985.
- 13- LIANG, H. et al. Intraosseous oral leiomyoma: systematic review and report of one case. Dentomaxillofac Radiol, v. 32, n. 5, p. 285-90, 2003.
- 14- Bloom DC, Finley JC Jr, Broberg TG, Cueva RA. Leiomyoma of the nasal septum. Rhinology 2001 Dec; 39(4):233-5.
- 15- Nall AV, Stringer SP, Baughman RA. Vascular leiomyoma of the superior turbinate: first reported case. Head Neck 1997; 19(1):63-7.
- 16- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Barueri: Elsevier; 2000.
- 17- Srinath VS, Meher R, Sabherwal A, Sharma N. Angiomyoma of soft palate - a case report. Ind J Surg. 2004; 66:293-4.

18- Shetty SC, Kini U, D'Cruz MN, Hasan S. Angioleiomyoma in the tonsil: an uncommon tumour in a rare site. J Oral Maxillofac Surg 2002; 40(2):169-71.

CAPÍTULO 04

O CUIDADO COM O FEMININO NAS RUAS: O GÊNERO COMO DETERMINANTE DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NO ACESSO À SAÚDE

Raíne Nazareth da Silva Carvalho

Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

E-mail: rainenazareth@hotmail.com

Roberto José Leal

Instituto de Atenção à Saúde Francisco de Assis – HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

E-mail: rjleal@globo.com

Resumo: O presente artigo aborda o acesso à saúde pelas mulheres em situação de rua percorrendo o debate sobre o conceito de gênero como meio de analisar as diferenças na relação de mulheres com os serviços de saúde e dos marcos jurídicos referentes à reafirmação do direito à saúde para pessoas em situação de rua. Aborda também, a interdisciplinaridade das ciências sociais na relação com o tema. Trata-se de um estudo exploratório, cujo a metodologia consistiu na realização de pesquisa bibliográfica a partir de livros e artigos acadêmicos e legislação relativa à população em situação de rua.

Palavras-chave: Mulheres em situação de rua; Gênero; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract: This article is about access to health by homeless women through the debate on the concept of gender as a means of analyzing the differences in the relationship between women and health services and the legal frameworks related to the reaffirmation of the right to health care for homeless people. It also addresses the interdisciplinarity of social sciences in relation to the theme. This is an exploratory study, whose methodology consisted of conducting a bibliographical research based on academic books and articles and legislation related to the homeless population.

Keywords: Homeless Women; Gender; Access to health services.

1. INTRODUÇÃO

Os temas relacionados à população em situação de rua se apresentam cada vez mais explícitos dentro e fora do ambiente acadêmico. Com seu perceptível crescimento nos últimos anos, a necessidade de pensar políticas e ações em resposta às demandas desse público e à insuficiência do Estado sobre elas também ganharam espaço na cena pública.

Este fenômeno, que no Brasil, assim como em outros locais no mundo, se enraizou nos cenários urbanos, expondo a pobreza e marginalização dos sujeitos não absorvidos por sua dinâmica, tem atravessado as modificações da sociedade de forma a se aprofundar.

A marca da estigmatização da situação de rua acompanha um histórico de violação dos direitos deste segmento, conquistados principalmente por meio da mobilização de setores da sociedade civil organizada. Estes passaram a se expandir a partir da Constituição Federal de 1988, entretanto, como dito anteriormente, a negação de direitos interfere em princípios fundamentais como o acesso irrestrito e universal à saúde.

De forma geral, o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde se dá de forma dificultada por fatores como a falta de moradia fixa e a grande mobilidade dessas pessoas pelos territórios. Se dá também, muitas vezes, pela conduta institucional, a qual por questões burocráticas em função do não pertencimento ao território assim como também por discriminação pelas condições do usuário que procura o serviço.

Dentro deste contexto, as mulheres, que se configuram como maiores usuárias dos serviços de saúde, ao se encontrarem em situação de rua, apresentam particularidades de gênero e demandas específicas do cuidado com a saúde feminina.

Assim como em outras esferas da sociedade, suas vidas são pautadas pelas normativas de gênero e relações de poder implicadas pelo modelo patriarcal, onde este acaba por determinar seu lugar nas relações sociais também nos espaços institucionais de saúde.

2. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A REAFIRMAÇÃO DE DIREITOS: MARCOS JURÍDICOS NO CONTEXTO DA SAÚDE

Historicamente, as políticas direcionadas à superpopulação urbana, em virtude do êxodo rural no Brasil, foram tratadas de duas maneiras pelo Estado: de forma higienista, com cunho repressivo, de caráter discriminatório e de culpabilização dos sujeitos por sua condição; por outro lado, a invisibilização por parte do poder público também se configurava como resposta, com políticas precárias ou por sua ausência (FERRO, 2012).

Os marcos jurídicos trouxeram um avanço no reconhecimento da população em situação de rua enquanto sujeitos de direito, sobretudo pelas denúncias e pautas provenientes de sua organização e participação nos movimentos sociais auto organizados. Neste sentido, vem ocorrendo uma tendência de importantes mudanças com a criação de políticas públicas específicas. Isto diz respeito, especificamente, ao enfrentamento das expressões da *questão social*, não somente das condições históricas a que foram submetidas, mas, sobretudo das atuais demandas sociais, tais como o agravamento da dependência química de álcool e outras drogas, laços familiares fragilizados ou rompidos, novas formas de desemprego e subemprego e ausência de moradia.

Os marcos jurídicos para este segmento tomaram uma maior visibilidade a partir do Decreto nº7.053 de 23 de dezembro de 2009, que define a criação de uma política específica para as demandas das pessoas em situação de rua. Entretanto, antes da Política Nacional de Inclusão para População em Situação de Rua, algumas medidas legais já apontavam para avanços na atenção deste público, porém, no âmbito da política de Assistência Social.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece como universal o acesso à saúde a todos e o dever do Estado sobre sua garantia. Apesar de os serviços do SUS se destinarem a todas as pessoas em território nacional, mesmo após 33 anos da Carta Constitucional de 1988, os anos que a seguiram mostraram que não foi o suficiente para atender as demandas da população em situação de rua, necessitando da reafirmação de seus direitos.

As vivências da população de rua envolvem diversas situações de vulnerabilidade que trazem agravos para a saúde. Diante da diversidade e características que demandam um cuidado especial, a efetivação de políticas que

dêem conta da realidade de quem vive nas ruas se apresenta como um grande desafio, necessitando do respaldo jurídico como uma das ferramentas para sua concretização.

No campo desta política, a PNIPSR foi a primeira e mais importante medida a tratar sobre as particularidades do cuidado com a saúde de pessoas em situação de rua.

Com base na Lei 8.080/90, suas diretrizes visam ações como a garantia da atenção integral à saúde com respeito às suas particularidades, determinando a atuação intersetorial em virtude da complexidade que envolve a atenção das necessidades de pessoas em situação de rua; fomento da participação do público da política nos espaços de controle social do SUS e em funções como agente comunitário de saúde; incentivo a produções sobre o tema e à capacitação de profissionais e gestores sobre as especificidades da população em situação de rua.

Com a implementação da PNISR, como determinação da PORTARIA Nº 3.305, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2009 (que teve entre seus incentivos a Moção Nº 101 da 13ª Conferência Nacional de Saúde, de apoio à inclusão de pessoas em situação de rua no SUS e a mobilização dos movimentos de pessoas em situação de rua nos espaços de controle social), ocorreu a instituição do Comitê Técnico de Saúde para População em Situação de Rua, com objetivo de propor, planejar e avaliar, de forma intersetorial, ações de promoção do acesso de pessoas em situação de rua aos serviços do SUS, minimizando as dificuldades encontradas por estas no usufruto de um direito fundamental.

Em 2011, pela aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), foram apresentadas diretrizes e normas de sua organização, delegando à Atenção Primária à Saúde o lugar de principal meio de garantia de acesso à saúde por pessoas em situação de rua.

Segundo a referida Portaria, a PNAB propõe, forma territorializada, a partir da criação do vínculo de profissionais com a população, atuar como referência de promoção à saúde por meio de ações que impactem nos condicionantes e determinantes da saúde coletiva de forma contínua com trabalho multiprofissional. Em seu conteúdo, também trata da atenção básica para populações específicas, onde se enquadra a população em situação de rua.

As equipes dos Consultórios de rua, vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atuam de forma itinerante e se articulando constantemente com outros

equipamentos da rede, como Centros de Atenção Psicossocial e equipamentos de outras políticas. Suas diretrizes de funcionamento foram estabelecidas pela Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro De 2011, reafirmando as atribuições e configurações expostas na PNAB.

Apesar de sua instituição nacional em 2011, ocorreram experiências anteriores que permitiram a avaliação sobre a necessidade de expandir este dispositivo de atenção à população em situação de rua.

A primeira equipe do Consultório de Rua iniciou seu trabalho no ano de 1999, em Salvador-BA, com a finalidade de atender crianças em situação de rua que faziam uso de substâncias psicoativas. Do ano de 1999 a 2006, foi identificada uma maior abrangência do acesso de usuários à rede e atendimento de suas demandas pelo formato multidisciplinar na composição da equipe e ajustes à forma de atuação, o que culminou na inclusão do Consultório de Rua como uma das estratégias contidas no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD (Ministério da Saúde, 2010).

Retornando aos marcos jurídicos, como forma de organizar estratégias para implementação de planos e ações do Sistema Único de Saúde para população em situação de rua, a RESOLUÇÃO Nº 5, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012 estabelece a organização dos entes federativos, a partir de eixos estratégicos pautados no fomento da participação e inclusão da população em situação de rua, da capacitação de profissionais e monitoramento e avaliação das ações formuladas. Se insere no contexto de enfrentamento às iniquidades e desigualdades do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

Assim como a resolução supracitada, em 2013, outro aparato jurídico foi criado com o mesmo objetivo. Além de abordar a promoção de ações para acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, a Resolução Nº 2, DE 27 de Fevereiro de 2013 ainda traz em seu texto a redução de riscos à saúde, advindos de atividade laboral ou das adversidades da exposição pela vida nas ruas, pensando também na melhoria dos indicadores de saúde. O direito à cidade e incentivo a produções sobre o tema também são abordados.

Apesar de um notório avanço sobre a legislação e políticas referentes aos direitos da população de rua, fica evidente também a necessidade da reafirmação de dispositivos legais criados anteriormente, pois, como expressa a realidade, a

destituição do direito à saúde de pessoas em situação de rua persiste nos ambientes institucionais.

3. O GÊNERO ENQUANTO CATEGORIA DE ABORDAGEM SOBRE RELAÇÕES SOCIAIS E DE PODER

A dinâmica das relações sociais teve, ao longo das produções sobre a história dos homens, diferentes perspectivas de análise, baseadas em classe, cultura, nacionalidade e outros aspectos que não englobavam a perspectiva de gênero, como apontam Küchemann et al. (2015).

Carloto (2015) resgata que a categoria ganha espaço nas produções científicas na contemporaneidade pelas obras de teóricas do feminismo, buscando transcender o viés biológico para uma análise da construção social do gênero, evidenciando a realidade de subalternização da mulher e, assumindo também, função de categoria de análise dos fenômenos sociais. A autora ainda identifica esta como sua maior importância.

Em acordo com Carloto (2015), Küchemann et al. (2015) ainda especificam que o conceito permitiu “estudar uma série de outros fenômenos e temáticas associados à violência, à esfera do trabalho, à condição de classe, racial e étnica, à sexualidade, dentre outros” (p.74)

Como apresenta em seus estudos, Castro (2001) observa que o conceito de gênero é abordado por diversos autores das ciências humanas e atenta aos diferentes sentidos atribuídos a ele que, pela popularização, muitas vezes é restrito ao significado de mulher ou de perspectivas feministas. Apesar disso, os que mais se sobressaem, são as interpretações sobre diversidade e sua associação às relações sociais de poder “com sistemas múltiplos de desigualdades e dominação, nos níveis simbólico e material” (p.58). É esta última que tomamos como referência.

Segundo Almeida (2011), as diferenças biológicas entre homens e mulheres são empregadas como motivo de inferiorização e discriminação do sexo feminino que, apesar das conquistas no último século, ao se contrastarem com outros fatores como etnia e classe mantém uma estrutura de desigualdade social baseada no gênero.

Ainda segundo a autora, “num sentido amplo, o gênero é entendido como uma construção social, histórica e cultural, elaborada sobre as diferenças sexuais e às relações construídas entre os dois sexos”. Portanto, as relações de poder que

permeiam as questões relacionadas ao gênero se fazem presentes na sociedade de acordo com padrões criados pelas condições de cada espaço e tempo com base em diferenças biológicas que se refletem em normas, comportamentos e símbolos (p.171).

Presentes em todos os contextos sociais, as relações de gênero influenciam também na constituição de ações voltadas à sociedade, como no caso das políticas públicas. Küchemann et al. observam que estas atuam de duas formas.

Se a perspectiva de gênero é constitutiva, está embutida nos elementos conceituais que norteiam as estratégias de implantação e gestão de um projeto ou programa de uma política pública. Pode servir tanto para a manutenção do status quo como para a mudança, dependendo de qual perspectiva de gênero se parta (p.77).

Apesar da inclusão deste conceito nos espaços de construção de políticas sociais direcionadas ao enfrentamento da desigualdade de gênero, principalmente pela estratégia da transversalidade, para uma maior inserção nas políticas, a autora ressalta que não se trata necessariamente da garantia de eliminação das disparidades entre homens e mulheres na realidade social.

4. O BINÔMIO MULHER-RUA E OS REFLEXOS DA ESTRUTURA PATRIARCAL NO COTIDIANO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Apesar de uma tendência de dicotomização dos estudos sobre gênero, é importante sinalizar sobre a diversidade que o debate engloba, de amplitude sobre as identidades de gênero. Uma questão que também influencia diretamente nas vidas e vivências de pessoas em situação de rua, como aponta Butler (2014 apud Shuck et al. 2020).

Precisamos estabelecer uma crítica da norma, uma vez que, ao conferir inteligibilidade e normatização no campo social, reconhece unicamente matrizes binárias e de imperativo heterossexual, produzindo e também promovendo a exclusão de outras permutações de gênero. A análise crítica da normatividade é um caminho que aponta para uma convergência e diálogo com a apreensão das vidas da população de rua, auxiliando na compreensão dos modos de exclusão e acirramento de suas vulnerabilidades (Shuck et al., 2020, p. 281).

Assim como as mulheres, LGBTs encontram maiores dificuldades e vulnerabilidade nas ruas em função de como se dão as relações de gênero.

Entretanto, compreendendo a extensão deste tema, o enfoque dado à pesquisa se direciona ao binômio mulher-rua e seus atravessamentos.

A partir do conceito apresentado por Brah (2006) sobre o significado de ser mulher, é possível obter a compreensão sobre como a situação de rua, atrelada ao gênero, determina uma condição social específica.

O signo “mulher” tem sua própria especificidade constituída dentro e através de configurações historicamente específicas de relações de gênero. Seu fluxo semiótico assume significados específicos em discursos de diferentes “feminilidades” onde vem a simbolizar trajetórias, circunstâncias materiais e experiências culturais históricas particulares. Diferença nesse sentido é uma diferença de condições sociais. (BRAH, 2006, p. 341).

Como citado anteriormente, as experiências de homens e mulheres que vivenciam a situação de rua ocorrem de diferentes formas e significados. Ser mulher em um espaço onde as regras formais, já permeadas por uma normatividade onde a mulher é vista como sujeito subalterno na relação de gênero, não existem ou são alteradas de acordo com a dinâmica do local, as colocam em exposição cotidiana a “uma diversidade de situações que envolvem diretamente a relação com o seu corpo, sexualidade e, em alguns casos, com o cuidado do filho” (BISCOTTO et. al, 2016, p.754)

Segundo o I Censo da População em Situação de Rua, apenas 18% das pessoas que vivem nesta condição são do sexo feminino. Porém, nos últimos anos, estudos apontam uma tendência crescente da presença de mulheres nas ruas (MORAES, 2017 e SILVA, 2009). Os fatores que as levam a utilizarem as ruas como espaço de reprodução da vida privada são dos mais diversos.

Tiene(2004), analisa a diferença sobre a quantidade de homens e mulheres em situação de rua resgatando historicamente a delegação de papéis de gênero na sociedade e seus aspectos sócio-culturais, descrevendo também como se dá a dominação masculina na dinâmica das ruas. Segundo a autora, o menor número de mulheres se justifica por uma construção sócio histórica sobre as determinações de gênero.

Pode-se explicar porque, historicamente e culturalmente, a mulher sempre desempenhou o papel de reprodutora e responsável pelos cuidados com a prole, ou seja, sempre ou quase sempre, limitada a um espaço físico e social da casa, onde procria e por isso deve viver. Submissa no ambiente doméstico, tem tratamento desigual nas relações de trabalho, o que parece se repetir também na rua que é um espaço público (TIENE, 2004, p. 19).

Este comportamento, de certa forma, também é reproduzido quando se trata do atendimento em equipamentos da rede de assistência e acesso a programas sociais, como identifica

Ou seja, há um papel social esperado da mulher, que deve ser dócil, frágil, vulnerável. Se ela atender a esses requisitos, poderá ter acesso facilitado a benefícios como Bolsa Família (que exige um perfil de obediência e submissão às condicionalidades), casas de acolhimento, organizações filantrópicas etc. Já para o homem morador de rua os benefícios ficam distantes da realidade, uma vez que o papel social esperado dele é o de trabalhador e provedor. (samira 2015).

Como outra estratégia de proteção, Tiene (2014) ainda reconhece um padrão de masculinização do comportamento das mulheres em situação de rua como uma forma de prevenção à violência, da qual são as maiores vítimas.

Em consonância com a autora supracitada, Gonçalves (2019) também observa uma relação de poder que determina a submissão dos corpos dessas mulheres aos homens e até ao Estado, sob seu controle.

As relações de poder envolvidas atingem aos corpos femininos de diferentes maneiras: seja o homem que oferece “proteção” e sustento em troca relações sexuais, sejam os abusadores menos disfarçados, que cometem estupros e violam os corpos femininos, tratando-os como de “uso público”, algo que está a seu dispor, ou até mesmo na relação com o Estado, que também é masculino, construído e dominado por homens brancos, que legislam sobre os corpos femininos e determinam quem pode ou não ser mãe, por exemplo. (p. 54).

De acordo com Rosa e Brêtas (2015 apud GONÇALVES, 2019) enquanto a ida dos homens às ruas tem um caráter de ruptura com os vínculos que os identificavam socialmente como provedores do lar e do sustento, caindo em degradação social, ainda permanecia uma tendência de desejo de retorno ao modo de vida anterior. Com as mulheres, a situação de rua é, na maioria das vezes, uma saída para fugir do ciclo de violência doméstica e descontentamentos no ambiente doméstico, o que resulta majoritariamente na vontade de permanecer longe do antigo lar ou construir um novo.

Para Machado (2016), a relação das mulheres em situação de rua com a exposição à violência de gênero se dá de formas contraditórias, pois, ao tempo que muitas delas acabam nas ruas por segurança, fugindo da violência doméstica, também reconhecem as ruas como ambiente mais perigoso para elas.

Confirmando a realidade de violência em que as mulheres em situação vivem cotidianamente, nos dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico sobre violência contra a população de rua de 2019, com dados de 2015 a 2017, as mulheres são as que mais sofrem atos de violação da integridade física (50,8% das notificações). O boletim também expôs que as mulheres transexuais são a identidade de gênero com maior frequência nas notificações de violência em razão da situação de rua (1,7%). Este padrão é compreendido por Pires (2016 apud BRASIL, 2019) como uma

manifestação das relações de poder calcadas no modelo patriarcal.

A violência provoca uma série de agravos na vida de mulheres em situação de rua.

Esses fatos produzem sofrimento e afetam a saúde mental, podendo deixá-las mais vulneráveis ao abuso e dependência de drogas. Pois estão mais propensas a violações de direitos, desde o desamparo estatal em relação aos direitos básicos de sobrevivência, bem como a violências em diversos níveis (MACHADO, 2016, p. 7).

O que é compreendido pelo autor citado como um reflexo de outras violências sofridas durante o ciclo vital dessas mulheres, que se relacionam com outras esferas de suas vidas cujo a causa geralmente está atrelada a conflitos e violências sofridas até mesmo antes da ida às ruas.

Gonçalves (2019) conclui que, na dupla relação das mulheres com as ruas, já citada anteriormente, ao tempo em que a mulher aparenta a fragilidade e a imagem ligada ao ambiente doméstico, para sobreviver nas ruas, ela também se utiliza desses aspectos femininos para assegurar meios de reprodução da vida porém, de uma forma geral, o que se percebe é que a “mulher em situação de rua vivencia a vulnerabilidade social sob dois aspectos: pela condição de vida nas ruas e de gênero”, o que torna suas experiências, enquanto um sujeito que ocupa determinado lugar na sociedade, mais intensas em relação à essa condição (VILLA et. al, 2017, p. 2123).

5. SAÚDE E MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: PARTICULARIDADES DO GÊNERO NA RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A vivência nas ruas causa um impacto sobre todos os aspectos da vida dos sujeitos que se encontram nessa circunstância. sobre as mulheres, por conta da realidade feminina na sociedade patriarcal, esses impactos são potencializados.

Apesar de a Política Nacional para População em Situação de Rua tomar como base outros dispositivos que tratam da saúde da mulher, o que se vê é uma generalização, pois não possui recorte de gênero explícito, o que reflete na falta de ações de saúde específicas para as mulheres que vivenciam esta condição, como salientam Rosa e Brêtas (2015 apud GONÇALVES, 2019).

Apesar disso, Sarmiento (2018), em suas pesquisas, identificou que as mulheres ainda mantêm um índice de atendimento pelos serviços de saúde maior que o dos homens, por conta do período gestacional, onde as ações de busca ativa e

aproximação pelos profissionais de saúde, principalmente dos Consultórios de Rua, se tornam mais frequentes.

A gestação se apresenta como motivo mais frequente de procura pelos serviços de saúde por mulheres em situação de rua, porém, Almeida e Quadros(2016) identificaram que ainda existe uma baixa adesão ao pré-natal, tendo o uso de substâncias psicoativas como maior razão para o não acompanhamento adequado neste período.

Um outro obstáculo, identificado por Bem dos Santos (2014), enfrentado por elas neste período é, em muitas instituições, a necessidade de documentação comprobatória de endereço, fazendo com que, as mulheres que ainda possuam vínculos familiares, se desloquem do território onde vivem para equipamentos próximos da residência de familiares para conseguirem atendimento adequado. A realização de exames específicos também fica comprometida por conta dessa dinâmica, pois, sem condição financeira de custeio de ultrassonografias e outros exames, acabam por não realizá-los ou dependem de outros para realizar na rede particular.

O sentimento de hostilidade por parte dos profissionais da saúde, exposto pelos estudos de Gomes (2017), também se apresenta como um fator de afastamento das mulheres em situação de rua dos equipamentos de saúde .

A falta de acesso aos serviços de saúde, o racismo, o preconceito e a discriminação são os principais motivos para que estas mulheres não procurem cuidados médicos e cheguem ao hospital apenas no momento do parto, o que prejudica a identificação e o tratamento das mães usuárias e das crianças nascidas nessa situação (Gomes, 2017, p. 52).

O momento do parto, para essas mulheres, pela obrigatoriedade de assistência de profissionais, pelos riscos que envolvem a mãe e a criança, acaba por se tornar um momento de apreensão por envolver, além de equipe de saúde, agentes do judiciário.

A captação da gestante, para sua aproximação e vinculação, é um ponto crítico, em que as equipes enfrentam resistência por parte de muitas mulheres. O pré-natal é muitas vezes encarado como uma exposição de sua condição de vida, uma visibilidade perante o poder público que pode posteriormente significar a violação de seus direitos. A perda do bebê na maternidade é uma questão muito temida pelas mulheres gestantes nas ruas e isso as afasta de exercícios de direitos, tais como o pré-natal. (Gomes, 2017, p.40).

O poder público centraliza o cuidado com mulheres em situação de rua na gestação, parto e cuidados com o recém-nascido. Sua atuação se dá principalmente

no rompimento do vínculo das mães com as crianças, pela compreensão por parte dos profissionais que, por sua condição, não estão aptas a exercerem a maternidade.

A destituição da guarda da criança causa sofrimento psíquico às mães, que já se encontram em um ambiente stress antes mesmo do acontecimento, rebatendo em sua saúde e causando resistência à procura dos serviços.

Para a mãe este é um evento necessariamente traumático, que agrava sua condição de vulnerabilidade social. Conforme já mencionada, a ameaça de ruptura desses vínculos afasta-a dos serviços de saúde e assistência e promove o aprofundamento de complicações em sua saúde física e psicológica. Estamos diante de rupturas violentas promovidas por um Estado que, sob a argumentação do “melhor interesse da criança”, potencialmente viola o direito de ambas. Gomes (2017, p. 40).

A postura postura de profissionais de um pré conceito sobre a responsabilidade e competência sobre as mães, além da dinâmica de internação das maternidades, onde o tempo hábil das equipes de saúde em procurar alternativas de assistência às mulheres que desejam cuidar de seus filhos é curto, adicionado à falta de trabalho em rede, incorrem com frequência na judicialização e encaminhamento das crianças para a Vara da Infância ou guarda de outros familiares (idem).

Segundo Sarmento e Pedroni (2017), mesmo que o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de rua tenha um enfoque maior na atenção à saúde, elas ainda encontram dificuldades em obter anticoncepcionais orais e preservativos femininos pelas equipes dos Consultórios de Rua, diferente dos homens, que os conseguem com maior facilidade.

Esta questão também se reflete no índice de mulheres e homens em situação de rua com incidência de infecções sexualmente transmissíveis, onde as mulheres apresentam um número até três vezes maior de contaminação por HIV que a população masculina, como apresentam as referidas autoras.

Mesmo com as redes e estratégias criadas pelas mulheres, para garantia de sua integridade física e resguardo de seus pertences, essa é uma preocupação que mobiliza as mulheres em situação de rua a não acessarem postos de saúde regularmente para tratarem de questões ligadas à prevenção em saúde. Pela burocracia e dificuldade, caso aconteça de serem roubadas, perdendo documentos e pertences, frequentam quando requisitadas em exames ou perícias, “mas não entendem que necessitem ir ao médico se não houver alguma urgência” (Rosario, 2015, p.90).

Assim como os homens, as mulheres também são atingidas pelo conflito entre “limites” da política de saúde e da assistência social no tocante à responsabilidade sobre as demandas dos usuários. Sarmiento (2018), relatou as experiências de mulheres que obtinham a negação de atendimento, mesmo com encaminhamentos de equipamentos da assistência e o mesmo ao contrário, onde as usuárias eram classificadas dentro dos critérios de exclusão das condicionalidades para acolhimento por apresentarem questões de saúde.

Apesar de, mesmo em situação de rua, as mulheres ainda serem as maiores usuárias dos serviços de saúde, a degradação causada por um cotidiano de violências, exclusão e negligência com um cuidado integral à saúde incidem sobre as vidas dessas mulheres de forma a intensificar os impactos físicos, psíquicos e sociais, interferindo na autoestima e compreensão de si mesmas enquanto sujeitos de direito.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é conhecido que, de uma forma geral, a população em situação de rua, no que condiz ao acesso e garantia de universalidade de um direito essencial em seus diversos aspectos, possui um tratamento diferenciado dos demais usuários ao tentar acessar os serviços de saúde. O que implica em sua compreensão sobre a saúde e agravos em sua condição biológica, social e psíquica.

Neste contexto, o feminino é duplamente afetado pelo estigma e marginalização direcionados a pessoas em situação de rua. Suas necessidades particulares são invisibilizadas, pela falta e desconhecimento de políticas específicas para mulheres em situação de rua.

Apesar de respaldadas pela Política Nacional para População em Situação de Rua, que abarca também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em nenhum momento, em suas diretrizes e princípios, se articulam explicitamente essas duas condições, implicando num vácuo na assistência e cuidado destinado à essas mulheres.

Os protocolos que versam sobre o tema, em sua grande maioria, mantém o enfoque no período gravídico, materno-infantil, centrando o cuidado na criança, deixando de lado outras questões fundamentais para o cuidado com a saúde feminina.

Em decorrência das frequentes violências institucionais e violações de direitos,

nos movimentos da população em situação de rua, no campo jurídico e por parte das gestões locais em saúde, ainda são observados esforços em prol da criação de normas de atendimento às mulheres em situação de rua. Ainda assim, a conduta dos profissionais que prestam assistência à essas mulheres se configura como maior barreira para um acesso aos serviços de saúde de forma humanizada, respeitando suas singularidades e atendendo às necessidades de forma a respeitar sua autonomia e vontades.

As questões expostas expressam a necessidade de políticas públicas e ações intersetoriais sobre a saúde integral de mulheres em situação de rua, que contemplem suas particularidades, é evidente para que, ao atender suas demandas, estas sejam vistas em conjunto, pensando no sentido mais amplo de saúde, e não apenas em questões pontuais e fragmentadas.

Mesmo que vistas com fragilidade e passíveis às situações a que são expostas no cotidiano das ruas, as mulheres que vivenciam esta realidade passam por diversos processos de resistência e protagonismo de suas vidas e histórias como estratégias de sobrevivência em um ambiente adverso, onde o masculino predomina.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Jane soares de. As relações de poder nas desigualdades de gênero na educação e na sociedade The relations of power in gender inequalities in education and society. Série- Estudos - Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB Campo Grande-MS, n. 31, p. 165-181, jan./jun. 2011.
- ALMEIDA, Diana Jenifer Ribeiro de; QUADROS, Laura Cristina de Toledo. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. 2016.
- BEM DOS SANTOS, Verônica. Mulheres em vivência de rua e a integralidade no cuidado em saúde. Orientadora: Adriane Roso. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, RS, 2014.
- BISCOTTO, Priscilla Ribeiro; JESUS, Maria Cristina Pinto de; SILVA, Marcelo Henrique da; OLIVEIRA, Deíse Moura de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Compreensão da vivência das mulheres em situação de rua. Rev. Esc. Enferm USP. 2016. p.750-756.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. Cad. Pagu, Campinas, n. 26, p. 329-376, jun. 2006.
- BRASIL. População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 50. Jun. 2019.
- CARLOTO, Cássia Maria. O Conceito de Gênero e sua importância para a análise das Relações Sociais. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm acesso dia 24 de fevereiro de 2012.
- CASTRO, Mary Garcia. Gênero e poder. Leituras transculturais- quando o sertão é mar, mas o olhar estanha, encalha em recifes. Cad. Pagu, Campinas, n.16, p.49-77. 2001.
- FERRO, Maria Carolina Tiraboschi. “Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados.” In: Revista Direitos Humanos, Nº 08. Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República. Janeiro 2012.
- GOMES, Janaína Dantas Germano (Coord.). RELATÓRIO DE PESQUISA Primeira Infância e Maternidade nas ruas da cidade de São Paulo. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.
- GONÇALVES, Talita Fernandes. Rua, substantivo feminino: mulheres em movimento e o direito ao corpo na cidade. 98 f.. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2019.
- KÜCHEMANN, B. A.; BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. A categoria gênero nas Ciências Sociais e sua interdisciplinaridade. Revista do CEAM, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 63–81, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/10046>. Acesso em: 8 jun. 2021.
- MACHADO, Mayk Diego Gomes da Glória. Mulheres no contexto da rua: a questão do gênero, uso de drogas e a violência. 2016. 195 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.305, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 2, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2013. *Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011
BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. - Brasília, DF; MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

MORAES, Ana Carolina. Número de mulheres em situação de rua cresceu 100% em 10 anos em Bauru. Jornal dois. Edição online. 17 dec 2017. Disponível em: <https://medium.com/jornaldois/n%C3%BAmero-de-mulheres-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua-cresceu-100-em-10-anos-em-bauru-225fe54581>.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Política Nacional para a População em situação de rua, Decreto n. 7.053, 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7053-23-dezembro-2009-599156-publicacaooriginal-121538-pe.html>

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. Interface (Botucatu). 2015; 19(53):275-85.

ROSARIO, Graziela Oliveira. Análise das condições e modos de vida de mulheres em situação de rua em Porto Alegre - RS. Idília Fernandes (Orientadora). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015.

SARMENTO, Caroline Silveira; PEDRONI, Gabriela. VULNERABILIDADE E RESISTÊNCIA: um estudo sobre as mulheres em situação de rua em Porto Alegre. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

SARMENTO, Caroline Silveira. Gênero na rua: um estudo antropológico com as mulheres em situação de rua em Porto Alegre / Caroline Silveira Sarmento; orientação Patrice Schuch. – Porto Alegre: UFRGS / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2018.

SHUCK, Anderson Luis; GESSER, Marivete; BEIRAS, Adriano. Diálogos entre gênero e experiências com a população de rua. Psicologia Política. vol. 20. n.48. pp. 279-294. 2020

VILLA, Eliana Aparecida; PEREIRA, Maria Odete; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; NEVES, Nathalia Aparecida de Paula; VIANA, Sonia Maria Nunes. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 5):2122-31, maio., 2017.

CAPÍTULO 05

EXPERIÊNCIAS DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Marilia Cuzzuol Sales

Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

E-mail: marilia_sales@id.uff.br

Roberto José Leal

Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

E-mail: rjleal@globo.com

Resumo: A Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis desenvolve a assistência à mulher segundo as diretrizes do SUS. O processo de formação é descrito sob a ótica do trabalho em equipe. Foram analisadas experiências de trabalho em equipe no processo de formação pelos residentes e discutidas experiências de aprendizagem, pedagógica e de campo. Trata-se de estudo descritivo de natureza qualitativa sob a forma de estudo de caso. Os participantes compõem-se de 15 residentes do segundo ano e egressos. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada e análise foi de conteúdo segundo Bardin. Foram apuradas as seguintes categorias/questões norteadoras: trabalho multiprofissional, experiência pedagógica: organização didática e interação profissional-residente. Os residentes consideraram que a RMSM/HESFA capacitou para a sua atuação na área e representou um espaço de inovação e desenvolvimento profissional.

Palavras-chave: Equipe Multiprofissional; Residência não médica não odontológica; Saúde da mulher.

Abstract: The Multiprofessional Residency in Women's Health of the Institute of Health Care São Francisco de Assis develops the assistance to women according to SUS guidelines. The training process is described from the perspective of teamwork. We analyzed teamwork experiences in the process of training by residents and discussed learning, pedagogical and field experiences. It is a descriptive study of a qualitative nature in the form of a case study. The participants are 15 second year residents and graduates. A semi-structured interview was used and analysis was of content according to Bardin. The following categories / guiding questions were identified: multiprofessional work, pedagogical experience: didactic organization and professional-resident interaction. The residents considered that RMSM / HESFA qualified for their work in the area and represented an area of innovation and professional development.

Keywords: Patient Care Team; Nomedical; Women's Health.

1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (RMSM–HESFA), desde o seu início, em 2010, representa a possibilidade de trabalho onde a problematização das demandas de saúde da mulher se dá sob a ótica de distintas categorias profissionais e se faz presente no discurso e nas práticas assistenciais.

Sob a perspectiva de uma formação crítico-reflexiva pode-se perceber e vivenciar, a partir da inserção nos cenários de atuação, o trabalho em equipe e a prática multiprofissional centrada nas questões do indivíduo, gerando um ambiente propício a uma abordagem integral.

A integralidade é entendida, neste trabalho, como indissociabilidade entre os aspectos biológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais. Significa, portanto, que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade e que os cuidados não podem ser fragmentados ou separados em compartimentos¹.

Daí compreende-se que o olhar integral necessita estar presente a todo o momento, já que estes múltiplos aspectos interferem diretamente na sua saúde².

A RMSM–HESFA foi criada em 2008 e desenvolve atividades nos serviços da UFRJ e na rede SUS no RJ. São oferecidas, anualmente, 12 vagas para o treinamento e desenvolvimento de atributos profissionais de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, para o exercício profissional nas áreas de cuidado integral à saúde da mulher e sua família.

Os cenários de prática abrangem unidades de Atenção Primária à Saúde, de Referência Secundária, Hospitalares e de Reabilitação. O treinamento é abrangente e incluem o atendimento especializado e multiprofissional e atividades de grupo e comunitárias. No HESFA, os residentes realizam treinamento na unidade de enfermagem ginecológica, no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), no Serviço de Atenção Especializada (SAE) para pessoas convivendo com o vírus HIV, na Unidade de psicologia, na Unidade de Problemas Relacionados ao Álcool e drogas (UNIPRAD), no Programa de atenção Integral à Pessoa Idosa (PAIPI) e na Clínica da Família.

No primeiro ano de residência há o rodízio pelos cenários de prática em grupos de três, com os trios compostos pelos residentes psicólogo, assistente social e enfermeiro. Os residentes acompanham o processo de trabalho dos profissionais,

intervêm e realizam orientações e atividades de educação em saúde com os usuários do serviço.

No segundo ano os residentes exercem suas atividades no setor que se aproxima a temática de seu trabalho de conclusão de curso e se integram às equipes, realizando os atendimentos e contribuindo com o desenvolvimento do serviço.

Busca-se em todas as situações, a prática multiprofissional, de forma a favorecer o atendimento integral e resolutivo para as usuárias.

Vale ainda destacar a definição de trabalho multiprofissional como um grupo que interage de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente para alcançar um objetivo comum. No caso das equipes de saúde, trabalha-se de forma cooperativa com o objetivo primordial de alcançar melhores resultados para a saúde dos usuários, das famílias e da comunidade em geral. O trabalho dos seus integrantes levaria a um desempenho maior do que seria alcançado pelo desempenho isolado de seus membros. Isto é evidente em um cenário de doenças de múltiplas causas e fatores inter-relacionados. Cada um dos profissionais pode ainda contribuir para aumentar e apoiar a contribuição dos demais. Há sempre a ideia de que o conhecimento como algo fragmentado e que a equipe pode, de forma colaborativa, abordar os problemas de saúde com maior abrangência, potencializando os seus resultados. Nas equipes de saúde podem ocorrer problemas relacionados a predominância de determinados profissionais em relação a outros. Assim é importante a comunicação que permita definir os papéis, as competências profissionais, discutindo responsabilidades sobrepostas e conflitos no processo de trabalho.³ São vantagens adicionais do trabalho em equipe multiprofissional na área da saúde, o compartilhamento de vivências, a otimização do trabalho, a prevenção do isolamento e do burn-out, a atualização científica, a multiplicação de competências e conhecimentos, a criação de projetos compartilhados com a criação de uma cultura própria da equipe. Uma equipe de saúde se diferencia de um grupo quando há propósitos e missão compartilhados, ajuda mútua, comunicação e interliderança, aperfeiçoamento contínuo de processos, procedimentos e prática.⁴

É comum, entre os residentes, um sentimento de insegurança com relação a identidade profissional, devido a esse encontro de saberes. Tal situação gera desconforto e inquietação frente a nova experiência de trabalho em equipe multiprofissional e sobre a forma de abordar a paciente durante o processo de assistência.

Em que medida a proposta pedagógica da RMSM-HESFA pode contribuir para o trabalho em equipe de forma integral? Como as experiências de trabalho em equipe nos campos de prática impactam no desenvolvimento profissional dos residentes?

Assim o objetivo deste trabalho foi o de descrever as experiências de trabalho em equipe no processo de formação, analisando-as nos campos de prática e discutir as experiências de aprendizagem, pedagógica e de campo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa sob a forma de estudo de caso. O caráter descritivo visa a compreensão ampla do fenômeno que está sendo estudado e considera importante todos os dados da realidade devendo estes serem examinados.⁵

Este tipo de pesquisa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Afirma que este tipo de pesquisa não pode ser quantificado, pois trabalha com questões muito particulares da realidade.⁶

Quando uma pesquisa é realizada sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo do seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida, esta é entendida como um Estudo de Caso.⁷ Trata-se de uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade a qual se analisa profundamente, tendo como objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade.⁸

O cenário de pesquisa foi o Instituto de Atenção São Francisco de Assis – HESFA, UFRJ, município do Rio de Janeiro – RJ.

O universo do estudo foram os 20 residentes, entre egressos e os atuais residentes do segundo ano (R2). Os residentes, em questão, compõem as categorias profissionais de enfermagem, serviço social, psicologia. Dentre estes, 15 participantes concordaram em participar da pesquisa. Destes, 09 eram R2 e 06 egressos.

O processo de produção de dados foi conduzido através de entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro composto por questões fechadas e abertas. Antes de ser efetivamente aplicado foi realizado um teste piloto para verificar nível de compreensão das questões e sua adequação.

A entrevista, pode ser entendida como interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca.⁹

O primeiro contato com o material ocorreu na fase de transcrição das entrevistas. Optou-se por utilizar uma enunciação, de maneira que possibilitasse a identificação dos R2 e egressos. Utilizou-se a abreviação da enunciação acompanhada de numeração em ordem crescente, isto é, “Enunciação do Residente Egresso, (ERE), enumerados de 1 a 6, e “Enunciação do Residente Atual (ERA)”, enumerados de 1-9.

Para a análise dos dados obtidos, optou-se por utilizar a Análise de Conteúdo segundo Bardin¹⁰, compreendida como um método de organização e análise de dados produzidos no processo de comunicação. Assim, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores, que permitem a realização de inferência de conhecimentos.¹¹ Esse tipo de análise tende a qualificar as vivências dos sujeitos, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos próprios.¹⁰

De acordo com Bardin (2016)¹⁰, a análise de conteúdo trabalha a fala, ou seja, tenta compreender os indivíduos ou o ambiente naquele determinado momento, com a contribuição das partes observadas. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as que se debruça. A autora traz que: “a classificação de elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam em outros aspectos de analogia, talvez modificando a classificação anterior”¹⁰.

O material coletado passou pelo processo de pré-análise, que segundo Bardin¹⁰ se caracteriza pela organização propriamente dita. Corresponde a um período de inferências e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais.

Esta parte onde o material foi tratado, nada mais foi do que a realização da codificação, que corresponde a uma transformação dos dados, brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir a representação do conteúdo ou da sua expressão.¹⁰

Após a codificação é realizada a categorização, que é entendida, como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por

diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero e as características comuns destes elementos. Para isso o material foi agrupado de acordo com suas características/semelhança.¹⁰

O projeto foi submetido à apreciação do CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery/HESFA, com aprovação sob o número 2.114.428/2017.

3. RESULTADOS

Os sujeitos da pesquisa estão descritos abaixo: Do total nove residentes estavam atuando no programa de residência no momento da pesquisa, seis residentes eram egressos do programa. A idade variou entre 25 e 48 anos, com a média de 29,7 anos e mediana de 28 anos. Três residentes eram do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Quanto a profissão foram 3 psicólogos, 4 enfermeiros e 5 assistentes sociais.

Tabela: sujeitos da pesquisa

Código	Idade	Sexo	Formação graduação	Ano	Turma de residência
ERE 1	29	Fem	Psicologia	2013	2014-2016
ERE 2	27	Masc	Psicologia	2014	2015-2017
ERE 3	33	Masc	Enfermagem	2010	2015-2017
ERE 4	25	Fem	Serviço Social	2015	2015-2017
ERE 5	27	Fem	Serviço Social	2013	2014-2016
ERE 6	32	Masc	Enfermagem	2010	2010-2012
ERA 1	35	Fem	Serviço Social	2015	2016-2018
ERA 2	28	Fem	Serviço Social	2013	2016-2018
ERA 3	30	Fem	Serviço Social	2010	2016-2018
ERA 4	48	Fem	Enfermagem	2005	2016-2018
ERA 5	28	Fem	Psicologia	2014	2016-2018
ERA 6	25	Fem	Enfermagem	2016	2016-2018
ERA 7	28	Fem	Enfermagem	2015	2016-2018
ERA 8	26	Fem	Psicologia	2016	2016-2018
ERA 9	25	Fem	Psicologia	2015	2016-2018

Fonte: Os autores

A análise qualitativa das falas dos entrevistados levou a definição das seguintes categorias de análise: 1- a experiência do trabalho em equipe multiprofissional na pós-graduação. 2- o campo como experiência pedagógica na perspectiva da formação do grupo de residentes para atuar nos cenários de prática e a organização didática. 3- O campo como experiência profissional: a interação área pedagógica x área profissional e a interação profissional x residente.

3.1 A Experiência do Trabalho em Equipe Multiprofissional na Pós-Graduação

Neste item surgiram falas pertinentes às práticas profissionais. Nota-se que somente duas entrevistadas tinham experiência anterior. Para estas identifica-se uma prática de trabalho em equipe realizada de maneira fragmentada. Relatam sobre esse tipo de trabalho de forma distante, sem interação dos profissionais com o serviço, se muito, surgindo como uma obrigação.

Na primeira fala pode-se observar que a prática profissional ocorreu em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde. Nota-se a importância da presença de reuniões de equipe nesse ambiente de trabalho e lembra que a Atenção Primária à Saúde (APS) traz como característica a abordagem multiprofissional.

“...foram boas. Só me aprimorou...em termos das reuniões de equipe no PSF...ajudava bastante...não tinha como não trabalhar em equipe.”(ERA 4)

Scherer¹³ observou que a equipe de saúde planejava e executava ações em conjunto quando estas eram voltadas para a coletividade. No entanto, na Unidade Básica, o trabalho, em geral, ocorria de modo isolado onde cada um cuidava de um “pedaço do ser humano”. Mas após a inserção de atividades em conjunto, como interconsulta e momento de integração, ocorreram mudanças no núcleo de competências às quais foram articulando, rearticulando e redefinindo, de alguma maneira, lugares e autonomias, conformando o coletivo de trabalho.

Pode-se entender que a APS requer a articulação de trabalho em equipe, já que é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.¹⁴

A comunicação se manifesta de diferentes formas e uma delas é a que é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Desta forma destaca-se a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da

intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais.¹⁵

Assim, em relação ao trabalho em equipe de forma multiprofissional, pode-se perceber sua existência, porém sem interação entre as profissões. Como exposto na seguinte fala:

“...trabalhava eu, uma médica, um psicólogo e um nutricionista. O trabalho era em equipe multi...não tinha discussão... somente quando era...uma dúvida da médica sobre algum direito... era muito separado por categoria.” (ERA3).

Essa fala revela a diversidade dos vários processos de trabalho que habitam nas instituições de saúde e que, na maioria das vezes, possui uma organização própria. A vivência multiprofissional nos serviços de saúde aparenta ser fácil e corriqueira, mas vivenciar uma cooperação e integração dos diversos saberes é um desafio.¹⁵ É importante que os conflitos estejam explicitados e sejam enfrentados de forma dialógica no cotidiano dos serviços.¹⁶

3.2 O Campo como Experiência Pedagógica na Perspectiva da Formação para atuar nos Cenários de Prática

As experiências no campo de prática revelaram conteúdos importantes relacionados a aprendizagem. Neste sentido, tanto a atuação em trio multiprofissional, quanto a vivência na prática dos serviços, proporcionaram pontos positivos e negativos. Consequentemente foi possível observar que a organização didática teve grande influência sobre a aprendizagem.

“-Foi uma surpresa...falaram que o trabalho ia ser feito com categorias diferentes e aí eu fiquei...nossa, deve ser uma coisa muito interessante...” (ERE 2)

“-...eu fiquei bem ansiosa e preocupada. Como é que vai ser trabalhar com outros profissionais? Será que vão conseguir compreender minha prática e eu compreender a deles?”(ERE 4)

“-...era um modelo diferente...eu tava muito na ânsia de aprender sobre a profissão dos outros...” (ERA 3)

“-Assusta um pouco quando você conhece a proposta... (ERE 5)

“-No primeiro momento foi assustador, pois eu não imaginava que fosse trabalhar...junto com profissionais de outras áreas...” (ERA 9)

Para os residentes, atuar em trio multiprofissional foi uma surpresa. A atuação integrada às diversas categorias trouxe receios e inseguranças. Talvez, por não compreender outras profissões, medo de uma categoria se sobrepor a outra. Seria um

desafio, já que cada um com seu núcleo de competências seria igualmente importante.¹⁷

Essa proposta de trabalho está colocada como realidade em nossa sociedade para a formação de profissionais da área da saúde. Afinal o trabalho em equipe é considerado um atributo da qualidade, constando das diretrizes para a formação dos profissionais da saúde e do exercício profissional no SUS.¹⁸

3.3 Organização Didática

Nesta subcategoria revelam-se grupamentos de falas onde se percebe o desenvolvimento do trabalho em equipe e o seu papel potencializador na formação. A forma utilizada é de tutoria, que se refere a atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. É nesse espaço que se dá a discussão do trabalho em equipe.

“-os espaços de tutoria...eram os espaços que a gente mais discutia ...essa dinâmica do trabalho em equipe...a residência não dá um bom suporte em relação a isso.” (ERE 1).

Ainda que contemple a discussão do trabalho em equipe, é tem como proposta de coletivizar este conhecimento, acaba por transformar-se num espaço que atende cada profissão individualmente.

“Trabalho em equipe? Eu acho que não ... até tem essa intenção, mas a forma como ela é posta em prática não consegue...elas tem a proposta de coletivizar, de que a tutoria é multiprofissional...só que acaba dando uma individualizada no que cada profissão tá falando.” (ERE 2).

Há consenso de que não há outros espaços para discutir esta temática. Constata-se que o processo metodológico utilizado é percebido, pelos residentes, como insuficiente.

As estratégias de promover a multiprofissionalidade são mal aproveitadas pela forma como são apresentados os referenciais teóricos, numa estrutura formal de reprodução de conteúdo, sem a problematização do que é vivenciado na prática. O uso de metodologias ativas, para potencializar a reflexão crítica são substituídas pelos conteúdos tradicionais sem a análise de conteúdo ou problematizações que visem unir a temática à realidade.²⁰¹⁶

Quanto às disciplinas ofertadas o trabalho em equipe não surge como central.

“-Eu acho que não aborda como eixo da disciplina, mas talvez como algo que é transversal, que sempre aparece.... em algum momento a gente fala da nossa experiência.” (ERA 8).

“-Teve a..., acho que contempla o trabalho em equipe. A...também, mas eu acho que ainda é muito superficial. Teve teoria, mas não muito voltada para o trabalho em equipe. Ficou muito voltado para outras teorias.” (ERE 2).

Pode-se notar que os participantes relatam que a carga horária teórica não contemplou o trabalho em equipe. A abordagem muitas vezes se concentrou nas orientações de procedimentos metodológicos para a prática.¹⁷

É importante ressaltar que não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais se não houver uma discussão entre a articulação ensino-serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados.¹⁵

Sobre a vivência em trios multiprofissionais, inúmeras contribuições foram relacionadas a esta estratégia didática. Mesmo que inicialmente “dolorosa” ou sem apoio para atuar dessa maneira, e ainda o fato desta conformação só existir no primeiro ano. As falas demonstraram ser o trio o ponto central de êxito para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

“-...trabalho multi, inter, trans...a gente teve poucas discussões e a gente viveu muito...eu não acho ruim essa dinâmica do primeiro ano, mas eu acho duvidosa o suporte que a residência ainda dá...” (ERE 1)

“-Com a atuação em trio no primeiro ano encontramos diversas possibilidades de atuação em equipe...o segundo ano, quando os trios se desfazem, os residentes continuam tendo um olhar ampliado e buscando sempre atuar em conjunto com outros profissionais e saberes.” (ERA 9).

Outro conjunto de ideias demonstraram dificuldades da atuação em trio multiprofissional. Observa-se que essa atuação pode gerar conflitos.

“-Desde o primeiro momento da residência somos forçados, de certa forma, a trabalhar em equipe...eu vou atuar com profissionais que pensam diferente, foi meio difícil de lidar.” (ERE 3)

“-...chega um momento que satura a convivência, porque ela extrapola o profissional... é muito difícil, mas é importante....você acaba entendendo o ponto de vista do outro...”(ERA 5)

“-A atuação em trio foi extremamente difícil e importante. Difícil pelo fato de ter que se relacionar e tomar decisões conjuntas e importante...porque desenvolvi a capacidade de escuta, respeito a outros modos de ver e entender o caso.” (ERA 1).

Compreende-se que os residentes, mesmo passando por situações conflituosas, ao final conseguem entender que essa proposta influencia positivamente. Quando destacam a importância do conhecimento das outras categorias para suas práticas e o desenvolvimento da capacidade de escuta, entende-se que não há um modo único de agir na prática profissional.

Diante da diversidade da realidade vivida, a interdisciplinaridade pode possibilitar o conhecimento da interdependência das verdades. Logo, considera-se a

verdade não como algo que se impõe como uma norma, mas sim, aquela que é alcançada através do diálogo e da polêmica, pois tal verdade traz, em si, a força da dialética.²³¹⁸

Por outro lado, alguns relataram a interação com outras categorias como conflituosa. Entende-se que ao interagir com outras profissões, podem surgir dificuldades para alcançar um objetivo comum, afetando a realização do atendimento integral.

Atitudes interdisciplinares não ocorrem simplesmente porque duas ou mais profissões habitam o mesmo espaço, mas porque se produz um ambiente onde há a interação. As trocas de diferentes saberes, quando ouvidas e entendidas, geram novas configurações, possibilitando um ambiente interdisciplinar.¹⁹

Nem todos viram situações conflituosas. Ressaltaram as qualidades que tal proposta pode proporcionar do ponto de vista do trabalho em equipe, com enfoque interdisciplinar, para o atendimento assistencial.

“-...trabalho em trio...uma ajudava a outra...era mais fácil, quando a gente não conseguia ter suporte do setor, do profissional...” (ERE 4)

“-A gente aprende muito com o nosso trio...a gente fica meio dependente, vê a importância dessas outras categorias...” (ERA 6)

“-...você acaba entendendo um pouco o ponto de vista do outro, e acaba às vezes até integrando na sua prática...” (ERA 5).

O trabalho em equipe torna-se estratégia central na busca da integralidade da atenção, pois promove a compreensão da importância de se criar meios de promoção e prevenção¹⁹. Dessa maneira, uma equipe multiprofissional é capaz de realizar ações interdisciplinares para uma assistência de qualidade.

Ao considerar a saúde como um processo social complexo, no qual intervêm múltiplos fatores, não se pode excluir uma abordagem de cooperação entre as disciplinas, já que a saúde articula indissociavelmente aspectos biológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais.¹

A RMSM-HESFA, nesse sentido, ampliou a visão dos residentes sobre a atuação em saúde para além das habilidades restritas às suas categorias, já que estes perceberam a importância das diferentes abordagens disciplinares. Isto fica evidente ao constatarem que a saúde é um processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta para a necessidade de reflexões visando uma nova prática em saúde.²³¹⁸

3.4 Interação Área Pedagógica X Área Profissional

A integração ensino-serviço na saúde pode ser entendida como um trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde. Pode-se incluir os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores.¹⁶

Na perspectiva dos residentes, há situações de desarticulação entre a concepção pedagógica e os serviços,

“-Os nossos preceptores...eles não sabem muito o que a gente vai fazer...”
(ERE 2)

“-Em alguns setores, parece que ainda a proposta não tá na veia sabe? Parece que eles ainda não entendem muito bem a proposta...” (ERE 5)

“-Acho que precisa ser elaborada essa proposta de trabalho no campo prático...da função do residente...”(ERA 6).

Com relação às suas atividades no HESFA, os residentes relatam que as atividades não estão definidas e que os preceptores não foram preparados para as suas atividades. As estratégias pedagógicas para promover a articulação ensino-serviço deveriam ser discutidas, em conjunto, entre tutores, supervisores e residentes.

O HESFA, enquanto um hospital universitário deve ter um compromisso tanto com a população como com a formação de profissionais.²⁰ Deste modo tanto a coordenação da residência como os preceptores deveriam ter mais integração, através de discussão das práticas pedagógicas da residência, contribuindo para o aprendizado deste e para o serviço prestado a comunidade.

3.5 Interação Profissional X Residente

Partindo do pressuposto que o residente é um usuário que está se beneficiando das práticas profissionais, durante sua formação, em um campo de prática, torna-se fundamental compreender o significado da interação deste com o profissional desse serviço. Isso requer a compreensão ampliada do eu e nós, no sentido de perceber as conexões intersubjetivas e, dessa forma, valorizar a autonomia e a singularidade dos envolvidos.²¹

Para além do seu cotidiano de atendimento, o preceptor tem que lidar com as demandas dos residentes e não perder de vista que é uma referência para o processo de sua aprendizagem. Nesse sentido as experiências dessa relação se mostraram

diversificadas. Ressaltou-se ainda a renovação que o residente pode proporcionar ao serviço.

“-O residente traz muito essa proposta de renovação...vejo isso não só como uma troca...mas uma construção”. (ERA 7)

“-...a interação entre o profissional que está há mais tempo no campo e o residente acaba dando um gás novo para a unidade ...”. (ERA 3)

“-...tem cenário que tá muito engessado...quando você tenta dar uma sugestão, se colocar, não é muito bem quisto”. (ERA 5).

Entende-se que existem profissionais dispostos às mudanças suscitadas pelos residentes mas outros se encontram estagnados em suas condutas.

A formação que a RMSM proporciona, envolvendo ensino-trabalho-cidadania, pode legitimar e consolidar tais perspectivas, já que possui um espaço estratégico para os necessários projetos de mudança nos cenários de formação e das práticas de saúde.²² Nesse cenário, os alunos trazem mudanças no cotidiano de trabalho, por exigirem tempo e atenção dos profissionais para sua formação, ou por contribuírem com modificações nos serviços.²³

Observa-se que os residentes conseguiram vivenciar tal proposta na prática dos serviços e relataram ser de grande importância. Desta forma os profissionais envolvidos, quando permitem a interação com os residentes, acabam sendo tocados de alguma maneira, através das práticas renovadas dos residentes.

Vale lembrar que os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) são apresentados como estratégia de reorganização da Atenção Básica no sentido de modificar o modelo de saúde vigente.²⁴

Outros residentes não tiveram a mesma percepção. Relatam que a receptividade ao seus pontos de vista dependiam do setor que estivessem naquele período:

“- ...dependia do setor. Se era aquele setor que via sentido a residente tá ali, era tranquilo ...” (ERE 1)

“- Tem setor que a gente consegue trabalhar de forma em equipe e até estimula isso e tem setor que não” (ERA 6)

“- ...em alguns deles eu me sentia mais à vontade para atuar, eram locais em ambientes de trabalho que me faziam bem, outros nem tanto”. (ERE 3).

Outros destacaram que o preceptor não dava atenção devida pela carga de trabalho, o que também favoreceu a percepção de que o residente era um encargo a mais. Destaca-se também a visão do residente ser mão de obra para o serviço, demonstrando então o desconhecimento do preceptor sobre a proposta de atuação do residente.

“- ...tem preceptor que tem uma preocupação em fazer entender que a gente é profissional em formação, mas a grande maioria coloca assim: mais uma mão de obra, que tá aqui para trabalhar ...” (ERA 3)

“-Vejo algumas categorias profissionais nos campos que não conversam entre si. Realizam o trabalho de maneira pontual e fragmentada” (ERA 1)

“-...tinha setor que o profissional não concordava com o residente lá, achava que era uma carga de trabalho maior... tinha profissional que era mais de conversar, de inserir a gente...” (ERE 4).

Associar as práticas assistenciais às de ensino não é tarefa simples, pois exigiria dedicar mais tempo aos alunos, bem como discutir as necessidades de aprendizagem individuais. Isto pode ser agravado quando se trata da preceptoria da RMSM, cujo preceptor é responsável por alunos de categorias diferentes, com necessidades de aprendizagem distintas.²³

Há menções ainda a falta de preceptoria pela mesma categoria.

“-Depende do campo, tem campo específico que você pode aprender muito e tem campo...que por falta de um preceptor, de uma coisa mais específica...você acaba ficando um pouco desorientado.” (ERA 5)

“-O trabalho demanda do residente uma atuação diferenciada, já que não tem profissional de serviço social, nos obrigando a atuar em equipe com os demais profissionais...o respaldo profissional sobre questões específicas não existe” (ERA 1).

Autores consideram que os preceptores dos PRMPS não necessitam ser da mesma categoria. Nas Diretrizes dos PRMPS a supervisão de preceptor de mesma área profissional não é obrigatória em todas as situações. Os estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais são, entre outras, as de gestão, saúde do trabalhador, vigilância em saúde.²³

No caso do HESFA os serviços prestados à população são compostos por equipes multiprofissionais e, muitas vezes o preceptor e o residente, muitas vezes, não são da mesma categoria. Porém, em alguns momentos, a preceptoria por profissional de mesma categoria do residente é importante para suprir necessidades de aprendizagem.

Houve falas que os residentes citaram os setores onde se sentiam mais integrados com a equipe para realizar suas tarefas. Relataram que nestes setores os preceptores se encontravam atentos e participativos às propostas dos residentes e alguns comentaram a realização de atividades com uma diversidade de categorias:

“-O serviço(...) foi o que eu tive mais liberdade de fala com todos os profissionais...então eu conseguia trabalhar conversando com o serviço social, com a medicina, com a enfermagem, com a nutrição...” (ERE 2)

“-No ambulatório(...) a gente conseguia fazer um trabalho multi de verdade, tinha um diálogo mais aberto com toda a equipe.” (ERE 5)

“-Se eu quiser aqui...ah, tenho uma proposta de uma oficina... interessante que eles são abertos para isso” (ERA 5)

Há relatos de ausência de trabalho multiprofissional nos serviços, e problemas de comunicação entre o residente e o preceptor. Há também alegações de dificuldades de atuar em equipe multiprofissional no segundo ano de residência, já que os trios são desfeitos.

“-Muitos setores, apesar de ter diversas categorias, não trabalham de maneira multidisciplinar” (ERA 1)

“-Por que a gente tá tão nessa coisa, que para mim o multi tem que estar mais próximo...senti essa dificuldade desse processo de mudança de r1 para r2 para realizar a prática no campo...não tem uma coisa de equipe, de multi, que tinha enquanto era trio” (ERA 3)

“-Às vezes parece que não se encontra. Tem problemas de comunicação...às vezes tenho que deixar bilhete, mandar Whatsapp porque eu não consigo ver a pessoa...” (ERA 5).

Há uma percepção que há cenários onde se atua de maneira fragmentada. Não se pode excluir que, desfeitos os trios, a atuação do residente fica à mercê do que cada preceptor indicar.

O preceptor exerce protagonismo no processo formativo. Este tem o desafio de inserir, em sua prática, atividades de supervisão e orientação de alunos.²³

Destacou-se uma desarticulação na interação entre a atividade pedagógica, pela tutoria e profissional, pelo preceptor. Os residentes denotaram uma falta de conhecimento sobre o plano de atuação prática. Entende-se que uma proposta clara e estruturada é necessária.

A RMSM-HESFA encontra-se em processo de avaliação pela Comissão Nacional de RMS. Este é o argumento citado para não haver mudanças em seu plano pedagógico, instituído desde a primeira turma. Isto não impediria, porém, que se fizesse adequações e aprimoramentos, para favorecer o aprendizado do residente e tornar o profissional, que recebe cotidianamente os alunos, mais envolvido no processo de formação.

4. CONCLUSÃO

O trabalho demonstrou que tanto na graduação quanto na experiência profissional, os residentes expressaram a importância de uma formação baseada na interação com outras profissões.

Com relação ao campo como experiência Pedagógica, tanto a atuação em trio multiprofissional, quanto vivência na prática dos serviços, tiveram destaques positivos e negativos. A atuação em trio causou desconforto inicial que poder ter como causa a

falta de experiência durante a graduação. Houve, contudo elogios a esta conformação. No que se refere à organização didática, destacaram-se que há um espaço de discussão de trabalho em equipe, mas se deu, porém, no âmbito de cada categoria. Além disso as disciplinas não abordaram essa temática suficientemente.

Em relação a experiência profissional, evidenciou-se problemas de interação tanto da área pedagógica com a profissional, quanto do residente com os preceptores. Note-se que a coordenação da residência e os profissionais deveriam ter mais proximidade, integrando o ensino e o serviço e discutindo as práticas pedagógicas dos residentes.

De modo geral essa falta de interação está ligada a ideia dos profissionais de que o residente representa mais trabalho ou são uma mão de obra a mais. Destacaram-se também a falta de definição de papéis do residente e do preceptor, ausências de preceptores da mesma categoria e dificuldades de alguns serviços realizarem o trabalho multiprofissional. Como aspectos positivos foram citados a interação alcançada em alguns serviços, o papel do residente para incentivar mudanças e atuação multiprofissional.

Por fim pode-se afirmar que a RMSM-HESFA contribuiu para atuação dos profissionais quanto as demandas de saúde da mulher em um espaço de formação para o SUS. Evidenciou-se a necessidade do trabalho em equipe para as suas práticas diárias, uma vez que estes residentes em breve estarão no mercado de trabalho. Pode-se perceber que as experiências de trabalho em equipe nos campos de prática impactaram positivamente no desenvolvimento profissional do residente.

REFERÊNCIAS

- 1-GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1994, v.2, n.2, p.103-114.
- 2-BRASIL, Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990. [Internet]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em: 01/11/2016
- 3- PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciência e Cognição. 2006;8: 68-87.
- 4- CARRAPIÇO, E. I N.; RAMIRES, J. H. V.; RAMOS, V. M. B. Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família-essência e semelhanças. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3) 691-700, 2017.
- 5-GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. SP, v.35, n.3, p.20-29, 1995.
- 6-MINAYO, M. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- 7-CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- 8-TRIVIÑOS, A.N S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, SP: Atlas, 1987.
- 9-FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia, v.14 n.28, p.139-152, 2004.
- 10 -BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016
- 11-CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P. PINHEIRO, M. M. K. ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.
- 12-ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. Bol Saúde. 2004. v.18, n.1, p.87-98.
- 13-SCHERER, M.D.A et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

14-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

15-PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev.Saúde Pública [online]. 2001, vol.35, n.1, pp.103-109

16-SALVADOR et al. Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. R Bras Ciencias Saúde v.15 n.3, p.329-338, 2011.

17-HENRIQUES, R.L.M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.

18-MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. 2005, Jul-Set; v.14 n.3, p.411-418.

19-MAIA, DB; SOUSA, E.L.G; GAMA, R.M.; LIMA, J.C.; ROCHA, P.C.F.; SASSAKI, Y. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. Sal & Transf. Soc., Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 103-110,2013.

20-BRASIL. Ministério da Educação. Hospitais Universitários. Brasília. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>. Acesso em: 2-12-2017

21-RANGEL, R. F. et al. Interação Profissional-Usuário: Apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. R. Enferm. UFSM 2011 Jan/Abr;1(1):22-30.

22-BRASIL, Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

23-AUTONOMO, F.R.O.M.; HORTALE, V.A.; SANTOS, G.B.; BOTTI, S.H.O. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. Rev.Bras.Educ.Med.[online]. 2015, vol.39, n.2 24-ROSA, S.D., LOPES, R.E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação lato sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

CAPÍTULO 06

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: BARREIRAS PREVENTIVAS NO SÉCULO 21

Mayara D. T. Silva

Acadêmica do curso de Medicina do UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

E-mail: Mayara_dts@hotmail.com

Renata B. Marques

Professora do curso de Medicina do UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

Leandro O. Costa

Professor do curso de Medicina do UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

Resumo: No Brasil, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer ginecológico mais comum, ficando atrás apenas do câncer de mama. Apesar da alta incidência e mortalidade, se configura como um câncer com possibilidade de prevenção, e com estratégias de prevenção consolidadas nas políticas de atenção a saúde. **Objetivos:** Especificar as barreiras na prevenção ao câncer de colo de útero, especialmente no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. Para a pesquisa as bases de dados consultadas foram: Lilacs e PubMed, usando os descritores: “*Cervical Cancer*”, “*HPV*”, “*Prevention*”. **Resultados:** O câncer de colo irá surgir quando houver a infecção persistente pelo vírus HPV oncogênico, associado a fatores de risco. Devido ao contágio pelo HPV ser uma infecção sexualmente transmissível, o carcinoma passa a ter caráter preventivo, ou seja, medidas podem ser tomadas para que se diagnostique a infecção e suas alterações primárias antes que ocorra a evolução para lesão carcinomatosa. A prevenção primária envolve o uso de condoms e a vacinação para HPV, associada a ações de promoção em saúde. Enquanto a prevenção secundária envolve a detecção precoce, ou seja, o diagnóstico precoce a partir do exame citopatológico, conhecido como Papanicolaou. **Conclusões:** De forma geral, a educação sexual é um passo fundamental nas barreiras preventivas atualmente enfrentadas pelo Brasil no combate ao câncer de colo de útero.

Palavras-chave: Câncer do colo de útero; HPV; Prevenção.

Abstract: In Brazil, cervical cancer is the second most common type of gynecological cancer, losing only to breast cancer. Despite its high incidence and mortality, it is configured as a cancer with the possibility of prevention, and with consolidated prevention strategies in health care policies. **Aims:** Specify barriers in the prevention of cervical cancer, especially in Brazil. **Methods:** This is a systematic literature review. For the research, the databases consulted were: Lilacs and PubMed, using the descriptors: “*Cervical Cancer*”. “*HPV*”. “*Prevention*”. **Results:** The cervical Cancer, will arise when there is persistent infection with the oncogenic HPV virus, associated with risk factors. Because of HPV contagion being a sexually transmitted disease, the carcinoma becomes preventive, that is, measures can be taken to diagnose the infection and its primary changes before the evolution to carcinomatous lesion. Primary

prevention involves the use of condoms and HPV vaccination, associated with health promotion actions. While secondary prevention involves early detection, the diagnosis is based on cytopathological examination. **Conclusions:** In general, sex education is a fundamental step in the preventive barriers currently faced by Brazil in the fight against cervical cancer.

Keywords: Cervical Cancer; HPV; Prevention.

1. INTRODUÇÃO

O Papilomavírus Humano (HPV) é o vírus sexualmente transmissível mais comum no mundo, ao observar a população geral temos um valor entre 11 a 12% de pessoas contaminadas ¹. A infecção pelo HPV além de estar intimamente relacionada ao câncer de colo de útero, é agente para o câncer de orofaringe, ânus, pênis, vulva, vagina e para lesões benignas como as verrugas genitais ². No Brasil, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer ginecológico mais comum, ficando atrás apenas do câncer de mama. Sendo também, o terceiro tipo de câncer mais comum em mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma ¹. Apesar da alta incidência e mortalidade, se configura como um câncer com possibilidade de prevenção, e com estratégias de prevenção consolidadas nas políticas de atenção a saúde.

Ocorreu em 2014 a introdução da vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) no calendário do Sistema Único de Saúde Brasileiro, além do rastreamento das lesões precursoras realizado com o exame citopatológico (Papanicolau), sendo este parte do sistema de saúde desde 1990 e um passo fundamental na detecção precoce da doença.

De acordo com a pesquisa nacional de saúde em 2013, o Brasil tem alcançado uma cobertura de 80%, porém há diferenças importantes entre as regiões e classes sociais. Atualmente, o Brasil preconiza a realização do rastreamento citopatológico na população de faixa etária entre 25 e 64 anos ³. A faixa etária de início tardio e a exclusão do rastreio da população idosa é uma das críticas mais presentes em relação à prevenção do câncer de colo de útero, especialmente em países em desenvolvimento.

O câncer de colo de útero é relativamente incomum nos Estados Unidos, assim como em países que apresentam uma população com maior poder aquisitivo, sendo na comunidade americana o décimo primeiro tipo de câncer mais comum em mulheres, que demonstra grande diferença em relação a América latina, entre os mais acometidos, o Brasil.

Nos Estados Unidos, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC), recomenda a vacinação contra o vírus HPV em meninos e meninas na idade entre 11 e 12 anos para que ocorra imunização antes da exposição ao vírus, porém pode ser aplicada até os 26 anos.

Contraditoriamente, a aceitação da vacina não é o ideal, menos da metade das crianças inclusas nessa faixa etária se vacinarão. Quadro diferente do visualizado em outros países desenvolvidos como Canadá, Austrália e Reino Unido onde mais de 70% das crianças foram vacinadas. As políticas dos países da América Latina, incluindo o Brasil, também programaram a realização da vacina, porém as barreiras econômicas, políticas e culturais impossibilitam uma alta adesão e com isso prejudicam a prevenção adequada da doença ².

O câncer de colo tem desenvolvimento lento e silencioso, inicialmente sendo observada a Neoplasia Intraepitelial Cervical. Sabidamente a infecção pelo HPV é uma condição necessária para ocorrência do câncer, porém outros fatores interferem na progressão desse tumor como: idade e tabagismo. O número de cigarros fumados por dia é proporcional ao risco da doença, assim como a idade: mulheres mais velhas têm maior risco de infecção persistente, visto que mulheres mais novas tendem a ter regressão espontânea. Mesmo com as medidas de prevenção implantadas pelo país, cerca de 50% dos casos da doença tem diagnóstico em estágios avançados (III e IV), que tem piora prognóstica importante.

De acordo com o Inca, nas últimas três décadas não houve melhora nas taxas de mortalidade associadas à doença. Devido a esse cenário o Ministério da Saúde iniciou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis para o período de 2011-2022, assim como em 2011 foi implementado o “Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e da Mama”, para ampliação das ações relacionadas a esses cânceres ⁴. Ou seja, ações estão sendo criadas, mas os números continuam aumentando, e a mortalidade permanece em platô, o que indica que há barreiras além do aspecto político que devem ser analisadas.

Baseado no insucesso da prevenção, alguns estudos destacam outras causas para a dificuldade de adesão, entre elas a necessidade de maiores informações em relação à vacina, medo de possíveis efeitos colaterais, dúvidas em relação à eficácia, possível indução de iniciação sexual precoce, ou a crença que o Papanicolau seja suficiente na prevenção do HPV ⁵. Dessa forma, fica claro a necessidade de elucidar essas barreiras em especial em relação à vacina do HPV, para melhora epidemiológica no número de casos de câncer de colo de útero, maior adesão em campanhas futuras e queda de sua mortalidade nas próximas décadas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Detalhar os obstáculos na prevenção ao câncer de colo de útero, especialmente no Brasil, com foco nos receios da população em relação à vacina contra o Papilomavírus Humano e nas barreiras emocionais e técnicas para a realização do Papanicolau.

2.2 Objetivo Secundário

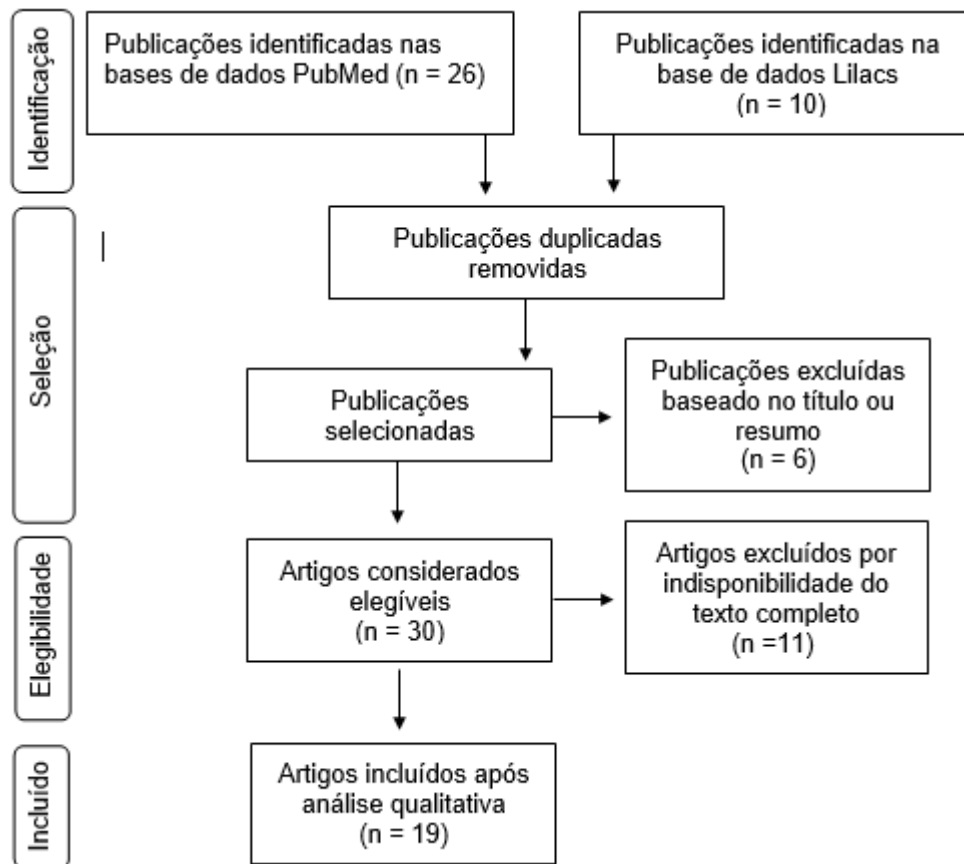
Discutir medidas intervencionistas necessárias para aumentar o engajamento populacional na prevenção contra o câncer de colo de útero.

3. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. Para a pesquisa, as bases de dados consultadas foram: Lilacs e PubMed, usando os descritores: “*Cervical Cancer*”, “*HPV*”, “*Prevention*”. Empregando o operador booleano AND, na formação da chave de pesquisa.

Foram incluídos artigos publicados entre o período de 2009 a 2019, escritos na língua portuguesa e inglesa, e que tinham como foco o câncer de colo de útero, sua relação com a infecção pelo HPV e as suas formas de prevenção. O filtro utilizado foi de textos completos grátis. Foram excluídos todos os artigos que não relatavam os métodos de prevenção ao câncer de colo de útero e os que possuíam um baixo grau de evidência. Dos 36 artigos encontrados foram selecionados 19 para a construção do trabalho, que abrangiam o tema e as descrições necessárias.

Figura 1: Protocolo de Pesquisa (PRISMA flow diagram)



Fonte: Os autores

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de colo de útero é um grave problema de saúde pública ao redor do mundo, cerca de 80% dos casos está nos países em desenvolvimento, tendo o Brasil uma importante porcentagem nessa conta. A taxa de mortalidade é elevada, sendo que o carcinoma *in situ* tem seu ápice de incidência em mulheres entre 25 e 40 anos, enquanto o carcinoma invasor entre 48 e 55 anos, deve se lembrar do caráter lento desse carcinoma, a evolução natural para câncer invasor são 10 anos, mas a média é 30 anos.

Os fatores de risco relacionados à doença são fundamentais, visto que o câncer de colo de útero dificilmente ocorre em mulheres que não iniciaram a vida sexual, assim como há maior risco com o início precoce da vida sexual, além do número de parceiros, exposição a outras infecções sexualmente transmissíveis e o baixo poder aquisitivo⁶. A alta relação com a vida sexual decorre da infecção pelo Papilomavírus Humano, mais conhecido pelas mulheres como HPV.

O HPV é um vírus da família *Papavaviridae*, é classificado de acordo com o potencial patogênico, especialmente sua capacidade oncogênica que é caracterizada por induzir alterações genótípicas às células. São divididos em HPV de baixo risco (DNA-BR) e de alto risco (DNA-AR), ambos podem gerar crescimento celular, porém apenas os de alto risco podem levar ao carcinoma ⁷. Os tipos mais comuns de HPV em mulheres ao redor do mundo são o 16, 18, 58, 52 e o 31 respectivamente. A maioria das mulheres infectadas pelo HPV tem quadros auto limitados que regredem espontaneamente depois de 12 a 30 meses, mesmo aquelas infectadas pelos de maior oncogênicidade como o tipo 16 e 18 ¹. Ou seja, não é apenas a infecção pelo HPV que irá levar ao desenvolvimento do câncer, serão necessários fatores concomitantes para essa evolução, em especial medidas comportamentais para diminuir a infecção sexual pelo vírus.

O câncer de colo irá surgir quando houver a infecção persistente pelo vírus HPV oncogênico, associado a fatores de risco. Devido ao contágio pelo HPV ser uma infecção sexualmente transmissível, o carcinoma passa a ter caráter preventivo, ou seja, medidas podem ser tomadas para que se diagnostique a infecção e suas alterações primárias antes que ocorra a evolução para lesão carcinomatosa. A prevenção primária envolve o uso de condoms e a vacinação para HPV, associada a ações de promoção em saúde. Enquanto a prevenção secundária envolve a detecção precoce, ou seja, o diagnóstico precoce a partir do exame citopatológico, conhecido como Papanicolau⁸.

No Brasil, a indicação para a realização do Papanicolau são mulheres entre 25 a 64 anos que já tenham iniciado a vida sexual, devendo ser repetido inicialmente anualmente, até que se obtenham dois resultados negativos consecutivos, e então o rastreio passa a ser a cada três anos. Nos casos, onde se obtenha o resultado alterado, o diagnóstico deve ser complementado com a realização da colposcopia e biópsia a depender da indicação. O tratamento dessas pacientes com casos confirmados irá envolver cirurgias ginecológicas oncológicas, além de radioterapia, quimioterapia, entre outros a depender do estadiamento da lesão. Nos casos de diagnóstico tardio, a terapia paliativa deve ser indicada ⁸.

A administração da vacina para HPV deve complementar a realização do exame Papanicolau. A primeira vacina anti HPV a surgir foi a quadrivalente Gardasil® em 2006, no mesmo ano surgiu a bivalente Cervarix®, e no final de 2014 foi desenvolvida a vacina Nona-Valente. A Gardasil® abrange os tipos 16, 18, 11 e 6,

enquanto a Cervarix® abrange apenas o 16 e 18, elas não evitam completamente a infecção devido a presença de diferentes sorotipos do HPV mas tem bons resultados, além de serem seguras e bem toleradas. A primeira campanha vacinal no Brasil ocorreu entre 10 de março e 14 de abril de 2014, tendo por meta vacinar 80% das meninas entre 11 e 13 anos, em esquema de 3 doses ⁵.

O Ministério da Saúde, em março de 2015 ampliou a vacinação com a quadrivalente para meninas entre 9 e 13 anos de idade, assim como contemplada a população feminina de 9 a 26 anos, vivendo com HIV/AIDS. Em 2016, o esquema mudou para duas doses, com a segunda dose após seis meses da primeira aplicação. Em 2017, manteve o esquema anterior, porém foram adicionados meninos entre 11 e 14 anos. Os dados de 2017 indicam que a cobertura vacinal para meninas na primeira dose foi de 82,6% e para a segunda dose 52,8%, enquanto para os meninos a cobertura vacinal para a primeira dose foi de 43,8% ⁹.

Dessa forma, a prevenção primária se torna ineficaz, visto que para uma resposta imunológica adequada serão necessárias as duas doses da vacina, e a baixa adesão dos meninos irá implicar futuramente em um maior número de mulheres infectadas pelo HPV.

Desde o início das campanhas muitas famílias não aceitaram a vacina, pois acreditavam que esta poderia alterar o comportamento sexual de seus filhos, de forma que com a aplicação da imunização essas adolescentes se sentiriam mais propensas a iniciar precocemente sua vida sexual.

Entretanto, a idade precoce para início da vacina visa justamente que esta seja realizada antes do início das atividades sexuais, proporcionando níveis de anticorpos mais altos do que a imunidade natural produzida pela infecção pelo HPV. Foi devido à visualização da baixa adesão que diversos estudos foram iniciados com o objetivo de avaliar esse receio das famílias. Nos Estados Unidos foi realizada uma pesquisa com 1.398 meninas entre 2006 e 2007, onde 493 receberam uma dose da vacina para HPV e as outras não receberam a mesma. Os resultados demonstraram que após três anos não existiam diferenças significativas ao se comparar os dois grupos, na idade de início da vida sexual destas meninas ⁹.

Dessa forma, podemos inferir que as barreiras para a adesão da vacina em meninas são de caráter cultural, sem evidências científicas de sua veracidade. Assim como, o aumento da adesão da vacina em meninos pode alterar as taxas de câncer de colo de útero ao redor do mundo, evitando a infecção primária.

Um estudo transversal ⁵, com delineamento descritivo em um grupo de 58 meninas residentes no município de Maringá, Paraná, com idade entre 11 e 13 anos, entre abril e junho de 2015 teve por objetivo avaliar o perfil socioeconômico, além do nível de conhecimento sobre HPV e o motivo pelo qual recusaram a vacina contra o Papilomavírus Humano, seja a primeira ou segunda dose no tempo estipulado. Alguns dos resultados encontrados foram: 46% dos responsáveis possuem apenas ensino fundamental completo ou incompleto; 89% das meninas que recusaram a vacina seguem alguma religião ⁵.

Quando questionadas diretamente sobre HPV: 86% relatam já terem ouvido falar sobre o vírus, porém dessas entrevistadas apenas 48% sabiam da relação entre HPV e o câncer de colo de útero e 60% conheciam a relação entre HPV e verrugas genitais. Um dado interessante foi que 74% das meninas sabiam da relação entre o HPV e relação sexual, enquanto 10% acreditavam na transmissão por compartilhamento de copos e talheres, assim como 10% acreditavam na infecção pelo compartilhamento de toalhas de banho ou aerossóis, e por fim 5% creem na infecção pela picada de mosquito. De forma geral, 88% das meninas já haviam ouvido falar da vacina contra o HPV. Parte do questionário indagava os motivos para recusa da vacina, 37% relataram medo dos efeitos colaterais, 20% indicam impossibilidade de ir aos postos de saúde ou a secretaria de saúde para se vacinar, 17% relataram recusa por parte dos responsáveis, desses a maioria foi devido aos efeitos colaterais, apenas uma das entrevistadas relatou medo da promiscuidade devido à religião seguida pela família ⁵.

Grande parte das meninas já ouviu falar sobre o HPV, mas não foram orientadas sobre as consequências desse vírus, tendo maior conhecimento sobre alterações benignas como as verrugas genitais do que sobre o risco de câncer de colo de útero. A maioria entende a ligação do vírus com a relação sexual, porém uma parcela importante não conhece essa realidade. Isso indica a falta de diálogo com essa faixa etária em relação à saúde sexual, seja pelos pais ou na escola. A maior parte dos pais relata medo dos efeitos colaterais, mesmo a vacina sendo aprovada e realizada no Brasil desde 2014, indicando a falta de conscientização da população em relação à vacina, seus objetivos e possíveis efeitos colaterais.

Mundialmente, a adesão a vacina do HPV sofre dificuldades, porém o motivo para a recusa, especialmente pelos responsáveis, é diferente em cada região. Os residentes em países desenvolvidos e de maior nível sócio econômico tem maior

preocupação em relação à segurança da vacina, necessidade de mais informações sobre HPV e sobre o câncer de colo de útero.

Enquanto em países em desenvolvimento, como africanos, latinos, e asiáticos há maiores preocupações morais e religiosas, como: idade inadequada para falar sobre sexo, aguardar a filha ter idade para tomar decisões sozinha, vergonha de tomar uma vacina contra IST, não considerar a vacina necessária devido à abstinência sexual até o casamento, temor de a vacina levar a promiscuidade e temor em discutir sexo e IST com suas filhas. Mesmo esses achados sendo mais preponderantes em países subdesenvolvidos, os temores culturais em relação à vacina foram citados em todos os países, religiões e raças. É importante ressaltar que a recusa da vacina pelos pais influencia fortemente a decisão dos adolescentes nesse âmbito ⁵.

Os achados sugeridos são fortemente indicativos da cultura opressiva em relação ao sexo para a mulher ao redor do mundo, em especial países mais pobres onde a educação sexual e a liberdade feminina ainda são um paradigma.

Um estudo feito com 399 estudantes universitárias do sexo feminino entre 17 e 24 anos, provenientes de duas universidades de Portugal teve por objetivo avaliar as formas de prevenção sobre o câncer de colo de útero. Dessas mulheres, 34,8% referem já ter realizado o exame de Papanicolau, 79,4% usam preservativos nas relações sexuais e 94,5% referem um número restrito de parceiros sexuais. Grande parte das entrevistadas relatou que a família e amigos influenciam positivamente no âmbito de realizar os exames de Papanicolau, mas de forma negativa em relação ao uso do preservativo. O dado relacionado ao uso de preservativos é preocupante baseado na idade das entrevistadas, sendo estas um potencial grupo de risco para a infecção pelo HPV e posterior desenvolvimento do câncer de colo de útero ¹⁰.

Foi realizado um estudo transversal com estudantes universitárias da Universidade Federal Fluminense (UFF) e o Centro de Educação a Distância do Rio de Janeiro (CEDERJ) entre Janeiro e Dezembro de 2015. Foram entrevistadas estudantes de diversos cursos, incluindo da área da saúde, 473 estudantes no total, com idade média de 29.8 anos. A maioria das participantes conhecia o teste Papanicolau, assim como a periodicidade da realização do exame e o seguimento, porém 30,4% desconheciam o significado de um resultado alterado, e 30% não retornaram ao consultório para buscar o resultado do exame. A maioria conhecia sobre o vírus HPV, mas 52,4% não sabiam da relação com as verrugas genitais, 47,8% não relacionava a infecção pelo HPV com o câncer de colo de útero. Foi

consolidado que as estudantes de áreas da saúde e ciências tinham mais conhecimento em relação à infecção pelo HPV e realização do exame Papanicolau, comparada as universitárias de outras áreas ¹.

Ao avaliar a população universitária nos artigos citados, é evidente maior conhecimento sobre o assunto, resultado provavelmente de uma educação de maior qualidade. Porém mesmo frente ao privilégio da educação, quase metade das universitárias não conheciam a relação do HPV com o câncer de colo de útero, e em especial nesse grupo fica evidente a falha no seguimento do exame, pois o resultado não é buscado pela paciente, ou seja, na presença de alguma lesão de caráter prevenível, esta não será tratada a tempo, aumentando o risco do câncer de colo de útero no futuro.

Em relação à adesão ao exame citopatológico, diversos autores buscaram avaliar as dificuldades por trás de sua adesão. Um estudo transversal realizado pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, em 2013 coletou dados utilizando questionários de 169 mulheres com idade entre 25 e 64 anos. A pesquisa relata que no ano de 2013, a cobertura do exame de Papanicolau naquela região foi de 73,8%, não atingindo os 80% propostos pelo Ministério da Saúde. Por isso, foi necessário avaliar os motivos da não adesão ao exame, os resultados foram: 36,1% das mulheres não realizaram o exame devido a crenças e atitudes em saúde. Vergonha foi o sentimento mais referido entre elas, em 55,6% das entrevistadas. 32,5% referiram desconforto, 20,7% referiram dor e 15,4% relataram medo.

Importante ressaltar que do total de mulheres, 29,6% relatam não lembrar o porquê não compareceram ao exame. Outros motivos relatados foram: demora no atendimento no dia do exame em 21,3% dos casos, além da distância até a unidade de saúde em 9,5% das mulheres. Vale ressaltar que 73,9% das mulheres cursaram apenas o ensino fundamental e 50% eram trabalhadoras do lar ¹¹.

Ao avaliar os achados, a vergonha é um ponto essencial e que pode ser responsável pela baixa adesão ao exame. Ao necessitar da exposição do corpo despido e a colocação da paciente em posição ginecológica, há um sentimento de vulnerabilidade e julgamento do corpo, que é insustentável para uma parcela da população feminina.

Além disso, a referência ao medo, em sua maioria advém de experiências anteriores próprias ou de terceiros. Em relação ao próprio serviço de saúde, a de se pensar na inserção da mulher no mercado de trabalho, sendo dependente da

liberação para a realização do exame, assim é comum adiar a realização do auto cuidado para épocas de folga ¹¹.

Muitas mulheres preferem ser atendidas por profissionais do sexo feminino, pois se sentem constrangidas com o profissional do sexo masculino, gerando sentimento de medo, nervosismo e vergonha. Algumas relatam preferir que o exame seja realizado pelo profissional médico, pois acredita que estes têm maior qualificação para sua realização.

Outro dado importante foi o relato de insatisfação com o atendimento durante a coleta do Papanicolau, como falta de interesse em ouvir as queixas e realização do exame sem interação com as pacientes, aumentando a sensação de desconforto durante o exame ¹¹. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o exame Papanicolau tenha cobertura de 80% a 85% entre mulheres de 25 a 64 anos, que já tenham iniciado a vida sexual. A avaliação no território Brasileiro se faz necessária, porém poucos estudos conseguem mensurar a cobertura nacional, a maioria tem caráter regional.

Dessa forma, a Universidade de Brasília (UNB) teve por objetivo avaliar os percentuais nas regiões brasileiras. Os achados foram: 69% das mulheres brasileiras realizaram Papanicolau nos últimos três anos, sendo 74% na região Norte/Nordeste e 70% da região Sul/Sudeste. Quando avaliado a porcentagem de realização do exame alguma vez na vida, 87% das mulheres no Brasil já realizaram, sendo 88% na região Norte e Nordeste e 86% na região Sul e Sudeste. Mostrando que a região Norte e Nordeste teria maior cobertura que a região Sul e Sudeste, uma explicação para esse achado seria que o estudo na região Norte e Nordeste foi realizado em grandes cidades com suporte médico de melhor qualidade e cobertura. Enquanto, na região Sul e Sudeste foram realizados em cidades menores, onde o serviço é mais precário ¹².

Os achados regionais no Brasil necessitam de melhores estudos, que tenham abrangência de zonas mais desenvolvidas e precárias conjuntamente, de forma a analisar a população como um todo, e não por zonas de cobertura.

Em Pernambuco, no ano de 2006, foram estudadas 258 mulheres de 18 a 69 anos de idade. Foi avaliado que entre as mulheres com menos de 25 anos e aquelas com 60-69 anos a realização do Papanicolau foi menor que 40%. Entre as mulheres de 25 a 59 anos, a taxa de realização do exame ginecológico foi de 82%, mas quando avaliado o exame ginecológico associado ao teste Papanicolau essa taxa cai para

67% de cobertura. Foi notória na pesquisa que a maioria das mulheres que não realizaram o Papanicolau são nulíparas.

Há diferenças importantes quando se avalia a escolaridade das entrevistadas, sendo uma maior cobertura do exame para mulheres com ensino fundamental completo, chegando a 71%, além do maior número de testes naquelas com maior número de bens e em mulheres brancas. A situação conjugal se mostrou como um dado importante, onde a cobertura do exame é maior entre mulheres casadas ¹³.

Assim como em outros estudos relatados anteriormente, a escolaridade surge como um fator determinante para a realização do exame. Mulheres com mais tempo de estudo tem maior adesão, assim como aquelas com melhor situação financeira e brancas fazem um maior número de testes, uma marca da desigualdade social do Brasil afetando as medidas preventivas para o câncer de colo de útero.

É fatídica a exclusão de mulheres idosas no rastreamento do câncer de colo de útero, mesmo diante da maior longevidade feminina e da busca cada vez maior por recursos para manutenção da vida sexual por esse grupo populacional. O organismo no seu processo de envelhecimento está mais propenso ao desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, como o câncer, com base nisso foi realizado uma pesquisa de campo qualitativa, avaliando 12 mulheres cadastradas nas clínicas da família no município de Montes Claros – MG entre 65-93 anos, no ano de 2015.

Neste estudo, todas conheciam a importância da realização do exame, fato que contrasta com outros estudos, visto que as mulheres que participaram desta investigação são em maioria analfabetas. Todas as participantes relataram o sentimento de vergonha e medo na realização do exame. Pode-se perceber que elas citaram a exposição do corpo, o medo do resultado, a falta de informação sobre o exame, a impessoalidade e a ideia que o exame é doloroso como os principais empecilhos para sua realização. Em relação ao exame, a maioria relatou que havia realizado entre 3 a 10 anos, apenas uma disse nunca ter feito rastreamento para câncer de colo ¹⁴.

Um estudo transversal realizado em sete prisões situadas no Mato Grosso do Sul entre outubro de 2015 e março de 2016, entrevistou 510 mulheres entre 18-65 anos com objetivo de avaliar seus fatores de risco para câncer de colo de útero e como funciona a prevenção. Foi observado que a maioria não havia completado o ensino fundamental (56.1%), além de mais da metade ser tabagista. Foi relatado que: 50% das mulheres realizaram o Papanicolau enquanto estavam na prisão, porém

entre as que realizaram 52,5% nunca receberam o resultado. Entre as que não realizaram o exame, 58,4% relatou ser por falta de oportunidade ¹⁵.

Essa parcela da população tende a ser marginalizada naturalmente, dificultando a prevenção dessas mulheres que em sua maioria possuem comportamento sexual de risco, além de estarem na idade para rastreio e grande parcela tabagista, sendo esse um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer.

Além da realização do exame, a falta de retorno para busca dos resultados prejudica a linha de cuidado. Um estudo realizado em uma clínica de saúde da família em Fortaleza, com 775 mulheres entre 13-78 anos, no período de setembro de 2010 e fevereiro de 2011 buscou essas informações. O perfil epidemiológico mostrou que 69,4% viviam com parceiro, 62,3% não trabalhavam fora de casa e 94,2% viviam próximo a clínica.

Realizado o teste citopatológico, 83% das mulheres retornaram para buscar o resultado na data preconizada, 28% voltou para buscar o resultado após a data preconizada. Quando questionadas sobre o atraso na busca dos resultados 91,6% referiram problemas pessoais não justificados. O resultado dessas mulheres que não buscaram o exame foi: 17% eram amostras insatisfatórias, 8,9% apresentavam inflamação acentuada, 2,2% (uma mulher) havia inflamação purulenta, 2,2% (uma mulher) foi compatível com neoplasia intraepitelial cervical (NIC I) e 6,7% foi compatível com células atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Foi observado que mulheres com menos de 35 anos, são as que realizam o exame com maior frequência, porém são as mais propensas a não buscarem o resultado ¹⁶.

Esse estudo demonstra que a maioria das mulheres que busca pelo exame é casada, perfil já traçado em outros estudos, onde as pacientes solteiras e nulíparas são as que menos buscam pelo teste. Além de mostrar os riscos inerentes as mulheres que não foram buscar seus resultados, os achados por não terem acompanhamento correto, podem levar em longo prazo ao desenvolvimento da neoplasia.

Outra barreira são as gestantes, população comumente considerada menos assistida em relação ao câncer de colo de útero, fato que deve ser mudado visto que comprovadamente o processo gestacional pode corroborar para o câncer, pois há maior exteriorização da zona de junção escamo colunar (JEC), facilitando a infecção pelo HPV. Essas alterações são estimuladas pelas alterações hormonais, e pelo

próprio parto que pode manter essa eversão anatômica e propiciar o processo carcinogênico. Por isso a paridade, é concebida como um fator de risco para o câncer de colo de útero¹⁷.

A epidemiologia da população que já evoluiu com o câncer de colo é importante para traçar perfis com maior risco, e comportamentos que podem ser reavaliados. Um estudo observacional realizado a partir de dados provenientes de Registros Hospitalares de Câncer (RHC) teve por objetivo avaliar um maior número de mulheres ao redor do Brasil. Foram incluídos 77.317 participantes sendo 55.635 casos provenientes do RHC e 21.682 casos provenientes da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), onde foram analisadas pacientes com histórico de casos de câncer de colo de útero no período entre 2000 e 2009, na faixa etária entre 15 a 75 anos ou mais^{4, 18,19}.

Houve um predomínio entre mulheres de cor parda (47,9%), com ensino fundamental incompleto (49%) e casadas (51,5%). Entre as entrevistadas, 80,5% haviam realizado o Papanicolau nos três anos anteriores ao diagnóstico, sendo a frequência de realização do exame maior nas pacientes com 12 anos ou mais de ensino escolar^{4, 18,19}.

No estudo supracitado, foi observado que a média de idade para o diagnóstico do câncer foi de 49,2 anos, sendo 55,3% das pacientes com menos de 50 anos ao diagnóstico, enquanto 3% das mulheres tiveram o diagnóstico abaixo de 25 anos e 17% acima dos 64 anos, ou seja, uma em cada cinco mulheres avaliadas na pesquisa estava fora da faixa etária indicada para a realização do exame preventivo^{4, 18,19}.

Em relação ao diagnóstico, o estadiamento III foi o mais frequente (29%), com 31% de casos da doença *in situ*, sendo a maioria carcinomatosa (91,3%). Porém entre 2005 e 2009 houve uma taxa de 35% de pacientes com estadiamento ignorado, fato que prejudica a abordagem terapêutica, pois todos os resultados devem ser registrados adequadamente e encaminhados para seguimento^{4, 18,19}.

Novamente, o estudo ressalta que a maior parte das pacientes que já desenvolveram o câncer de colo de útero não teve um ensino de qualidade. Relata que há uma porcentagem que desenvolveu o câncer mesmo estando fora da faixa etária para prevenção estipulada pelo Ministério da Saúde, destacando a dúvida se as medidas preventivas mesmo feitas de forma protocolada conseguem de fato proteger as mulheres brasileiras.

5. CONCLUSÃO

Existem diversas vertentes que prejudicam a correta realização do protocolo pelo Ministério da Saúde, de forma eficaz. Entre elas: baixa escolaridade de boa parte das mulheres brasileiras dificultando o entendimento da importância dessa prevenção, além dos limites impostos pela sociedade às mulheres, especialmente em relação à sexualidade, o que prejudica a adesão à vacina contra o HPV. Somado a isso existe o sentimento de vergonha e medo relatado pelas entrevistadas durante a realização do Papanicolau, corroborando com os aspectos culturais que norteiam as dificuldades na prevenção ao câncer de colo de útero.

A idade para abrangência do exame deve ser reavaliada, visto que diversas pacientes possuem o diagnóstico antes e após a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. Outro fator são as falhas no retorno para o resultado do exame, prejudicando o acompanhamento dos casos e sua posterior terapêutica.

É fundamental a conscientização e orientação das mulheres, principalmente as com menor escolaridade, em relação às consequências do HPV e as formas de prevenção nos locais onde ocorre a coleta do exame. Além disso, a atenção primária de cada município deve se responsabilizar pela realização de oficinas para os jovens na presença dos familiares, pois dessa forma a linha de aprendizado se torna mais abrangente e evita que crenças falsas sejam disseminadas.

Os profissionais de saúde que irão realizar a coleta do citopatológico têm o papel fundamental de ressignificar às experiências de vergonha e medo que a paciente possa ter vivido, realizando um contato mais acolhedor e educativo em relação ao exame, assim como ratificar o retorno para a busca do resultado. De forma geral, a educação sexual é um passo fundamental nas barreiras preventivas atualmente enfrentadas pelo Brasil no combate ao câncer de colo de útero.

REFERÊNCIAS

1. Baptista AD, Simão CX, Santos VCG, Melgaço JG, Cavalcanti SMB, Fonseca SC, et al. Knowledge of human papillomavirus and Pap test among Brazilian university students. *Rev Assoc Med Bras*. 2019; 65(5): 625-632.
2. Lopez MS, Baker ES, Maza M, Fontes-Cintra G, Lopez A, Carvajal JM, et al. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. *J SurgOncol*. 2017 April; 115(5): 615–618.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). PARÂMETROS TÉCNICOS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. Rio de Janeiro; 2019 p. 11-19.
4. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58(3): 351-357.
5. Zanini NV, Prado BS, Hendges RC, Santos CA, Callegari FVR, Bernuci MP. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. *Rev Bras Med Fam Com*. 2017 jan/dez; 12(39): 1-13.
6. Soares MC, Meincke SMK, Mishima SM, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enf*. 2010 jan/mar; 14 (1): 90-96.
7. Tanaka EZ, Kamizaki SS, Quintana SM, Pacagnella RC, Surita FG. Knowledge of pregnant adolescents about humanpapillomavirus. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019; 41(5): 291-297.
8. Lopes VAS, Ribeiro JM. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: a literature review. *Ciência Saúde Col*. 2019; 24(9): 3431-3432.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Ministério da Saúde, Brasília; 2018.
10. Pereira JD, Lemos MS. Preditores motivacionais de adesão à prevenção do câncer do colo do útero em estudantes universitárias. *EstudPsicol*. 2019; 36: 1-11.
11. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame dePapanicolau. *Rev Rene*. 2015jul/ago; 16(4): 532-9.

12. Fukushi LM. Cobertura do exame Papanicolau: uma revisão sistemática da literatura e metanálise. (Graduação em Gestão em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Faculdade Ciências da Saúde, Brasília-DF, 2015.
13. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EM, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pub.* 2009; 25(Sup 2): S301-S309.
14. Leite BO, Nunes CRO, Oliveira VV, Barbosa RAA, Souza MS, Teles MAB. A percepção das mulheres idosas sobre o exame de prevenção de câncer de colo de útero. *J res: fundam care.* 2019 out/dez; 11(5): 1347-1352.
15. Silva ERP, Souza AS, Souza TGB, Tsuha DH, Barbieri AR. Screening for cervical cancer in imprisoned women in Brazil. *PLoS ONE.* 2017; 12(12): 1-15.
16. Vasconcelos CTM, Cunha DFF, Coelho CF, Pinheiro AKB, Sawada NO. Factors related to failure to attend the consultation to receive the results of the Pap smear test. *Rev Latino-Am Enf.* 2014 may/jun; 22(3): 401-7.
17. Vale DB, Sauvaget C, Murillo R, Muwonge R, Zeferino LC, Sankaranarayanan R. Correlation of Cervical Cancer Mortality with Fertility, Access to Health Care and Socioeconomic Indicators. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019; 41: 249–255.
18. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
19. Kligerman J. Registro hospitalar de câncer no Brasil [editorial]. *Revbrascancerol.* 2001;47(4):357-9.

CAPÍTULO 07

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE AGRAVOS À SAÚDE ASSOCIADOS A HÁBITOS ALIMENTARES DE INDÍGENAS IDOSOS

Carine Fernandes Moreira Duarte

Graduada em Nutrição pela Universidade de Fortaleza

E-mail: carineduarte14@gmail.com

Emmanoel Peixoto Saraiva Lima

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará

E-mail: emmanoel.saraiva@hotmail.com

Francisca Dalila Paiva Damasceno de Lima

Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará

E-mail: dalila.paiva@aluno.uece.br

Julia Teixeira de Alcântara

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza

E-mail: juliатеixeiraalcantara10@gmail.com

Terezinha Almeida Queiroz

Dr^a em cuidados clínicos. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará

E-mail: terezinha.queiroz@uece.br

Resumo: A alimentação é considerada primordial para a manutenção da vida do indivíduo, sendo repassada assim de geração a geração por contextos culturais e grupos populacionais distintos, com essa mudança no hábito alimentar, podem gerar vários agravos na saúde. Considerando as particularidades do idoso indígena essas mudanças refletem por conta da sua migração para os centros urbanos em busca de qualidade de vida, já que no seu habitat de origem vinha sofrendo por conta do desmatamento, invasão de terras e poluição das águas. O estudo teve por objetivo identificar possibilidades de mudanças de hábitos dos índios idosos com a alimentação. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa, que buscou desenvolver um estudo sistemático e organizado em bases de dados do Scielo. A análise do estudo evidenciou que houve mudança no padrão alimentar dos índios idosos. O estudo ainda possibilitou a apresentação dos resultados em três categorias: Alimentação antes da colonização dos índios, Mudança no padrão alimentar dos índios idosos, Alimentação indígena idosos na atualidade e Consequências da má alimentação dos índios idosos. Tais resultados fizeram considerar que os índios idosos sofreram mudanças nos hábitos alimentares com forte influência da globalização. Inerente à saúde, os pontos principais relacionam-se à presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, devido ao alto consumo de açúcares e gordura e baixa ingestão de alimentos in natura.

Palavras-chave: Idoso; Índio; Hábito alimentar.

Abstract: The power supply is considered of vital importance to the maintenance of the individual's life, being passed on thus from generation to generation by cultural contexts and population groups distinct, with this change in the eating habit, can generate several problems in the health. Considering the particularities of the elderly indigenous these changes will reflect on the account of his migration to urban centres in search of quality of life, since in your dwell source had been suffering on account of deforestation, encroachment of land, pollution of the waters. The study aimed to identify the possibilities of changes in habits of the indians of the elderly with the power supply. This is a research descriptive nature of the literature, with qualitative approach, which sought to develop a systematic study and organized in databases Scielo. The analysis of the study showed that there was a change in the dietary pattern of the indian elderly. The study also enabled the presentation of results into three categories: Power before the colonization of indians, a Change in the dietary pattern of the indian elderly, Feeding the indian elderly at present and the Consequences of the poor diet of indians of the elderly. Such results have to consider that the indian elderly have suffered changes in dietary habits with a strong influence of globalization. Inherent health, the main points are related to the presence of chronic diseases such as hypertension and diabetes, due to the high consumption of sugar and fat and low intake of food in natura.

Keywords: The elderly; The indigenous; The eating habit.

1. INTRODUÇÃO

Antes do descobrimento do Brasil por Pedro Álvares Cabral, os índios habitavam essas terras, onde eles cultivavam, cuidavam e amavam. Quando os portugueses chegaram com ele trouxe destruição, doenças e muita dor, e consequentemente o índio perdeu o direito sobre a sua terra e sua própria identidade, como seus costumes, cultura e a própria culinária.

De acordo com Koshiba (2004) in Rodrigues, “os índios foram descobertos na América do Sul por Pedro Alvarez Cabral em mais ou menos dia 22 de abril de 1500 d.C”. Para Hemming e Moura (2007), Pedro Álvares Cabral, ficou admirado com a hospitalidade dos índios, pois mesmos nunca terem vistos homens vestidos e com barbas, aceitaram a aparição daqueles estranhos com muita calma, e acolheram de forma calorosa e acolhedora.

Segundo Pinsky (2015), os portugueses ficaram interessados nos produtos tropicais, principalmente Pau-brasil. Eles começaram a realizar o escambo como espelhos, tecidos etc, em troca pela força do trabalho indígena. Com o tempo, o índio começou a mostrar desinteresse em servir os portugueses, partiu-se então para a escravidão do índio, e com isso vários índios foram dizimados.

Dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASE, 2014), gerenciado no Departamento de Gestão da Saúde Indígena, pertencente à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), e dados do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará (Dsei-Ce, 2014) indicam que, em 2013, existiam no território cearense, aproximadamente, 22.100 índios: 6.326 tapeba; 3.372 pitaguary; 3.063 tremembe; 3.027 potyguara; 2.881 tabajara; 1.301 anace; 837 kanindé; 544 tapuia; 325 jenipapo-kanindé; 187 kalabaça; 123 kariri; 59 gavião; 23 tupinamba.

As epidemias, foram os principais causa de óbito da população indígena, as principais causas foram os agentes patogênicos da varíola, do sarampo, da coqueluche, da catapora, do tifo, da difteria, da gripe, da peste bubônica, e possivelmente da malária, no entanto a falta de imunidade, devido os isolamentos foi decisivo para sua mortalidade, houve outros fatores, tanto ecológicos, quanto sociais, tais como a altitude, o clima, a densidade da população e o isolamento contribuíram decisivamente (CUNHA, 1992).

Vários pesquisadores tentaram fazer a estimativa da população indígena no Brasil em 1500, contudo três autores se assemelham nos seus procedimentos em dividir a área geográfica, o primeiro pesquisador foi Juliam Steward e Luis Faron, eles levaram em consideração os recursos naturais de cada área, a tecnologia que os indígenas tinham e as informações contidas pelos cronistas e estimou uma população de 1,1 milhão de indígenas, o outro pesquisador William Denevum, usou o mesmo método de Steward, mas ajustando as densidades demográficas de algumas áreas, a várzea da Amazônia saltou 0,39-0,77 para 14,6 habitantes por km², e a faixa litorânea da mata Atlântica, que passou de 0,77 para 9,5 habitantes por km², mais de 21% do território brasileiro ficaram de fora. Após críticas feitas no trabalho de Denevum, ele reduziu o total de seus cálculos de 25%, sendo assim para Denevum o total de indígenas brasileiros em 1500, seria o triplo do que foi calculado por Steward e Faron (MELATTI, 2007).

Arruda relata que de acordo com os dados da (ISA/FUNAI/CIMI), indicam um total de 100.503.327 hectares, equivalentes 11,8% das terras do país reservadas aos povos indígenas. Em relação a extensão cerca de 98,75% das terras indígenas do Brasil, localizam-se na Amazônia Legal, e existe também territórios de menores índices de ocupação de terras por imóveis rurais que são 372 áreas, com 99.256.011 hectares de extensão, o restante 1,25% espalha-se ao longo do território nacional.

O território indígena está sendo tomado por donos de grandes fazendas, mineradoras e empresas multinacionais e sendo assim, expulso de suas terras, de forma violenta, principalmente expressa em assassinatos e suicídios desses povos de comunidades tradicionais do Brasil, percebendo que a sociedade e o estado, muitas vezes se cala, com a violência contra os povos indígenas, mais apesar de todo o sofrimento dos indígenas eles continuam resistindo, para permanecer viva, sua cultura, sua língua, suas tradições (SILVEIRA et al, 2016).

O estudo proposto neste projeto de pesquisa vislumbra a realização de uma revisão de literatura dos agravos associados a hábitos alimentares de índios idosos. O processo de envelhecer do ser humano é um fenômeno natural, do ponto de vista biológico, o envelhecimento começa tão cedo quanto à puberdade e é um processo contínuo, ao longo da vida.

Com o crescimento da população idosa, observou-se interesse do tema por diferentes setores como: pesquisadores, profissionais da saúde e políticos de diversos países do mundo. O Brasil se assemelha com os demais países latino-americanos,

onde está havendo um processo de envelhecimento populacional rápido. (RAMOS *et al.*, 1993; RODRIGUES *et al.*, 2007)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005).

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo vem acontecendo de forma acelerada, com pouco preparo de recursos humanos e materiais para atendê-la. Em 2025 serão aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas, no mundo, com mais de 60 anos e, até 2050, dois bilhões (OMS, 2016). O Brasil passará de país “jovem” (até 7% de idosos) para ser considerado país envelhecido (mais de 14% de idoso) em apenas 25 anos (2011-2036). Em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou seja, 18% da população será idosa, conforme CHAIMOWICZ; (2013).

Normalmente, o padrão dietético do idoso continua semelhante àquele estabelecido pelos hábitos da juventude e o estado nutricional continua a ser adequado mesmo nessa fase da vida. No entanto, a incidência aumentada de doenças e incapacidades associadas a mudanças no estilo de vida nesse grupo populacional vem determinando uma prevalência crescente de distúrbios nutricionais nessa fase da vida (CURIATI; GARCIA, 2006). Para guiar o estudo surgiu mediante o exposto este questionamento: Como estaria sendo atualmente a alimentação dos índios idosos? Houve mudança? Espera-se que no final desse trabalho o mesmo possa contribuir com profissionais de saúde, que queiram realizar trabalhos sobre esse assunto, com alunos interessados em realizar pesquisa e especialmente pesquisadores interessados em dar continuidade ao tema.

2. OBJETIVO

Identificar possibilidades de mudanças de hábitos dos índios idosos com a alimentação.

Identificar como está sendo atualmente a alimentação dos índios idosos e se houver interferência de hábitos alimentares de indivíduos não indígenas.

3. REVISÃO LITERATURA

3.1 Breve contextualização histórica

Estima-se que os povos autóctones somavam um contingente populacional de cerca de cinco milhões de habitantes no território brasileiro, antes da invasão europeia (RIBEIRO, 2006), os quais passaram a viver, ao longo da história do Brasil, em aldeias, em vilas, e distritos municipais e em periferias de diversas cidades. Rodrigues (2013), em seu artigo Índios do Brasil, relata que a origem dos índios é incerta, pois alguns estudos falam que são descendentes dos povos israelitas, asiáticos, ou que vêm da evolução dos macacos; outros dizem ser um povo criado por Deus.

Para Hemming e Moura (2007), Pedro Álvares Cabral, ficou admirado com a hospitalidade dos índios, pois mesmos nunca terem vistos homens vestidos e com barbas, aceitaram a aparição daqueles estranhos com muita calma, e acolheram de forma calorosa e acolhedora. Segundo Pinsky (2015), os portugueses ficaram interessados nos produtos tropicais, principalmente Pau-brasil. Eles começaram a realizar o escambo como espelhos, tecidos etc, em troca pela força do trabalho indígena. Com o tempo, o índio começou a mostrar desinteresse em servir os portugueses, partiu-se então para a escravidão do índio, e com isso vários índios foram dizimados.

A relação entre as aldeias indígenas era baseada em suas próprias regras. Em geral, o contato entre os indígenas de uma aldeia e outra se dava em razão de celebrações, como casamentos, ou para estabelecer parceria de guerra contra um inimigo comum. A subsistência era baseada na caça, na pesca, na agricultura de algumas sementes e na criação de animais de pequeno porte (DONATO, 2002 apud SANTOS; ANDRADE, 2016).

Outra consequência terrível da colonização foi a eliminação de muitas das práticas culturais de conhecimento indígenas. Na realidade eles foram obrigados a redimensionar abruptamente seus modos de viver, suas práticas culturais, a relação que estabeleciam com a natureza e algumas tradições construídas e mantidas por

milênios (MOURA; PEIXOTO, 2007). Para Ribeiro (1996), as transformações percebidas nas estruturas de organização social e cultural indígenas podem ser compreendidas como estratégias de sobrevivência diante das novas condições de vida impostas pelos colonizadores.

Nas últimas décadas, a mobilização política dos povos indígenas tem gerado conquistas no campo dos direitos indígenas (VENERE, 2005). Dessa forma, esses povos tendem a registrar um significativo crescimento populacional. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), os indígenas somam quase 900 mil indivíduos, de 305 etnias, com 274 línguas diferentes. Somos um país multicultural e pluriétnico, que não pode ser considerado apenas a partir do número populacional. Devemos, sobretudo, discutir questões relativas à ocupação territorial, a caracterização cultural, as relações políticas e o valor da identidade e da alteridade (VENERE, 2005)

Atualmente, os povos indígenas apresentam diferentes configurações sociais: há etnias que estabelecem estreitas relações de contato interétnico, outras estão desaldeadas, muitos indígenas vivem em ambiente urbano e há também as comunidades isoladas, que não mantêm contato com a sociedade brasileira (VENERE, 2005). Estas vivem em regiões de difícil acesso e procuram se manter afastadas, como forma de autodefesa.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa, que buscou desenvolver um estudo sistemático e organizado em bases de literaturas online, buscando artigos científicos pesquisados no banco da biblioteca virtual em Saúde - BVS, SCIELO - Scientific Electronic Library Online, Google acadêmico, LILACS dentre outros, sobre hábitos alimentar dos indígenas idosos e os agravos de saúde. A pesquisa é um método coerente e sistemático que tem como objetivo favorecer respostas aos problemas que são sugeridos. A pesquisa é solicitada quando falta informação necessária para responder ao problema ou quando a informação disponível encontra-se desorganizada não se adequando ao problema (GIL, 2017).

O período de coleta de dados ocorreu fevereiro de 2019. Buscaram-se artigos publicados especialmente entre 2007 a maio de 2016, utilizando somente os que

tratavam do tema em estudo e atendiam os critérios de inclusão e exclusão, sendo incluídos na pesquisa somente os artigos de revistas científicas pesquisadas em base de dados científicos, que tinham estreita relevância com o tema, ou seja, Investigação Epidemiológica de Agravos a Saúde Associados a Hábitos Alimentares de Indígenas Idosos, com os descritores: Hábito Alimentar, Índios, Idosos, publicados entre 2007 a maio de 2016. Foram excluídos da pesquisa trabalhos de monografias, teses, dissertações, resenhas, livros e publicações duplicadas. Excluíram-se também artigos que mesmo com o tema relacionado estivesse tratando-se de crianças e adolescentes e ainda os artigos que mesmo falando em hábito alimentar, não apresentaram uma estreita relação com o tema do estudo, Investigação Epidemiológica de Agravos a Saúde Associados a Hábitos Alimentares de Indígenas Idosos.

Após realizar a coleta dos dados através de pesquisa na internet nos sites confiáveis de pesquisa científica, os dados foram analisados e discutidos por meio de interpretação dos dados e a revisão bibliográfica, a questão norteadora. Os dados foram organizados em tabelas a fim de sistematizar as informações relevantes e para melhor compreensão.

5. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os artigos selecionados foram somente os que estavam na base de dados do SCIELO, com os descritores: hábitos saudáveis, idosos e indígenas. Foram encontrados 09 artigos relacionados, dentre eles atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Vale ressaltar que outras bases de dados foram consultadas, relativas ao tema da pesquisa, no entanto todos os artigos localizados que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos foram encontrados nas bases do SCIELO, assim sendo optou-se por esta última base.

Com relação ao quadro I estão distribuídos os dados de caracterização dos artigos encontrados. Neste, buscou-se artigos nos últimos 09 anos, ou seja, no período de 2007 a maio de 2016. Isso reforça a necessidade de se pesquisar mais sobre o tema e a importância de se conhecer como estão os hábitos alimentares dos índios idosos, a fim de implementar mudanças eficazes que melhorem a qualidade nutricional. Quanto aos estudos incluídos na revisão, 02 (30%) são estudos descritivos, transversal com abordagem qualitativa, 01(10%) caráter observacional

com desenho transversal , 01(10%) enfoque qualitativo com técnicas de observação participante, 01 (10%) quantitativo abordagem etnográfica , 01 (10%) estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, 01 (10%) experiência teórica, 01 (10%) estudo descritivo de abordagem quantitativa apoiada no referencial metodológico da etnografia, 01 (10%) descritivo de abordagem qualitativa.

Quadro 1: Distribuição dos dados de caracterização do estudo selecionado. Fortaleza-CE. Brasil, 2016

Estudo	Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Revista
01	VIEIRA,J,C,M; LEAL,M,C,C; MARQUES,A,P,O; ALENCAR,D,L/2016	Alimentação de idosos indígenas sob a ótica da enfermagem transcultural.	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.	Enfermagem.Uerj
02	BORGHI,A,C; CORREIA,L/2015	Condição de vida e saúde do idoso indígena .	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	Esc. Anna Nery
03	RISSARDO,L,K/2014	Práticas de cuidado ao idoso indígena – atuação dos profissionais de saúde.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa apoiada no referencial metodológico da etnografia.	Ver. Bras Enferm
04	VIEIRA,J,C,M/2013	Educação em Saúde com abordagem transcultural: o padrão alimentar do idoso indígena .	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.	Rev. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em
05	MOTA,L,T; CARREIRA ,L /2011	Dinâmica social e familiar: uma descrição etnográfica de famílias de idosos Kaingang.	Pesquisa qualitativa abordagem etnográfica.	Rev. Ciênc. Cuid. Saúde.

Estudo	Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Revista
06	FRANCESCHINI, T; VALENTE,F; RECINE, E; LEAÕ, M; CARVALHO, M, F/ 2010	Direito humano á alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional.	Experiência teórica.	Bras.Enferm
07	MELO, M,C,O / 2009	Situação de insegurança alimentar e nutricional em índios Karapotó da aldeia Plak- O em São Sebastião, Estado de Alagoas.	Caráter observacional, com desenho transversal.	Rev. Dissertação(mestrado em nutrição)- Universidade Federal de Alagoas- Programa de Pós-Graduação.
08	SILVA, R, J, N; GARAVELHO,M, E, P, E/ 2009	Alteração nas estratégias de subsistência : O caso	Enfoque qualitativo, com técnicas de	Rev. Segurança alimentar e nutricional.

		dos índios Brasileiros Xavantes.	observação participante.	
09	MIRANDA, G, C/ 2008	Consumo alimentar da população de adultos e idosos indígenas Potiguara no Estado da Paraíba.	Estudo transversal descritivo.	Rev. Dissertação(Mestrado em Enfermagem))- Universidade Federal de Pernambuco - Programa de Pós- Graduação

Fonte: Os autores

5.1 Avaliação e síntese dos resultados dos artigos selecionados

A análise do estudo evidenciou que houve uma transição nutricional, com mudança no padrão alimentar dos índios idosos. De modo geral, as principais dificuldades identificadas no alto consumo de alimentos industrializados, favorecendo assim no aparecimento de hipertensão, diabetes e obesidade. Os detalhes dos estudos incluídos na revisão encontram-se no Quadro 02.

Quadro 2: Distribuição dos resultados sobre os aspectos relacionados ao tema abordado. Fortaleza, 31 de outubro de 2016

ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONSIDERAÇÕES FINAIS
01-	Avaliar o contexto cultural da alimentação do idoso indígena.	Dos 30 idosos participantes do estudo, 53% são do sexo masculino e 47%, do sexo feminino; etnias predominantes – Sateré-maué (33%), Mura (17%), Tikuna (17%), outras (33%). A idade mínima foi de 60 e máxima de 83 anos, média de 68 anos. Na CASAI, os alimentos oferecidos são bem aceitos, porém apresentam-se parcialmente diferentes daqueles consumidos na aldeia, podendo estar relacionados à diminuição do apetite após internação, evidenciado pelo quadro de desnutrição. No contexto cultural alimentar, os resultados demonstram as novas conformações acerca da visão de mundo e das dimensões das estruturas social e cultural.	O padrão alimentar de idosos está intimamente arraigado à sua cultura. Paralelamente, observa-se que os hábitos alimentares vêm sofrendo influências do processo de globalização, como o tipo de alimentos consumidos e aspectos socioculturais que permeiam o ato de se alimentar.
02-	Descrever as condições de vida e saúde de idosos	Participaram do estudo idoso Kaingang, 17 eram mulheres e 11 homens com idade mínima	A pesquisa possibilitou melhor compreensão sobre as situações de vida e saúde

	Kaingang da Terra Indígena Faxinal.	entre 60 e 103 anos. Os idosos possuem organização sociocultural específica, vivem em casas construídas pelo governo, possuem energia elétrica e água encanada. São fisicamente ativos, independentes, tem alimentação rica em carboidratos e gorduras saturadas. É frequente que os idosos façam tentativas de atender seus problemas de saúde no contexto familiar antes de procurar o serviço de saúde.	dos idosos Kaingang e pontuar aspectos característicos dessa população. Diante dessa condição de vida e de saúde dos índios Kaingang, torna-se necessário que a equipe multiprofissional considerem as especificidades culturais dos indígenas.
03-	Compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang.	Profissionais que participaram da pesquisa variou de 22 a 67 anos com média de 37,6 anos. Metade era do sexo masculino. Identificaram-se como práticas de cuidado a medicação e imunização, bem como, cuidados da medicina tradicional.	Conclui-se que valores culturais e científicos necessitam integrar a assistência para melhoria da saúde dos idosos indígenas.
04-	Avaliar as evidências disponíveis acerca da questão alimentar e nutricional do idoso.	Mostraram estudos em diversos países, porém nenhum voltado ao idoso indígena, estes apontam mudanças nos hábitos alimentares de idosos, associados principalmente a questões socioeconômicas e culturais, além das mudanças ocorridas com a globalização e a transição nutricional.	Conclui-se contexto alimentar dos idosos está intimamente arraigado à sua cultura, porém apresenta mudanças nos hábitos alimentares com forte influência da globalização. Inerente à saúde, os pontos principais relacionam-se à presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o alto consumo de açúcares e gorduras, diminuição do apetite após internação e quadro de desnutrição.
05-	Identificar as condições de vida e a dinâmica da organização social das famílias de idosos Kaingang da Terra Indígena Faxinal.	Foram entrevistados 25 idosos, e como em alguns casos havia consanguinidade e coabitação, foram estudadas vinte famílias. As famílias tecem em conjunto peças de artesanato, o que constitui a principal fonte de renda da comunidade, o dinheiro da aposentadoria é, em grande parte, destinado à compra de alimentos, as dificuldades encontradas para o cultivo do solo reforçam a importância da aposentadoria.	As características já descritas sobre as famílias Kaingang – a patrilinearidade, a matrilinearidade e a matrilinearidade que se referem à constituição de grupos domésticos a partir dos grupos familiares. Cumpre destacar ainda que a função social dos idosos junto a estas famílias apresentou-se de maneira relevante no que tange ao sustento financeiro dos descendentes, à educação de netos na transmissão de saberes e

			ao papel de centralizador dos grupos familiares na organização dos grupos domésticos.
06-	Colaborar para um processo de imersão nos conceitos e dimensões dos direitos humanos e do DHAA, com uma visão problematizadora do tema que facilite a construção de propostas de ação efetiva para a realização do DHAA.	Abordam vários módulos relacionados à alimentação como : 1 Política alimentar – Brasil. 2. Segurança alimentar - Brasil. 3. Direitos humanos – 4. Alimentos – Aspectos sociais - Brasil. 5. – Fome - Política governamental. 6. Nutrição, cada modulo sugere uma reflexão.	Para que haja avanço concreto na realização do DHAA, os esforços de conselheiros, bem como da sociedade civil, dependem, em grande parte, do compromisso com a realização e a adoção de ações por parte dos membros dos poderes públicos, que têm a obrigação de realizar suas ações de acordo com os tratados internacionais e documentos de direitos humanos.
07-	Avaliar a situação de insegurança alimentar e nutricional na população indígena Karapó da aldeia Plak-ô.	A pesquisa foi realizada com 90 famílias da etnia Kárapoto residentes na aldeia Plak-o. A maioria das famílias possuía um padrão socioeconômico muito baixo, caracterizado por alto percentual de analfabetismo e baixa renda. A prevalência de insegurança alimentar entre as famílias foi de 90% sendo maior entre aqueles com menores 18 anos(93%).	Conclui-se que a prevalência de desnutrição foi elevada, comparada com os outros estudos nacionais. O sobrepeso e a obesidade também se apresenta como problema de saúde publica, essa situação indica a necessidade urgente de ações direcionadas á garantia dos direitos humanos deste povo por partes do Estado, respeitando suas opiniões, usos, costumes e tradições.
08-	Analisar as transformações ocorridas na alimentação da comunidade indígena xavante, da aldeia Wede'rá, no Estado de Mato Grosso, Brasil.	Verificou-se que, com a introdução da mecanização na produção agrícola e o processo de sedentarização, o arroz tornou-se base da alimentação, substituindo outros alimentos tradicionalmente consumidos, obtidos principalmente através da coleta. A utilização da caça ainda permanece, entretanto, com maior impacto ambiental. Outras alterações na dieta são a compra de alimentos industrializados	Devem exigir esforços para alterar esse quadro, mas, mudanças no modo de vida e organização social dos indivíduos e nas relações destes com a natureza, podem estar comprometendo a sua segurança alimentar e nutricional de modo irreversível.
09-	Descrever o consumo alimentar qualitativo e quantitativo dos macronutrientes, e o valor calórico total da dieta de uma população de adultos e idosos indígenas Potiguara, residentes em aldeias localizadas	Houve predomínio do sexo feminino e da faixa etária de 30 a 59 anos de idade. Com relação ao consumo de macronutrientes e calorias observamos diferença apenas entre a faixa etária dos menores de 30 anos com os demais, sendo evidenciado um maior consumo para todos os	Diante das evidencias de um intenso processo de transição nutricional o desenvolvimento desta pesquisa contribuirá para uma maior compreensão dos problemas atuais da saúde e nutrição da população adulta e idosa indígena Potiguara e para o adequado

	nos municípios de Baía da Traição, verificando possíveis diferenças entre sexo, faixa etária e local de moradia; além do nível de adequação dos macronutrientes e por fim a principal fonte calórica na dieta contemporânea.	itens. As dietas foram classificadas segundo a maior frequência de adequação em : hipoglicídicas, hiperprotéica e hiperlipídicas, onde os alimentos mais consumidos foram : feijão, açúcares simples com aproximadamente 86% de consumo.	planejamento de intervenção na área.
--	--	--	--------------------------------------

Fonte: Os autores

A análise dos referidos artigos possibilitou, também a apresentação dos resultados em três categorias, como:

5.2 Categoria I: Alimentação antes da colonização dos índios

Essa categoria expressa como era o padrão alimentar indígena antes da chegada dos portugueses.

A alimentação do povo indígena era baseada na agricultura, caça e coleta as atividades da aldeia era dividida cabia ao homem à tarefa da caça e as mulheres a coleta e o preparo dos alimentos. Os índios se alimentavam de forma saudáveis com alimentos in natura dentre eles feijão, mandioca, milho e abóbora. (SILVA et al, 2009).

Segundo SILVA et al (2009) antes da colonização a economia da sociedade indígena Xavante que habitava a bacia do Tocantins era baseada na caça e coleta. A caça descrita como atividade exclusivamente masculina, a coleta pelas mulheres e a agricultura praticada por ambos os sexos e os produtos dessa atividade eram milho, feijão, abóbora, carás, arroz e mandioca.

Dessa forma a aldeia tirava sua subsistência de uma forma organizada tendo cada um uma função importante.

5.3 Categoria II: Mudança no padrão alimentar dos índios idosos

Segundo Moliterno et al (2011), com a chegada da colonização muitos hábitos indígenas se perderam e aos poucos eles foram perdendo sua identidade, tanto como sua cultura, sua língua e a culinária . Muitos índios saíram de suas aldeias por conta das dificuldades enfrentadas, solo infértil, rios poluídos, desmatamentos, queimadas e invasão de terras por terceiros para ir para centros urbanos em busca de uma maior

qualidade de vida. Com isso deram lugar a novos hábitos alimentares por conta da praticidade. Abaixo segue alguns depoimentos:

Segundo VIEIRA et al (2013) Acredita-se que o processo de saída das aldeias indígenas para a cidade de Manaus pode contribuir para diversas alterações no contexto alimentar, interferindo no processo saúde-doença do idoso, pois além de estar longe de seu povo, pode encontrar diversos obstáculos que impeçam o desenvolvimento de suas práticas sociais e culturais.

Plantar a gente até planta, mas vêm os animais dos outros e comem a nossa plantas, e se não são os porcos, a chuva vem e apodrece, tudo, perdemos todo feijão; assim é mais fácil comprar [...] (E1) (MOLITERNO ET AL, 2015).

Nas palavras do depoimento acima, reflete a problemática que os índios idosos enfrentam, eles até tentam manter um pouco da cultura mais com a dificuldade do plantio, eles preferem ajuda do governo com aposentadoria para poder garantir a alimentação da família.

5.4 Categoria III: Alimentação indígena idosos na atualidade

Essa categoria mostra o quando a alimentação indígena idosa sofreu com globalização. Sua alimentação está baseada em alimentos industrializados com alto valor calórico, ricos em açúcar e sal favorecendo assim no aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. (VIEIRA et al, 2016).

Segundo VIEIRA et al (2016) O padrão alimentar de idosos está intimamente arraigado à sua cultura. Paralelamente, observa-se que os hábitos alimentares vêm sofrendo influências do processo de globalização, como o tipo de alimentos consumidos e aspectos socioculturais que permeiam o ato de se alimentar.

5.5 Categoria IV: Consequências da má alimentação dos índios idosos

Essa categoria mostra a mudança do estilo de vida que os índios idosos trouxeram para sua vida. Com a baixa ingestão de frutas, fibras, legumes e verduras e alto consumo de alimentos industrializados favoreceu o aparecimento de diversas patologias, diabetes, hipertensão, dislipidemia e obesidade, gerando assim alto custo para saúde trouxeram (BORGHI et al, 2015).

Segundo BORGHI et al (2015) em consequência às mudanças no estilo de vida, já citados, os indígenas passaram a consumir maior quantidade de alimentos calóricos, refinados, ricos em açúcar e sal e pouca quantidade de alimentos naturais e ricos em fibras, como frutas, legumes e verduras, ou seja, os alimentos industrializados passaram a compor a alimentação cotidiana dos indígenas. Os idosos pesquisados referem consumo desses produtos, como doces, refrigerantes e embutidos.

Segundo MENEZES E SCHAUREN et al (2015) a insegurança alimentar e o cenário de transição nutricional e epidemiológica no Brasil, certificadas pelo aumento exorbitante das taxas de obesidade tem levado o estudo de o consumo alimentar a um patamar de grande relevância, sobretudo para populações indígenas com oferta facilitada de produtos industrializados, em decorrência do contato do grupo não indígena, provocando assim o abandono de componentes tradicionais e demográficos.

Segundo VIEIRA et al (2016) quanto às condições de saúde, os principais motivos de internação foram relacionados à necessidade da realização de procedimentos cirúrgicos (30%), investigação e tratamento de doenças do sistema digestório (10%), circulatório (10%), câncer (10%), renal (7%), avaliação diagnóstica para tuberculose (7%), outros (26%). Entre os antecedentes pessoais, evidenciou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (30%), câncer (20%), cardiopatias (17%), Diabetes Mellitus (DM) (13%) e nefropatias (10%).

Portanto, percebe-se que deve existir uma preocupação dos profissionais de saúde com a população indígena idosa, pois, com a mudança alimentar trouxe vários transtornos para sua vida. Os profissionais necessitam estar atentos para prestar cuidados humanizados e de qualidade aos índios idosos, a fim de evitar complicações e agravamento na saúde dos índios idosos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil alimentar dos índios idosos sofreu intensas modificações desde seu primeiro contato com o “branco”, esquecendo assim sua própria identidade e suas raízes adquirindo assim novos hábitos dos não indígenas. Considerando os agravos à saúde dos idosos associados aos hábitos alimentares devido ao alto consumo de alimentos industrializados e baixo consumo de alimentos saudáveis

Tal cenário preocupante, requisita, por si só, estudos epidemiológicos que descrevam de forma transparente os agravos à saúde de populações indígenas, principalmente as populações que estão imersas ou residem nas proximidades de metrópoles, como no caso das populações indígenas cearenses que residem nos municípios de Caucaia, Maracanaú e Aquiraz. Necessita de mais trabalhos sobre a alimentação indígena na terceira idade a fim de prevenir o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis e informar os profissionais de saúde sobre a saúde dos indígenas idosos.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Rinaldo. Territórios indígenas no Brasil: aspectos jurídicos e socioculturais. Disponível em: <http://laced.etc.br/site/arquivos/08-Etnodesenvolvimento.pdf>

BRASIL. Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos ns. 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

BRASIL. Lei Nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Diário Oficial da União, Brasília, 21 dez. 1973. Seção 1, p. 13177. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 5.371 de 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Justiça – Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Coletânea da Legislação Indigenista Brasileira. (org.) Luiz Fernando Villares e Silva. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. IBGE, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005.

CARVALHO, E. B. S. Marco Referencial dos Povos Indígenas do estado do Ceará. Ipece. Disponível em:<http://www2.ipece.ce.gov.br/SWAP/swapii/salvaguadas/marco_logico_indigenas.pdf> Acesso em dez/2010.

CUNHA, M. C. Índios do Brasil: história, direitos e cidadania. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, p. 5-6.

CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013, 167p.

CURIATI, J. A. E; GARCIA, Y. M. Nutrição e envelhecimento. In: FILHO, E. T. C.; NETTO, M. P. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 707- 17.

HEMMING, J.; MOURA, C. E. M. Outro Vermelho: a conquista dos índios brasileiros. São Paulo: EdUSP, 2007.

LIMA, R. de Q. Colonialismo do Poder: a subjetividade Estatal de negação da presença indígena no Ceará e a construção do território Tremembé de Queimadas, Acaraú/Ceará, Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www.29rba.abant.org.br/resource>

s/anais/1/1402144534_ARQUIVO_Antropologia_AntropologiaColonial-RonaldoQueiroz.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

MELATTI, J. C. Índios do Brasil. São Paulo: EdUSP, 2007, p. 43-45.

MOURA, A. F. da C.; PEIXOTO, L. S. R. Identidade na perspectiva da Psicologia Sócio-histórica: estudo da comunidade Pataxó da aldeia Pé do Monte. 2007. 40 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Salvador, 2007.

PINSKY, J. A escravidão no Brasil. ed. 21. São Paulo: Contexto, 2015, p. 15-17.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública. v. 27, p. 87-94, 1993.

RODRIGUES, A. D. Sobre as línguas indígenas e sua pesquisa no Brasil. Ciência e Cultura. Vol. 57, n. 2. São Paulo, abr/jun 2005.

RIBEIRO, D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

RIBEIRO, D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RODRIGUES, P. S. A. Índios do Brasil. Disponível em:
https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigocientifico_15_0.pdf

RODRIGUES, P. C. Bioestatística. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2013.

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Orgs). Epistemologias do Sul. Lisboa-PT: Almedina, 2009.

SILVA, R. S. M.; CAVALCANTE, C. L. C.; A re-invenção cultural dos índios Tapebas por meio da inclusão digital. XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Fortaleza, 2009.

SILVA, R. J. N.; GARAVELLO, M. E. P. D. Alterações nas estratégias de subsistência: o caso dos índios brasileiros xavantes. Segurança Alimentar e Nutricional. n. 16. v. 1. p. 32-48. Campinas, 2009.

SILVEIRA, E. C. et al. Território indígena: a construção diária da sobrevivência. RELACult – Revista Latinoamericana de Estudos em Cultura e Sociedade. v. 2. ed. especial, p. 547-555. dez/2016.

VIEIRA, J. C. M. Alimentação de idosos indígenas sob a ótica da enfermagem transcultural. Revista Enfermagem UERJ. n. 24. v. 2. Rio de Janeiro, 2016.

VENERE, M. R. Políticas públicas para populações indígenas com necessidades especiais em Rondônia: o duplo desafio da diferença. 2005. 139 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho-RO. 2005. Disponível em: <<https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub745.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

CAPÍTULO 08

PERFIL DO CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE OS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO NO MUNICÍPIO DE DIANÓPOLIS, TO

Vitória Reis Sousa

Instituição: Instituto Federal do Tocantins – IFTO – Campus Dianópolis

E-mail: vitoira.sousa4@estudante.ifto.edu.br

Carolynne Victória Lopes Barbosa

Instituição: Instituto Federal do Tocantins – IFTO – Campus Dianópolis

E-mail: carolynevicklopes@gmail.com

Cauã Melo Fernandes

Instituição: Instituto Federal do Tocantins – IFTO – Campus Dianópolis

E-mail: cauamelo2345@gmail.com

Miquéias Nascimento Gonçalves

Instituição: Instituto Federal do Tocantins – IFTO – Campus Dianópolis

E-mail: miqueias.15.cj@gmail.com

João Paulo Rodrigues da Silva

Instituição: Instituto Federal do Tocantins – IFTO – Campus Dianópolis

E-mail: joao.r@ifto.edu.br

Delfim Dias Bonfim

Instituição: Instituto Federal do Tocantins – IFTO – Campus Dianópolis

E-mail: delfim.bonfim@ifto.edu.br

Resumo: Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de apresentar o perfil do consumo de álcool entre estudantes do Ensino Médio no município de Dianópolis, Tocantins. Para a obtenção dos dados, aplicou-se um questionário estruturado com 22 questões. Participaram da pesquisa os estudantes do Ensino Médio do Instituto Federal do Tocantins (IFTO), *Campus* Dianópolis; e as demais escolas estaduais: Colégio João D' Abreu, Centro de Ensino Médio Antônio Póvoa e a Escola Estadual Coronel Abílio Wolney, totalizando-se 413 participantes. Destes, 24,21% relataram uso de bebidas alcóolicas, dos quais 51,00% iniciaram o consumo entre 13 e 15 anos; 61,00% são do sexo feminino e 59,00% passou a beber mais entre 16 e 18 anos. Constatou-se também que 55,00% dos estudantes que consomem álcool coabitam com pai e mãe; 50,00% possuem consentimento dos responsáveis e em 79,00% dos casos existe consumo de bebidas alcóolicas por pessoas que residem com o estudante. Com os dados obtidos, pode-se concluir que o uso de bebidas alcóolicas foi prevalente no sexo feminino, um a cada dois participantes iniciou-se o consumo entre 13 e 15 anos, mais da metade reside com familiares consumidores de álcool e quatro a cada cinco estudantes ingerem bebidas alcóolicas na casa de amigos e em festas. A partir desses levantamentos será possível planejar medidas mais efetivas de prevenção e controle juntamente com as escolas, famílias e o poder público municipal.

Palavras-chave: Consumo de álcool; Jovens; Adolescentes.

1. INTRODUÇÃO

O álcool, considerado uma droga lícita, é a substância psicoativa mais utilizada no mundo, sendo que o seu consumo geralmente é iniciado na adolescência (JOHNSTON *et al.*, 2015), tanto para a celebração, como para o sofrimento, pois libera as inibições. Porém, o art. 81 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamenta o tema, incluindo a proibição de compra, venda, transporte, guarda, consumo de álcool e tabaco para a faixa etária até 18 anos. Portanto, para os adolescentes o álcool é sempre uma droga ilícita (FREITAS *et al.*, 2007).

O consumo precoce de álcool está associado a futuros problemas de saúde, socioculturais e econômicos, além de aumentar de maneira significativa o risco de beber excessivamente na idade adulta (STRAUCH *et al.*, 2009). O consumo de álcool em excesso pelo adolescente traz várias consequências graves para sua saúde, evidenciando-se que esta droga socialmente aceita é porta de entrada para o consumo e o vício em outras drogas, ditas ilícitas (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

“É necessário ressaltar que o uso de substâncias psicoativas, não é um evento novo no repertório humano” (TOSCANO Jr., 2001, apud PRATA; SANTOS, 2006) “e sim uma prática milenar e universal” (TAVARES; BÉRIA & LIMA, 2004), “ não sendo, portanto, um fenômeno exclusivo da época em que vivemos” (ALVES & KOSSOBUDZKY, 2002; CARRANZA & PEDRÃO, 2005, apud PRATA; SANTOS, 2006).

Considerar a idade de início do uso de álcool é de grande relevância, pois são de amplo conhecimento os fatores associados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas na adolescência, dentre eles destacam-se o fracasso escolar, acidentes de trânsito, violências e algumas práticas de risco como o uso de drogas ilícitas, tabagismo e sexo desprotegido (GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH 2014, 2014; BRASIL, 2015). Dentre os possíveis motivos que justificam essa associação, destacam-se os prejuízos no julgamento causado pelo álcool, escolha de amigos e até a escolha de contextos que promovem a vivência de situações que envolvam risco (CISA, 2007).

A adolescência é uma fase de grande vulnerabilidade e intensas transformações físicas, hormonais e comportamentais, cujas consequências podem restringir o potencial de desenvolvimento psicológico e promover comprometimento

das potencialidades cognitivas e criativas, acarretando impacto social e econômico, decorrente das repercussões na saúde física e mental (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004). Este é um período crítico na vida dos indivíduos, pois nessa fase o jovem vivencia descobertas significativas e afirma a personalidade e a individualidade. Não se pode caracterizar a adolescência apenas como faixa etária, pois, muito além disso, ela compreende a transformação do jovem até a idade adulta nos aspectos biológico, social e psicológico (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Apesar do grande problema que representa o consumo de álcool cada vez mais cedo pelos jovens e adolescentes, os programas de prevenção para adolescentes estão totalmente voltados para as drogas ilícitas e poucos abrangem o álcool. Os próprios profissionais de saúde e educação estão conscientizados da necessidade de ações de prevenção em relação às drogas ilícitas, porém poucas iniciativas se referem ao consumo de álcool entre os jovens e adolescentes. Dessa forma, percebe-se uma necessidade urgente de mudanças nesse quadro preocupante (BOUZAS, 2007).

Dessa forma, é muito importante que esse assunto seja discutido no âmbito escolar, onde os adolescentes passam grande parte da sua vida e convivem com outros adolescentes e também com outras experiências. É preciso desempenhar o papel conscientizador no ambiente escolar, alertando os alunos quanto aos danos físicos, psicológicos e sociais aos quais estão expostos ao consumirem bebidas alcoólicas precocemente (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Para que medidas e campanhas preventivas sejam colocadas em prática, é necessário antes entender os fatores que levam os adolescentes ao consumo de álcool tão precocemente. Apesar de alguns fatores gerais serem conhecidos e de ampla ocorrência, é preciso considerar as diferentes realidades e ambientes nos quais os adolescentes estão inseridos, para que as ações educativas de prevenção sejam mais efetivas e duradouras. (COSTA, et al., 2013).

Este presente artigo tem como propósito apresentar o perfil do consumo de álcool entre estudantes do Ensino Médio no município de Dianópolis, Tocantins.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Dianópolis (TO), em 2020, nas escolas de Ensino Médio: Colégio João D' Abreu, Centro de Ensino Médio Antônio Póvoa, Escola Estadual Coronel Abílio Wolney e no Instituto Federal do Tocantins

(IFTO), *Campus* Dianópolis. No IFTO os participantes frequentam Cursos Técnicos em Agropecuária e Informática Integrados ao Ensino Médio. Nas demais instituições, os participantes cursam apenas o Ensino Médio Regular.

Os participantes da pesquisa possuem idade entre 14 e 24 anos. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) são considerados adolescentes indivíduos na faixa etária entre 12 e 18 e de acordo com o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013) são considerados jovens indivíduos com faixa etária entre 15 e 29 anos. Logo, a pesquisa foi realizada com adolescentes e jovens.

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo e de natureza quantitativa. Para a coleta dos dados, foi aplicado um questionário estruturado de autopreenchimento, elaborado pelos autores, através do Google Forms (Google Formulário), com 22 questões referentes aos objetivos do projeto. O instrumento apresenta questões referentes ao consumo de álcool pelos estudantes do Ensino Médio das escolas de Dianópolis (TO) e possíveis fatores associados (sociais, comportamentais e familiares) baseado em estudos semelhantes.

A participação por parte dos estudantes foi voluntária e antes da aplicação do questionário os participantes foram informados quanto aos objetivos do projeto, bem como dos riscos e benefícios aos quais estavam sujeitos ao participar e somente responderam ao questionário os estudantes que assinaram/aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes da aplicação do questionário, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do IFTO através da Plataforma Brasil e aprovado após apreciação, conforme Parecer nº 4.088.228.

Após a aplicação dos questionários, com as porcentagens obtidas, foi possível organizar as informações em gráficos e tabelas para melhor visualização dos resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram coletados e analisados dados de 413 discentes do Ensino Médio das escolas de Dianópolis. Destes, 62,71% são do sexo feminino, praticamente um quarto (24,21%) dos participantes relataram uso de bebidas alcóolicas, 51,00% iniciaram o consumo com idade entre 13 e 15 anos, 59,00% passou a beber mais que um gole (mais do que só provar) entre 16 e 18 anos de idade, 44% ingere mais que uma vez

mensalmente e 24,00% não praticavam esporte em nenhum dia da semana, conforme dados na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos adolescentes e jovens que consomem bebida alcoólica

Características Analisadas	N	%
1. Sexo		
Feminino	259	62,71
Masculino	154	37,28
2. Faixa etária		
13 anos	0	0,00
14 anos	4	0,97
15 anos	105	25,42
16 anos	90	21,79
17 anos	139	33,66
18 anos	52	12,59
Maiores de 18 anos	23	5,57
3. Consomem bebidas		
Sim	100	24,21
Não	313	75,78
4. Idade na primeira vez que houve consumo		
Menor de 8 anos	2	2,00
Entre 8 e 12 anos	1	1,00
Entre 13 e 15 anos	51	51,00
Entre 16 e 18 anos	41	41,00
Acima de 18 anos	5	5,00
5. Idade começou a beber mais que um gole (mais do que só provar)		
8-12 anos	5	5,00
13-15 anos	31	31,00
16-18 anos	59	59,00
Acima de 18 anos	5	5,00
6. Frequência da prática de esportes (estudantes que consomem bebidas alcoólicas)		
Todos os dias	28	28,00
Três vezes por semana	19	19,00
Duas vezes por semana	11	11,00
Uma vez por semana	18	18,00
Não pratica	24	24,00
7. Se considera como alguém alcoólatra		
Sim	0	0,00
Não	100	100
8. Frequência de ingestão		
Menos de uma vez ao mês	53	53,00
De uma a três vezes ao mês	32	32,00
Todos os finais de semana	12	12,00
Mais que em todos os finais de semana	3	3,00

Fonte: Os autores

Observa-se que 24,21% de adolescentes e jovens participantes consomem bebida alcóolica. Destes, a predominância do sexo feminino (61,00%) ratifica dados da literatura nacional (COSTA et al., 2013; STRAUCH et al., 2009; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001). Este dado é preocupante, pois adolescentes do sexo feminino, com menor massa muscular, estresse hormonal e menor quantidade de enzimas, resistem menos ao uso do álcool (FREITAS et al., 2007).

Os resultados indicam para o consumo precoce relevante do álcool, pois o número de participantes que iniciaram o consumo entre 13 e 15 anos de idade ainda é elevado (51,00%). Considerando que a adolescência é uma fase de maior vulnerabilidade, cujas consequências podem comprometer o potencial de desenvolvimento psicológico e acarretar comprometimento das potencialidades cognitivas e criativas, significa que a problemática assume maior relevância (COSTA et al., 2013). Nota-se que 12,00% apresentaram consumo frequente, o que pode acarretar o risco de beber excessivamente na idade adulta caso medidas preventivas não sejam implementadas juntamente com a família, comunidade em geral e órgãos responsáveis.

Na tabela 2 observa-se que 55,00% dos estudantes que consomem álcool coabitam com pai e mãe, em 50,00% dos casos de consumo possuem consentimento dos responsáveis e em 79,00% dos casos existe consumo de bebidas alcoólicas por pessoas que residem na mesma casa do participante. Os dados mostram que 30,00% possuem relação regular (pouco ou nenhum diálogo) com quem mora, 53,00% bebem pelo sabor da bebida, seguido de interagir com a galera (22,00%) e 79,00% preferem bebidas fermentadas.

Tais dados assemelham-se com a literatura existente, pois entre os possíveis fatores familiares de risco identificados em diversas pesquisas destacam-se: problemas de relacionamento entre pais e filhos, relações afetivas precárias e ausência de regras e normas claras dentro do contexto familiar (limites), uso de drogas pelos pais, irmãos ou parentes próximos, situações de conflitos permanentes, dificuldades de comunicação e a falta de acompanhamento e monitoramento constante dos filhos por parte dos pais, além da falta de apoio e da orientação (TOSCANO Jr., 2001, apud PRATA; SANTOS, 2006). É possível observar que a maioria dos estudantes que fazem o uso de bebidas alcoólicas coabitam com o pai e mãe. O que se pode afirmar também, segundo as pesquisas, é que a família influencia diretamente os padrões de conduta dos indivíduos, principalmente, se estes estiverem

em processo de desenvolvimento, buscando definir os contornos de sua identidade e organizar seu sistema de valores, como no caso dos adolescentes e jovens analisados (AVI; SANTOS apud PRATTA; SANTOS, 2006; 2000; MATOS et al., 2010; COSTA et al., 2013). Segundo Costa et al. (2013) as primeiras experiências com o álcool ocorrem em ocasiões de festas, junto aos amigos ou na família, evidenciando a aceitação do uso dessas substâncias no ambiente familiar.

Tabela 2: Fatores associados ao consumo de álcool por jovens e adolescentes. Escolas estaduais e federal, Dianópolis, Tocantins, 2020

Fatores Analisados	N	%
1. Coabitação		
Pai e mãe	55	55,00
Apenas com o pai	6	6,00
Apenas com a mãe	17	17,00
Outros familiares	22	22,00
2. Consentimento dos responsáveis		
Eles permitem	50	50,00
Não permitem	12	12,00
Não sabem	10	10,00
Permitem em ocasiões especiais	28	28,00
3. Consumo em casa por algum residente		
Sim	79	79,00
Não	21	21,00
4. Influência de alguma parte quanto ao consumo		
Dos pais	5	5,00
De amigos	20	20,00
De alguma outra parte da família	4	4,00
De outros	6	6,00
Não há	65	65,00
5. Lugar que ocorre consumo com mais frequência		
Festas	37	37,00
Casas de amigos	43	43,00
Reuniões familiares	20	20,00
6. Principal motivo para consumir		
Fugir dos problemas	19	19,00
Interagir com a galera	22	22,00
Ter atitude ou coragem	2	2,00
Não há opção de lazer	0	0,00
Sabor da bebida	53	53,00
Incentivo ou exemplo na família	2	2,00
7. Relação com quem moram		
Boa (possui diálogo)	69	69,00
Regular (pouco ou nenhum diálogo)	30	30,00
Ruim (possui conflitos e/ou discussões frequentes)	1	1,00
8. Bebida alcoólica de preferência		
Destilada	21	21,00
Fermentada	79	79,00

Fonte: Os autores

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os dados obtidos no presente estudo, observou-se que o uso de bebidas alcóolicas foi prevalente no sexo feminino, que a cada dois estudantes um deles iniciou o consumo entre 13 e 15 anos, que mais da metade reside com familiares consumidores de álcool e que quatro a cada cinco estudantes ingerem bebidas alcóolicas na casa de amigos e em festas. A partir desses levantamentos será possível planejar medidas mais efetivas de prevenção e controle juntamente com as escolas, as famílias e o poder público municipal.

O objetivo inicial proposto de apresentar o perfil de consumo de álcool dos estudantes do Ensino Médio no município de Dianópolis foi atingido. No entanto, essa caracterização ainda se mostrou limitada, necessitando que sejam conduzidos outros estudos para identificar quais são os principais fatores associados ou não ao consumo de álcool.

REFERÊNCIAS

BOUZAS, I. O Álcool. **Adolescência & Saúde**, v.4, n.4, editorial, 2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm> Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. **Estatuto da Juventude**: Lei federal nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm> Acesso em: 2 nov. 2020.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula T., ALVES, Maria Dalva S., BARROSO, Maria Grasiela T., “**Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde**”. Esc. Anna Nery vol.12 no.3 Rio de Janeiro Sept. 2008.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). **Álcool e Jovens**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/340/alcool-jovens.php>> Acesso em: 2 nov. 2020.

COSTA, M.C.O. et al. Uso frequente e precoce de bebidas alcoólicas na adolescência: análise de associados. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 25-32, 2013.

FREITAS, I.C.F. Uso e abuso de álcool na adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 4, n.3, p. 6-17, 2007.

GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH 2014. **Geneva: World Health Organization** - WHO, 2014. 376 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.

JOHNSTON, L. D. et al. **Monitoring the future**: national survey results on drug use 1975-2013: 2014 overview, key findings on adolescent drug use. Arbor: University of Michigan, Institute for Social Research - ISR, 2015. 90 p. Disponível em: <<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2020.

PRATTA, E.M.M; SANTOS, M.A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.315-322, 2006.

STRAUCH, E. S. et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 647-655, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32647>>. Acesso em: 3 nov. 2020.

TAVARES, B.F.; BÉRIA, J.U.; LIMA, M.S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n.6, p.787-796, 2004.

CAPÍTULO 09

QUESTÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA E SEUS CUIDADORES

Laíza Lafuente

Enfermeira pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO. Foi bolsista PIBIC/CNPq. Atua no Hospital Cândido Rondón em Ji-Paraná/RO

E-mail: iza_lafu@hotmail.com

Dieferson Silva Braz

Licenciado em Educação Física pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO. Bacharel em Educação Física pela Uniasselvi. Licenciado em Pedagogia pela Unifacvest. Atua na Prefeitura de Sinop MT

E-mail: dieferonbraz1@gmail.com

Francieli Carniel

Enfermeira Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada pela ULBRA. Atua no Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná – RO.

E-mail: dieferonbraz1@gmail.com

Poliana Piovezana dos Santos

Bacharel em Educação Física. Mestrado em Ciências do Movimento Humano pela UDESC. Atua no Unicentro - SC

E-mail: poliana.piovezana@gmail.com

Shirley Rodrigues Maia

Licenciada em Pedagogia com habilitação na educação da audiocomunicação pela FMU. Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento pela Mackenzie. Doutorado em Educação área de Psicologia da Educação pela USP. Pós Doutorado em Psicologia na UFSCar. Atua na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, é Diretora Educacional da AHIMSA e do Grupo Brasil de Apoio ao Surdocego e ao Múltipla Deficiente Sensorial.

E-mail: maryshilly@yahoo.com.br

Susana Maria Mana de Araújo

Psicóloga e Mestre em Psicologia da Saúde pela UMESSP. Doutora em Educação Especial pela UFSCar. Orientadora PIBIC/CNPq. Atua no Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná RO e no Grupo Brasil de Apoio ao Surdocego e ao Múltiplo Deficiente Sensorial.

E-mail: profsusanaaraoz@gmail.com

Resumo: Este trabalho relata o levantamento de 2 estudos no projeto de pesquisa Deficiência Múltipla.. O estudo 1 teve como objetivo, levantar e analisar o perfil e as experiências vivenciadas por pais e tutores de pessoas com deficiência múltipla na busca de informações com os profissionais da área da saúde e o 2 avaliar o perfil da qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência múltipla, desenvolvidas com pais do atendimento educacional para alunos com deficiência múltipla da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ji-Paraná, ambas as pesquisas

são de caráter descritivo, transversal, quantitativa e qualitativa. A amostra foi determinada por conveniência/intencionalidade dos pesquisadores. Participaram 18 pais ou tutores no qual relataram dificuldades na hora do parto, obtenção do diagnóstico, realização de exames, informações e orientações sobre o tratamento e o cuidado para com as Pessoas com Deficiência Múltipla. A maioria dos aspectos considerados importantes para uma boa qualidade de vida dos cuidadores revelaram porcentagem baixas, observa-se que os cuidadores dispõem mais tempo cuidando das pessoas com múltipla deficiência do que com seu próprio bem estar. Pode-se concluir que os profissionais da área de saúde precisam promover a orientação adequada no pré-natal e no acompanhamento das crianças, a qualidade de vida do grupo estudado de cuidadores de pessoas com deficiência múltipla é deficitária, precisa-se de programas que ofereçam formação continuada de atualização dos profissionais para melhor orientar as PcD e suas famílias.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Deficiência múltipla; Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A deficiência múltipla é citada em trabalhos voltados para inclusão social, na escola, na acessibilidade, mas tratando dos aspectos de saúde observam-se poucos trabalhos científicos publicados e conceitua-se como: “Associação de duas ou mais deficiências” (BRASIL, 2007). Entrou na pauta das políticas públicas do Brasil a partir da década de 90 como pode ver-se nos anos de publicação citados.

Podem-se classificar como as principais causas das deficiências múltiplas, os transtornos congênitos e perinatais; genéticos; por falta de atendimento e assistência inadequada às mulheres em fase reprodutiva; as doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis; o abuso de álcool e de drogas; a desnutrição; os traumas e as lesões (BRASIL, 2008).

Segundo o Dicionário Brasileiro de Saúde (2009) o cuidador pode ser definido como uma pessoa, membro ou não da família, que recebe ou não remuneração, que cuida do doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias. A pessoa quando se vê no papel de cuidador passa a sofrer um estresse diário, pois demanda atenção, tempo e esforço.

O ambiente familiar é altamente reestruturado, assim cada membro familiar começa a desenvolver outras funções específicas, para dar suporte à pessoa com deficiência, a mãe na maioria das vezes toma para si toda a carga do cuidado e da manutenção da qualidade de vida do filho deficiente, buscando informações sobre tratamentos, desenvolvendo uma condição de sobrecarga entre ser esposa, mãe e mulher. Segundo Barbosa et al., (2009, p. 407) “a família busca apoio nos profissionais de saúde em diferentes momentos de sua trajetória e solicita informações sobre a deficiência do filho”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esse conceito envolve seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

Para Roeder (2003) os estudos sobre qualidade de vida têm criado parâmetros importantes para o desenvolvimento de pesquisa na área de medicina, nutrição,

ciência social, ajudando na avaliação de doença e impacto que a mesma pode trazer para o indivíduo.

Segundo Nahas (2003) para se garantir uma boa qualidade de vida, e preciso ter hábitos saudáveis, cuidar do corpo, ter tempo para lazer e vários outros hábitos que façam o indivíduo se sentir bem, usar o humor para lidar com o stress do dia-a-dia, definir métodos na vida com que fazem a pessoa se sinta com controle sobre a sua vida.

Um ponto de destaque a ser considerado são as doenças que o cuidador pode desenvolver pela sobrecarga de tarefas e o estresse acumulado, os cuidadores ficam suscetíveis a desenvolver problemas como: cansaço, distúrbio do sono, cefaléia, perda de peso, hipertensão, insatisfações na vida social, exclusão, isolamento, depressão, perda de perspectiva de vida, e uso de psicotrópicos (ARÁOZ & COSTA, 2008; ARÁOZ, 2009; SOUZA, 2010; BRACCIALLI et al., 2012).

É papel dos profissionais da área de saúde participar do processo de reabilitação e reintegração das PcD, além de dar suporte emocional, trabalhando em parceria com o cuidador familiar e o paciente (FRANÇA & PAGLIUCA, 2009). Neste caso tendo o envolvimento de profissionais da enfermagem e da educação física este trabalho é direcionado ao trabalho dessas áreas tendo como base em dois trabalhos apresentados no IV Congresso Nacional de Educação Especial como segue:

O 1º estudo teve como objetivo: levantar e analisar o perfil e as experiências vivenciadas por pais e tutores de pessoas com deficiência múltipla na busca de informações com os profissionais da área da saúde e o 2º avaliar o perfil da qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência múltipla, desenvolvidas com pais do atendimento educacional para alunos com deficiência múltipla da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ji-Paraná apresentadas e publicadas nos Anais do IV Congresso Brasileiro de Educação Especial para contribuir com a formação dos profissionais da área de saúde no atendimento às pessoas com este tipo de deficiência (LAFUENTE et al, 2014a e LAFUENTE et al, 2014b).

2. METODOLOGIA

Ambos estudos são de caráter descritivo, transversal, quantitativo e qualitativo com a que tem como finalidade produzir conhecimentos instantâneos, sobre a situação de saúde de um grupo (GIL, 2002; POLIT & BECK, 2011). A amostra foi

determinada por conveniência/intencionalidade dos pesquisadores. Fazem parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE 31899014.0.0000.5297.

O instrumento da pesquisa 1 foi um roteiro de entrevista semi-estruturada elaborada com base nos levantamentos de Araújo (1999) e (2009) para caracterizar o perfil socioeconômico e educacional do entrevistado e dados referentes à saúde das pessoas com deficiência múltipla das que são pais ou tutores, com 10 perguntas fechadas e 5 perguntas abertas. O instrumento da pesquisa 2 foi um questionário adaptado de Nahas, Barros e Francalacci (2000) sobre a qualidade de vida dos cuidadores obtendo os aspectos de “alimentação, atividade física, relacionamento, controle de stress e saúde”

A identidade dos participantes em ambos estudos foram preservadas pela utilização de um código do participante que foi o número do roteiro de entrevista utilizado. Os dados quantitativos foram tabulados no Microsoft Office Excel 2007, demonstrados em tabelas e figuras e os dados qualitativos foram transcritos das gravações efetuadas e analisados pelo método análise de conteúdo em confronto com o referencial teórico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes de ambos os estudos foram 18 pessoas cuidadores ou tutores dos alunos com deficiência múltipla. O Perfil Socioeconômico dos mesmos são demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil Socioeconômico dos Entrevistados

CATEGORIAS	QUANTIDADE	(%)
SEXO		
Feminino	17	94
Masculino	01	06
IDADE		
15 a 25 anos	03	17
De 25 a 35 anos	02	11
De 35 a 45 anos	06	33
De 45 a 55 anos	06	33
De 55 a 65 anos	01	06
ESTADO CIVIL		
Casado	09	50
Solteiro	06	33
Outros	03	17
OUTROS FILHOS		

Não	05	28
Sim	13	72
POSSUEM DEFICIÊNCIA		
Não	15	83
Sim	03	17
RENDA FAMILIAR		
Sem renda	01	6
Até 1 salário	06	33
1 a 2 salários	08	44
De 2 a 4 salários	02	11
De 4 a 6 salários	01	6
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental	07	39
Ensino médio	09	50
Ensino superior completo	02	11

Fonte: Lafuente et al, 2014a e 2014b

As pessoas que fizeram-se presentes foram 11 mães, 1 tia, 1 sobrinha, 1 mãe adotiva, 1 cunhada, 2 avós e 1 tio. Nota-se que as pessoas do sexo feminino se interessam mais em atender as necessidades da pessoa com deficiência múltipla preocupando-se mais em levá-los nas sessões de reabilitação e a reuniões e cursos. De acordo com Oliveira e D'Elboux (2012) a figura feminina desempenha o papel na sociedade como um ser cuidador, onde ela deve se preocupar com o bem estar de seus filhos e da sua casa, protetora da família quanto à figura masculina tem papel de mantenedor da família.

Segundo a coleta muitas delas tiveram seus filhos em idade superior a 25 anos, é um fator de risco pois algumas complicações e síndromes podem se desenvolver devido a idade da mãe (CABRAL et al., 2011). Os entrevistados apresentaram a idade entre 35 a 55 anos, a idade influencia também quanto ao cuidado, ou seja as mães já estão em uma fase da vida que também precisam de cuidados médicos, pois já não possuem mais o mesmo vigor e saúde para prestarem cuidados ou para trabalharem (BEE, 1997).

Segundo Fiamenghi Jr. & Messa (2007) muitas vezes a mãe não aceita a deficiência de seu filho, pois durante a gestação idealizam uma criança perfeita e com o diagnóstico, entram em um processo de luto, pois trata-se da perda da fantasia de uma criança sadia. As avós acabam tomando para si a responsabilidade de cuidar do PcD. Isso fica evidente na fala das entrevistadas. Entrevistada nº 03 “[...] *minha filha até hoje não caiu à ficha dela, [...], inclusive tem hora que ela trata a neném como se a neném fosse normal*” (SIC). Entrevistada nº 10 “*tem gente da família até hoje que não aceita, eu no começo também não aceitava muito não entrei em depressão, mas*

depois eu fui vendo quando mais rápido eu procurar tratamento melhor para ela ir se desenvolvendo, por isso que ela começou a andar mais rápido, é um processo lento, mas eu nunca deixei de correr atrás” (SIC).

Dos entrevistados 9 mantiveram casados ou casaram-se novamente. Mas à aqueles que os companheiros abandonaram e não aceitaram ter um filho com deficiência. Segundo Moura & Valério (2003) a família ao receber uma criança com deficiência sofre um grande impacto, pois cada um já tem o seu papel definido dentro da família, quando um bebê nasce com necessidades especiais há todo um rearranjo familiar, o pai muitas vezes não aceita que o filho seja deficiente, a partir do recebimento do diagnóstico, colocando muitas vezes a culpa na mãe, não querendo ajudar e mudar o seu estilo de vida.

Nas entrevistas isso ficou muito evidente, Entrevistado nº 06 “[...] *meu ex marido abandonou, falou que não queria não, que não aceitava isso não*” (SIC). Entrevistado nº 02 “[...] *meu companheiro não me apoiou, não dava atenção, logo me separei, foi mais difícil ainda, me perturbava muito, não me acompanhou na gestação, [...], fui morar com ele, aí não foi mais a mesma coisa começou a complicar [...]*”(SIC). Segundo Aráoz (1999, p.68) analisando depoimentos dos participantes de sua pesquisa pode perceber que no caso de abandono do marido “elas já tinham diferenças com os cônjuges antes do nascimento da criança e a dedicação que passaram a ter, com constantes visitas aos médicos, e tratamentos, fizeram com que não investissem mais na conservação do casamento”.

As alterações genéticas podem geralmente resultar em uma transmissão hereditária, com isso é importante investigar se os familiares, mãe ou pai também possuem síndromes ou deficiência (ARRYM, 2011). Durante a coleta de dados uma das mães relatou que possuía deficiência intelectual, outra entrevistada relatou que um dos seus irmãos era mudo. Partindo disso o fator genético e o rastreamento de doenças é imprescindível.

Os profissionais da saúde durante a anamnese com os pais devem ficar atentos quanto a possíveis pessoas na família que também possuem deficiência, para associarem a uma condição genética presente na família e possíveis casos em outros filhos (CARVALHO & RIBEIRO, 2002).

Os pais passado o processo de luto, mostram-se resilientes e continuaram a ter outros filhos, que por muitas vezes não nascem com deficiência.

Grande parte vive da aposentadoria da pessoa com deficiência ou do salário do companheiro e apoio de outros familiares. A mãe muitas vezes não trabalha porque é encarregado a ela cuidar da pessoa com deficiência, dificultando assim ajudar na renda mensal da família. Muitas são autônomas e outras trabalham quando tem outra pessoa para assumir o papel de cuidador.

Com a renda mensal baixa os cuidadores dão preferência as prioridades da família e do PcD, como (alimentação e moradia) e se privam de momentos de lazer e confraternização com parentes e amigos, aumentando assim o nível de stress (BRACCIALLI et al., 2012). Entrevistada nº 6 *“[...] uma vez o doutor passou um remédio para ela caríssimo, custava quase 300 reais. Como ela tava tomando mais 4 eu tirei esse mais caro. Ai ele falou assim mãe você ta dando o remédio para (PcD), ai eu falei o mais caro eu tirei, porque não estou tendo condições de comprar”* (SIC).

Observa-se que o tratamento, a educação, o cuidado e o lazer são comprometidos pela falta de renda, impossibilitando às vezes a família e principalmente a pessoa com deficiência múltipla ter uma qualidade de vida e um desenvolvimento satisfatório.

A escolaridade é fundamental no entendimento do diagnóstico e no tratamento a ser realizado, os familiares que apresentaram escolaridade baixa tiveram dificuldade em entender o diagnóstico e as perguntas realizadas na coleta de dados. Pois a linguagem técnico científica que habitualmente é empregada pelos profissionais da saúde, são desconhecidas as pessoas que não pertencem a esse ramo de trabalho. Na entrevista isso foi constatado. Entrevistado nº 02 *“[...] não entendi bem o diagnóstico, o que é isso, eles me explicaram só que eles falam do jeito deles, um jeito que a gente não entendi, porque eles são estudados, ai eu comecei a pesquisar, ai pra fora tem uma instituição da agenesia do corpo caloso, ai eu vi as crianças desenvolvendo na escola, tudo com pesquisa, eu vi que ela pode ter um desenvolvimento”* (SIC).

Quando a cuidadora possui um grau de instrução e conhecimento ela é capaz de reivindicar seus direitos e pesquisar mais profundamente a deficiência de seu filho, sendo assim a escolaridade do cuidador de suma importância para o desenvolvimento e aprendizagem da pessoa com deficiência múltipla.

Na tabela 2 vem sendo demonstrado o perfil das pessoas com deficiência múltipla, de acordo com as respostas dos cuidadores participantes.

Tabela 2: Perfil dos alunos com Deficiência Múltipla participantes

CATEGORIAS	QUANTIDADE	(%)
SEXO		
Masculino	07	39
Feminino	11	61
RAÇA		
Parda	10	56
Branca	08	44
IDADE		
1ano e 5 meses a 5 anos	04	22
De 5 a 10 anos	06	33
De 10 a 15 anos	01	06
De 15 anos a 20 anos	04	22
Acima de 25 anos	03	17

Fonte: Os autores

De acordo com a pesquisa de Castro et al. (2008) realizada em São Paulo, o sexo com maior índice de prevalência com alguma deficiência foi o feminino. Segundo a pesquisa do IBGE 2010, Brasil (2012, p.9) sobre todas as deficiências, menos deficiência múltipla, verificou-se que a expectativa de vida é maior no sexo feminino, “os indicadores refletem o conhecido fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre com frequência muito mais alta no segmento das pessoas com deficiência”, por esta razão o resultado apresentou um índice maior no sexo feminino, na pesquisa realizada.

De acordo com Brasil (2012) nos grupos das raças preta e amarela foram registrados os maiores percentuais de todas as classificações de deficiências em ambos os sexos, seguindo a tendência de maior incidência na população feminina no Brasil. Mas segundo a coleta realizada voltada a deficiência múltipla na APAE de Ji-Paraná a raça parda teve destaque, um dos motivos se dá pela autodeclaração da população de Rondônia possuir a cor parda, segundo o censo do IBGE 2010.

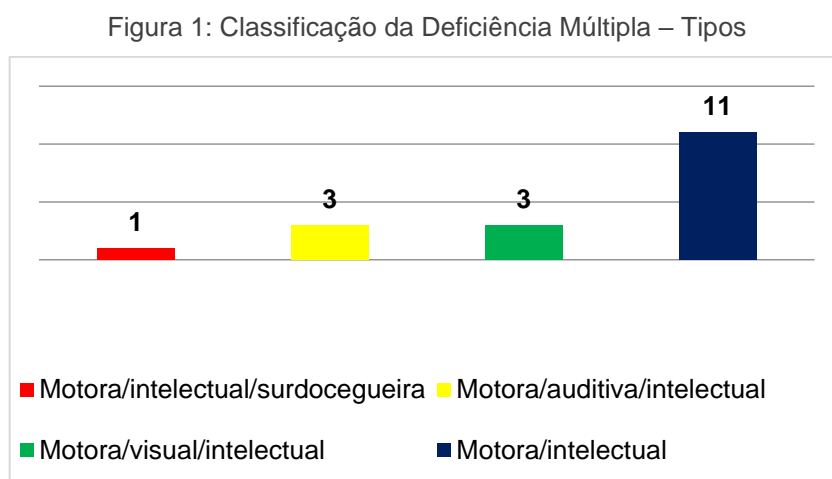
Segundo o Brasil (2012) a prevalência de deficiência é bastante alta na população brasileira e se distribui por todos os grupos de idade. Pode-se observar um forte aumento nos grupos de idade de 5 a 9 anos e de 40 a 44 anos, são todos os tipos de deficiência no Brasil.

Foi evidente na pesquisa realizada, que as mães das PcD múltipla na faixa etária de 5 a 10 anos relataram complicações durante a gravidez ou durante o parto e as mães que tem os filhos na faixa etária acima de 25 anos não fizeram pré-natal, por falta de informação, de recurso e por não terem acesso. Entrevistado nº 06 “[...] antigamente não existia ultrasson,[...]. Mas a gravidez foi tranquila, não fiz o pré-natal porque naquela época não tinha isso”(SIC). Até o momento não foi encontrado

literatura sobre a expectativa de vida dos deficientes múltiplos, sendo algo ainda à se investigar.

3.1 Experiências dos participantes na área de saúde:

Na entrevista realizada com os familiares e tutores das pessoas com deficiência múltipla foi perguntado aos mesmos, quais as dificuldades apresentadas pela PcD das quais puderam-se definir os tipos de deficiência múltipla apresentada pelos mesmos, demonstrado na figura 1.



Fonte: Os autores

Os tipos de dificuldades foram classificadas de acordo com o diagnóstico e relato dos familiares sobre os problemas apresentados pelos deficientes múltiplos. Estes dados salientam que diante do diagnóstico da pessoa com deficiência, a mesma desenvolverá certos problemas/dificuldades, sendo ela em menor ou maior grau.

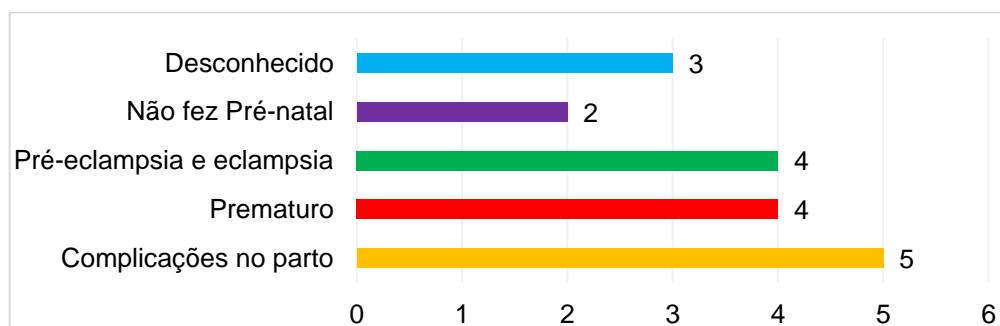
Um dos diagnósticos mais relatado foi a paralisia cerebral que é uma doença que afeta o sistema nervoso central, e que sendo uma síndrome que causa múltiplas lesões cerebrais, acarreta em afecções encefálicas, que ocorre na fase do pré-natal, durante o parto ou na primeira infância, são lesões não progressivas, causando problemas neuromotores e/ou mentais, podendo desenvolver epilepsia, hipotonia, paralisia e outros (PETEAN & MURATA, 2000).

Outros diagnósticos também mencionados foram: agenesia do corpo caloso, lesão cerebral, encefalopatia crônica não evolutiva, epilepsia, síndromes, autismo e outros. A grande maioria desses diagnósticos afetam diretamente o desenvolvimento

cerebral, nos períodos peri, pré e pós natal, levando a atrasos e problemas auditivos, linguísticos, visuais, motores e intelectuais, essas crianças apresentam na maioria das vezes associações desses problemas, classificando-as como pessoas com deficiências múltiplas (MONTANDON et al., 2003; AMARAL et al., 2004; ARÁOZ & COSTA, 2008; LEVY & ROSEMBERG, 2009).

Observa-se na figura 2 abaixo as causas das dificuldades dos PcD múltipla, referidas pelos cuidadores.

Figura 2: Causas das dificuldades



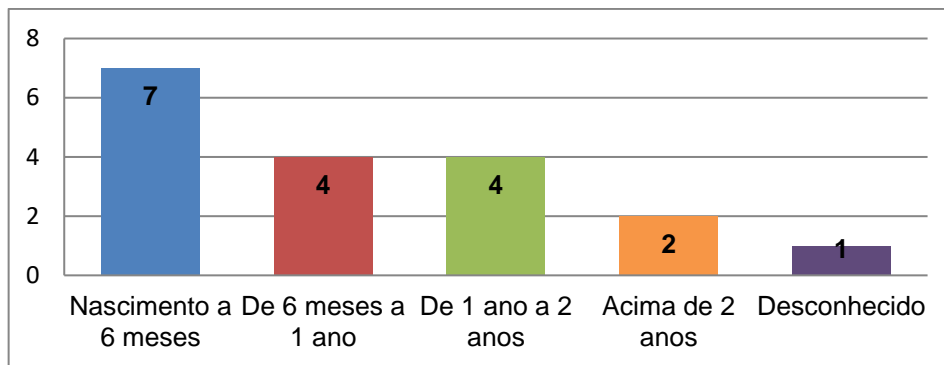
Fonte: Os autores

Segundo a coleta de dados umas das causas que mais se destacou foi as complicações durante o parto, que afetou diretamente as crianças nascidas. Foram partos demorados, onde as mães tiveram poucas informações e orientações durante a gestação e parto, propiciando assim dificuldades no trabalho de parto e na descoberta da deficiência.

As complicações levantadas podem estar relacionados a vários fatores: falta de profissionais da saúde capacitados, que orientem essas mulheres, principalmente no que se refere a fatores de risco, aconselhamento genético, infecções, hemorragias, doenças (rubéola, toxoplasmose e sífilis) que afetam o desenvolvimento fetal e intercorrências durante o parto, os quais facilita o nascimento de crianças com sequelas, gerando estranheza na descoberta da deficiência (ARÁOZ & COSTA, 2008; RAMOS & CUMAN, 2009; CABRAL et al., 2011; MAIA & IKONOMIDES, 2013).

É um assunto que precisa ser investigado, pois fica evidente a falha da rede de apoio a saúde sexual e reprodutiva da mulher, precisa se saber o porque essas mulheres não foram acompanhadas e orientadas, sendo que há programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para este acompanhamento. Pode ser observado na figura 03 a idade do diagnóstico.

Figura 3: Idade do Diagnóstico



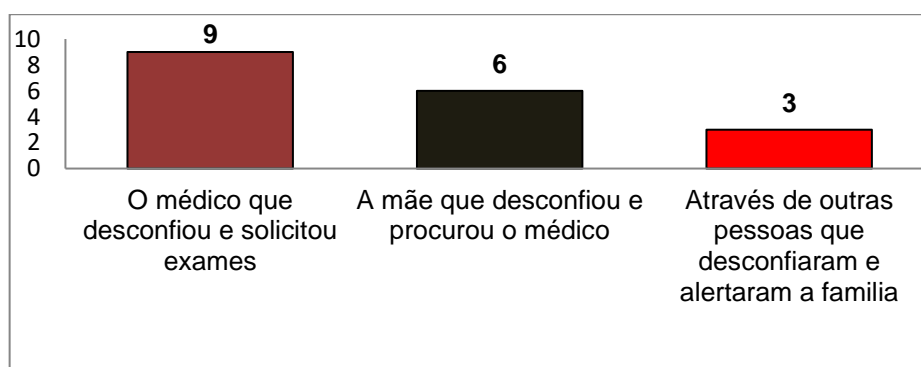
Fonte: Os autores

O diagnóstico se deu pelo fato destas crianças ficarem internadas até uma certa idade, após as complicações no momento do parto, muitas foram encaminhadas para a unidade de terapia intensiva (UTI neonatal), onde corrobora para o diagnóstico precoce. Aquelas que foram para casa após o seu nascimento, tiveram seu diagnóstico tardio. A idade é um fator muito importante quando se obtém o diagnóstico, pois possibilita a criança iniciar o tratamento mais cedo as intervenções e estímulos forem feitos mais benefícios está criança terá em respeito à qualidade de vida e integração ao meio em que se vive (FIGUEIRAS et al., 2003; AMARAL et al., 2004;).

A idade do diagnóstico na pesquisa realizada foi precoce, sendo um ponto positivo em questão a percepção dos pais e profissionais da saúde em identificar a deficiência e na rapidez da investigação, para obtenção do diagnóstico inicial. Estes na sua maioria não são confirmados por exames mais específicos, devido às dificuldades de obtenção de atendimento fora do domicílio (ARAÓZ, 2009).

Vejamos na figura 04 quem observou a dificuldade/deficiência da PcD múltipla.

Figura 4: Quem observou a dificuldade da PcD



Fonte: Os autores

Os pais perante o diagnóstico expressaram tristeza, sofrimento, desespero e negação, confirmando assim os relatos presentes nas literaturas pesquisadas, que são sentimentos bem comuns quando é lido a notícia sobre as deficiências de seu filho (MESSA, NAKANAMI, LOPES, 2012). Segundo Lunardi, Círico e Coldebella (2011) a maneira que é transmitida a notícia pode influenciar nas reações dos pais, quando o profissional oferece um diagnóstico compreensivo e é solidário com a família exercendo a sua humanidade os pais se sentem bem mais confortáveis e com esperança de futuro.

Quanto ao cuidado os pais relatam que não recebem nenhuma orientação por parte dos profissionais da saúde (médicos e equipe de enfermagem) no primeiro momento e nem depois, cuidam de acordo com a necessidade se adaptando a nova rotina, depois que iniciam o tratamento e as intervenções, vão surgindo novas informações para a qualidade do cuidado (BARBOSA et al., 2009).

Em relação aos profissionais da saúde principalmente da enfermagem, notou-se que nessa fase do diagnóstico no esclarecimento à família não é atuante. Participam mais já no tratamento em relação ao cuidado clínico, quando o deficiente múltiplo, por problemas de saúde decorrentes da sua deficiência precisa ser hospitalizado, isso ocorre tanto na rede privada quanto na pública. Entrevistada nº 09 *“levo ele na (instituição privada) as enfermeiras atendem ele bem, mas não explica nada”* (SIC). Entrevistada nº 05 *“ajudaram, fui muito bem recebida ali na (instituição pública) mesmo tem boas pessoas ali, precisa de ver [...]”* (SIC).

Duas cuidadoras, com ensino superior completo, relatam que recebem visitas domiciliares e ajuda dos profissionais, com consultas médicas, obtenção de fraldas, alimentação especial e internamentos. Na maioria fica evidente a falta de apoio dos profissionais de enfermagem quanto a orientações e encaminhamentos necessários afim de cumprir o direito de acesso a saúde. Os profissionais não conseguem se comunicar efetivamente com os PcD, sempre se dirigem a mãe para identificar as queixas, excluindo a possibilidade do PcD em interagir com os mesmos (HIGARASHI & PEDRAZZANI, 2002; BRASIL, 2008; REBOUÇAS et al., 2011).

3.2 Levantamento de fatores de qualidade de vida dos cuidadores

O levantamento das questões relacionadas à qualidade de vida adaptadas de Nahas, Barros e Francalacci (2000) correspondentes a aspectos de alimentação,

saúde preventiva, exercícios físicos, relacionamentos e controle de stress, foram colocados a seguir na tabela 03.

Tabela 3: Fatores de qualidade de vida dos cuidadores

CATEGORIAS	PERGUNTAS	(%)
ALIMENTAÇÃO	Tem boa alimentação	36
	Não tem boa alimentação	64
EXERCÍCIOS FÍSICOS	Prática de exercícios físicos	09
	Não prática exercícios físicos	91
	Descansa	18
	Não descansa	82
CONTROLE DE STRESS	Tem lazer	09
	Não tem lazer	91
	Controla o humor	36
	Não controla o humor	64
SAÚDE PREVENTIVA	Doenças crônicas	36
	Cuidados preventivos	36
	Não tem cuidados preventivos	28
RELACIONAMENTOS	Satisfeito com os relacionamentos	55
	Não satisfeito com os relacionamentos	45
	Encontros com os amigos	18
	Não tem encontros com amigos	82
	Ativo na comunidade	45
	Não ativo na comunidade	55

Fonte: Os autores

Foram perguntados aos participantes se evitam alimentos gordurosos, introduzem frutas e legumes e fazem cinco refeições diárias sendo colocado de forma geral como têm boa alimentação ou não têm boa alimentação.

Os participantes considerados como não tem boa alimentação declaram não consumirem frutas por causa do preço alto e não restringem alimentos gordurosos pois estão acostumados a fazer e comer frituras.

Quanto a fazerem cinco refeições diárias, falam que não é possível. Pode-se ver que a situação econômica baixa tem um peso importante de acordo com os dados levantados.

As questões correspondentes ao hábito de incluir a prática de atividades físicas (exercícios, esportes ou dança) e realização de exercícios de alongamento muscular.

O resultado é alarmante com 91% das participantes não praticam exercícios físicos, somente cumprem tarefas relacionadas à pessoa com deficiência múltipla.

Muitas caminham bastante, empurrado á cadeira de rodas ou segurando a pessoa com dificuldades de locomoção, além dos afazeres de casa.

Pode-se notar que 82% das participantes não descansam durante o dia, devido às tarefas desenvolvidas para com à pessoa com deficiência múltipla, 91% das participantes não têm o lazer, pois está envolvida nos afazerem domésticos, 64% não controlam o humor, pois o nível de stress é alto, assim colocado por Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) que o fato de cuidar de uma pessoa com deficiência múltipla pode acarretar várias mudanças físicas, psicológicas e sociais do cuidador, uma das situações mais afetadas é a privação de programas sociais, familiares, lazer e o trabalho extradomiciliar, que o cuidador exclui do seu convívio.

Dos familiares entrevistados 36% possuem doenças crônicas sendo as principais: hipertensão e diabetes mellitus, a mesma porcentagem cuidam da sua saúde, evitam fumar, ingerir bebidas alcoólicas e respeitam as leis de trânsito e 28% não apresentam nenhum cuidado preventivo, estando propensos a desenvolver problemas de saúde.

Segundo Polaro et al. (2012) a pessoa cuidadora despensa muito tempo cuidando do outro, atendendo as necessidades do deficiente, limitando-se seu tempo para seu autocuidado, ou seja, as próprias necessidades pessoais acabam ficando em segundo plano, dessa forma a observância e atenção a sua saúde ficam prejudicadas. Segundo Santos & Tavares (2012, p. 965) “O tratamento adequado das morbidades e a adesão em atividades de prevenção de doenças podem contribuir para melhorar a qualidade de vida do cuidador”.

Os entrevistados 55 % relataram estar satisfeitos com os relacionamentos e expressaram a dificuldade para realizar outras atividades que não seja o cuidado da pessoa com deficiência múltipla, sendo seu circulo de amigos e de relacionamentos na instituição especializada, às vezes na igreja e em atividades comunitárias, ou seja o leque de relacionamentos é estreito. Também recebem visitas de familiares e alguns amigos em seus domicílios, e relatam ter dificuldade em participar de encontros e reuniões fora de casa.

Pode-se ver em Araújo (2009, p. 154) que é necessário “trabalhar com as instituições comunitárias, igrejas, universidades, clubes, e com os vizinhos para sensibilizar e desenvolver o espírito da inclusão, incentivando a amizade com as famílias que têm filhos com Deficiência Múltipla”.

Percebe-se que a maioria dos cuidadores buscam informações e orientações na prestação do cuidado com profissionais da saúde, para melhorar a sua assistência e a qualidade de vida dos seus dependentes. Se qualificando com interesse em empregar o que se aprendeu nos cursos, em aulas, programas e atividades que forneçam instrução/treinamento aos mesmos. Utilizando essa educação como um jeito de se ocuparem, desligando da sua função (BRACCIALLI; BAGAGI; SANKAKO; ARAÚJO, 2012).

Tanto o enfermeiro como os profissionais de educação física ainda não possuem uma visão holística sobre este grupo, mal sabe, quais são as suas ferramentas de trabalho e fontes de apoio, para assim conseguirem atender essas pessoas. Os profissionais devem trabalhar de forma multidisciplinar na assistência ao PcD múltipla, no que inclui a realização de atividades para a vida diária e autocuidado. Os profissionais tem o dever de atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos PcD múltipla, desenvolver grupos de apoio, se atualizar para garantir informações sobre tratamentos novos e instituições especializadas, promover cursos para capacitação das cuidadoras, estimular a família quanto à participação de eventos sociais e na comunidade, trabalhar no desenvolvimento dessas pessoas (CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; BARBOSA et al., 2009; REBOUÇAS et al., 2011; SANTOS & D'AMARAL, 2011).

4. CONCLUSÃO

Perceber-se que há muito ainda para se investigar e esclarecer, quanto ao diagnóstico e o tratamento, das pessoas com deficiência múltipla este é um grupo que necessita de um olhar diferenciado, no qual todos em sua volta, mães, pais, filhos, família, amigos, são afetados, gerando um desarranjo familiar e social.

Precisa-se ainda novas pesquisas quanto aos tratamentos que ajudam essas pessoas no seu desenvolvimento e na melhora da qualidade de vida e também se faz necessário a disseminação destas informações.

Quanto aos profissionais da área de saúde, ainda há um déficit de orientação de informação de cuidados às PcD, e mais ainda se tratando de Deficiência Múltipla. Seriam desejáveis programas de educação continuada que capacitem os profissionais para potencializar ao máximo a capacidade da família no desenvolvimento das PcD.

O levantamento feito sobre a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência múltipla trouxe informações importantes para que se possam propor medidas de auxílio sobre o assunto para este grupo e sugerir ações para serem implementadas em outras instituições com a mesma clientela.

REFERÊNCIAS

AMARAL, I. et al. **Avaliação e intervenção em multideficiência. Centro de Recursos para Multideficiência.** Ministério da Educação, Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular/Direção de Serviços de Educação Especial e do Apoio Sócio – Educativo. Lisboa, 2004.

ARÁOZ, S. M. M. de. **Experiências de Pais de Múltiplos Deficientes Sensoriais: Surdocegos: Do Diagnóstico à Educação Especial.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo - UMESP. São Paulo: UMESP, 1999.

ARÁOZ, S. M. M. de; COSTA, M. da P. R. **Aspectos biopsicossociais na surdocegueira.** Rev. Bras. de Ed. Esp., Marília, v.14, n.1, p.21-34, 2008.

_____. **Inclusão de alunos com deficiência múltipla: Implementação de um programa de apoio.** (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2009.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, A.C.; ALVARENGA, M.R.M. **Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência.** Ver. Esc. Enferm., USP. São Paulo SP: 45(4):884-9, 2011.

ARRYM, M. P. **Perfil genético clínico da deficiência mental:** estudo retrospectivo dos pacientes atendidos no ambulatório de genética do conjunto hospitalar de Sorocaba entre 2000-2010. REB (Revista Eletrônica de Biologia).v. 4, n. 3, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Cartilha do Censo 2010.** Pessoas com Deficiência / Luiza Maria Borges Oliveira / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

BARBOSA, M. A. M. et al. **Cuidado da criança com deficiência:** suporte social acessado pelas mães. Revista Gaúcha de Enfermagem: Porto Alegre (RS): 2009; 30 (3): 406-12.

BRACCIALLI, L. M. P. et al. **Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais.** Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.18, n.1, p. 113-126, 2012.

BEE, H. **O ciclo Vital.** Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CASTRO, S. et al. **Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional.** Rio de Janeiro: Cad. De Saúde Pública, 2008, 24 (8) 1773-1782.

CABRAL, R. et al. **Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7., 2011, Minas Gerais. **Anais.** ABENFO- MG, 2011.p. 708-727.

CAMPOS, C. A. **Esperanças Equilibristas.** A inclusão de pais de filhos com deficiência. Curitiba: Juruá, 2009.

CARVALHO, M. F. P. de; RIBEIRO, F. A. Q. **As deficiências auditivas relacionadas às alterações do DNA mitocondrial.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v. 68, n.2, p. 2268-75, 2002.

CHAVEIRO, N; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. **Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde.** Rev. Esc. Enferm. São Paulo: USP, 2008.

FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F. **Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem.** São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem, USP, 2009.

FIAMENGHI Jr, G. A.; MESSA, A. A. Pais, **Filhos e Deficiência:** Estudos Sobre as Relações Familiares. Psicologia Ciência e Profissão, 2007, 27 (2), 236-245.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. **Avaliação da vigilância do desenvolvimento infantil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1691-1699, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEVY, C. C. A. da C. ROSEMBERG, S. **Children with chronic non-progressive encephalopathy: hearing evaluation and hearing aids.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2009; 21(3):237-42.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUNARDI, B. CÍRICO, L. J.; COLDEBELLA, N. **Vivências, sentimentos e experiências de mães frente a deficiência de seus filhos.** In: CONGRESSO NACIONAL ESCOLAR E EDUCACIONAL (CONPE),10., 2011. Paraná. **Anais.** Universidade Estadual de Maringá- PR, 2011. p. 1-18.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. **Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa.** Rev. Bras. de Enferm., Brasília, 2012; 65(5):829-38.

MAIA, S. R., IKONOMIDES, V. **Deficiência Múltipla Sensorial**. In SALA, E. , ACIEM, T. M. Educação Inclusiva. Aspectos político-sociais e práticos. Jundiaí: Paco Editorial, 2013a.

_____. **Surdocegueira**. In SALA, E. , ACIEM, T. M. Educação Inclusiva. Aspectos político-sociais e práticos. Jundiaí: Paco Editorial, 2013b.

MACHADO, F. S.; NAZARI, J. **Aspectos históricos das pessoas com deficiência no contexto educacional: rumo a uma perspectiva inclusiva**. Minas Gerais: Lentes Pedagógicas, Uberlândia, v.2, n.1, 2012.

MANTANDON, C. et al. **Disgenesia do Corpo Caloso e Má-Formações Associadas: Achados de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética**. Radiol. Bras., 2003; 36(5):311-316.

MESSA, A. .A; NAKANAMI, C.R.; LOPES, M.C.B. **Qualidade de vida de crianças com deficiência visual atendidas em Ambulatório de Estimulação Visual Precoce**. São Paulo: Arq. Bras. Oftalmol., 2012; 75 (4) 239-42.

MOURA, L.; VALÉRIO, N. **A família da criança deficiente**. Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenv. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 47-51, 2003.

MURTA, Genilda Ferreira, organizadora. **Dicionário brasileiro de saúde: mais de 20 mil vocábulos e siglas**. 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

NAHAS, M.V; BARROS, M.V.G.; FRANCALACCI, V.L. **O pentágono do Bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos**. Ver. Bras. Ativ. Física e Saúde, v. 5, n.2, p.48-59. 2000.

NAHAS, M. **Qualidade de vida**. Santa Catarina: Vida Editora, 2003.

PETEAN, E. B. L.; MURATA, M. F. **Paralisia cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar**. Paidéia, FFCLRP-USP, Ribeirão Preto, 2000.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLARO, S. H. I. et al. **Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade**. Rev Bras Enferm, Brasília, 2013; 66(2): 228-33.

HIGARASHI, I. H. ; PEDRAZZANI, J. C. O profissional enfermeiro e a criança portadora de deficiência. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 1, n. 1, p. 37-44, 1. sem. 2002.

RAMOS, H. A. de C.; CUMAN, R. K. N. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Escola Anna Nery de Enfermagem, 2009; 13 (2): 297-304.

REBOUÇAS, C.B.A. et al. **Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem**. Acta Paul Enferm, 2011; 24(1):80-6.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

SANTOS, H.A.N; D'AMARAL, R.K.K. **Assistência de enfermagem a portadores de deficiência visual**. *Rev Enferm UNISA*, 2011; 12(2): 117-20.

SANTOS, N. M. F.; TAVARES, D. M. S. **Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico**. *Rev Esc Enferm USP*, 2012; 46(4):960-6.

SOUZA, M. M. **Surdocegueira e Deficiência Múltipla Sensorial: Análise do Programa Atendimento Domiciliar & Famílias Apoiadas**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade de São Paulo. São Paulo. USP, 2010.

CAPÍTULO 10

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA VOCAL PARA PRESBIFOIA COM USO DA TÉCNICA DO TUBO DE RESSONÂNCIA

Karine Maria do Nascimento Lima Vota

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: karinemnlima@gmail.com

Mariana Rebeka Gomes Queiroz

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: marianaqueiroz@hotmail.com

Jonia Alves Lucena

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: jonialucena@gmail.com

Resumo: O objetivo desta pesquisa foi analisar as contribuições da terapia vocal para presbifonia com o uso do tubo de ressonância flexível. Especificamente, buscou comparar os sintomas vocais e os valores do tempo máximo de fonação entre os momentos antes e após terapia vocal em idosos com presbifonia. Participaram do estudo oito idosos com diagnóstico de presbifonia, idades entre 63 e 77 anos, inscritos em grupo de saúde vocal do Núcleo de Assistência ao Idoso da UFPE. Os aspectos vocais foram avaliados através de uma escala de sintomas vocais (ESV) e do tempo máximo de fonação (TMF) de cada sujeito em dois momentos: antes e após terapia vocal com uso do tubo de ressonância. Foram encontradas diferenças significativas nos escores totais e nas suas subescalas do ESV após comparação dos seus valores antes e após terapia. Além disso, a terapia vocal produziu melhora significativa em alguns dos principais sintomas vocais relatados pelos idosos: dificuldade para cantar, voz rouca, dificuldade para ser ouvido, presença de secreção ou pigarro, voz rouca e seca. Por fim, conclui-se que o uso do tubo de ressonância flexível mostrou ser uma medida eficaz para diminuir os sintomas vocais em idosos com presbifonia.

Palavras-chave: Idoso; Voz; Respiração; Treinamento da Voz.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa já é uma realidade apontada a nível local, regional e global. Na escala singular, a população idosa brasileira destaca-se em ordem crescente e os dados da projeção etária revelam que, em 2018, os idosos representaram 9,22% da população total. Já em 2019, esse dado ampliou para 9,52% (IBGE, 2019). Somado a isso, no contexto mundial, espera-se que até 2050 os idosos totalizem dois bilhões, acima dos 900 milhões de 2015 e, assim, em comparação a 2015, haverá um aumento de 12% para 22% de idosos. Logo, tal conjuntura requer medidas para garantir um envelhecimento saudável (WHO, 2018).

No âmbito do envelhecimento destaca-se, na clínica fonoaudiológica, em especial na área da voz, o impacto de dois sistemas do organismo: o respiratório e o fonatório. O primeiro, caracterizado pela diminuição da elasticidade e enrijecimento da musculatura respiratória (PEREIRA, 2017). Já o segundo relaciona-se ao envelhecimento da voz, a presbifonia, que apresenta como características: diminuição da capacidade respiratória, redução no tempo máximo de fonação, qualidade vocal rouco-soprosa, redução na intensidade vocal, além da alteração da frequência fundamental, tensão laríngea e tremor vocal (MONTE; MOURÃO; MOTA, 2001; MENEZES; VICENTE, 2007; GREGORY et al., 2012; KOST; SATALOFF, 2018; RAPORPORT; MEINER; GRANT, 2018). Além disso, na presbifonia, cabe ressaltar que o seu aparecimento pode ocorrer na forma das principais queixas vocais: voz rouca, fraca e/ou baixa, esforço para falar e fadiga vocal (RAPOPORT; MEINER; GRANT, 2018; KOST; SATALOFF, 2018; PESSIN et al, 2017; WONG; MA, 2020). Desta forma, o fonoaudiólogo deve levar em consideração os aspectos fisiológicos do envelhecimento, bem como, os sintomas vocais apresentados pelo paciente para que a avaliação e intervenção em voz seja multidimensional.

Tendo em vista a existência das mudanças laríngeas e respiratórias na voz do idoso, é possível perceber que estão relacionadas aos diferentes fatores: déficit glótico, déficit respiratório ou déficits combinados (glótico e respiratório). Logo, como a voz tem um maior comprometido diante da associação entre esses déficits (VACA; MORA; COBETA, 2015), torna-se essencial trabalhar aspectos vocais e respiratórios na clínica vocal, tendo em vista, que o aperfeiçoamento da respiração beneficiará a função fonatória.

Dentre as abordagens terapêuticas vocais voltadas para o público idoso, chama-se atenção para os Exercícios de Trato Vocal Semiocluído (ETVSO). Entre os ETVSO, destaca-se o uso do tubo de ressonância flexível (GUZMAN; SALDIVAR; PEREZ; MUÑOZ, 2018). Tal instrumento consiste na execução de uma oclusão parcial da boca associado à emissão prolongada da vogal /u/ para favorecer a ressonância retroflexa, sendo essa caracterizada por um retorno proprioceptivo da glote para o trato vocal, o que permite um fechamento glótico equilibrado e uma qualidade vocal menos tensa (GODOY; SILVERIO; BRASOLOTTO, 2019; GODOY; SILVERIO ;ANDRADE; BRASOLOTTO, 2019; ROSSA et al, 2019).

Os seus resultados são eficazes quanto à propriocepção do trato vocal, elevação da intensidade vocal, aumento da ressonância e melhora da coaptação glótica (GUZMAN; SALDIVAR; PEREZ; MUÑOZ, 2018). O uso terapêutico do tubo tem se mostrado efetivo para idosos com queixas vocais e respiratórias, com registro de melhora nos parâmetros da GRBAS; redução de sintomas vocais e aumento na espirometria no pós-tratamento (SANTOS et al., 2014).

Na literatura, principalmente no Brasil, ainda são escassos estudos que explorem, especificamente, os benefícios da técnica vocal com tubos de ressonância junto a idosos com presbifonia. Levando em consideração que o envelhecimento pode causar efeitos vocais e que a realização de técnicas vocais pode trazer melhoras para a qualidade vocal dos idosos, pergunta-se: a técnica vocal com uso dos tubos de ressonância promove melhora na voz de idosos com presbifonia?

Supõe-se que o uso do tubo de ressonância propicie benefícios para a população idosa com presbifonia quanto a redução das suas queixas vocais. Além disso, espera-se que a respiração, enquanto subsistema da fonação seja também otimizada com esse processo de reabilitação. Logo, o objetivo deste trabalho foi analisar as contribuições da terapia vocal para presbifonia com o uso da técnica vocal com tubos de ressonância.

2. METODOLOGIA

O estudo foi do tipo observacional, transversal e analítico. Realizado no Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A pesquisa contou com a participação de oito idosos na faixa etária de 61 a 87 anos, que apresentaram o diagnóstico de presbifonia, consensuado entre um médico

otorrinolaringologista e uma fonoaudióloga. Todos os participantes estavam inscritos em um Programa de Saúde Vocal do Idoso para iniciar a terapia em grupo após a confirmação diagnóstica.

Os critérios de exclusão foram relacionados à presença de patologias que afetassem o funcionamento do aparelho fonador, tais como, Acidente Vascular Cerebral, Doença de Parkinson, Demência, doenças crônicas do aparelho respiratório ou indivíduos submetidos a cirurgias de cabeça e pescoço. Para a exclusão dos participantes, foram considerados os laudos otorrinolaringológicos, bem como, consulta aos prontuários dos pacientes no NAI.

Na coleta de dados o estudo foi dividido em três momentos estratégicos, com 10 encontros semanais: no primeiro momento foi realizado a avaliação vocal, na segunda etapa ocorreram as sessões terapêuticas (oito encontros) e no último momento foi aplicada uma nova avaliação vocal.

2.1 Avaliação vocal

No primeiro momento, houve recrutamento dos idosos selecionados a participarem da avaliação vocal, que incluiu a aplicação da escala de sinais e sintomas vocais – ESV e avaliação do Tempo Máximo de Fonação- TMF. O ESV é um instrumento adaptado e validado para a população brasileira, que autoavalia a voz e sintomas vocais, por meio de 30 questões, contemplando informações de funcionalidade (limitação), impacto emocional e sintomas físicos que um problema de voz pode acarretar na vida do indivíduo. As respostas das questões variam entre ‘nunca’, ‘raramente’ ‘às vezes’, ‘quase sempre’ e sempre. Os entrevistados responderam as questões dentro dessa escala e cada resposta foi pontuada de 0 a 4, de acordo com frequência de ocorrência assinalada: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes, (3) quase sempre, (4) sempre. A pontuação foi mensurada através de escores, sendo determinado o nível de alteração vocal autoavaliado por cada participante (MORETTI et al, 2011).

O TMF refere-se à duração máxima na emissão de um som sustentado (SLIIDEN; BECK; MACDONALD, 2017). Esse parâmetro é frequentemente utilizado na Fonoaudiologia e constitui uma maneira simples e não invasiva para avaliar o controle da respiração e da proficiência vocal.

Para realizar a avaliação do TMF, foi solicitado que cada idoso emitisse pelo máximo de tempo possível as vogais /a/ e /i/, para que fosse possível a mensuração dos seus respectivos valores.

Tanto a aplicação da escala de sinais e sintomas vocais, bem como a avaliação do Tempo Máximo de Fonação foram cumpridos em horário previamente agendado entre pesquisador e participante, individualmente, em uma sala destinada para tal no Núcleo de Apoio ao Idoso (NAI).

2.2 Terapia vocal

Neste momento, foram realizadas oito sessões terapêuticas, utilizando-se a técnica com o tubo de ressonância pelos idosos recrutados. Cada sessão teve a duração de uma hora e meia. Na primeira das oito sessões propostas, cada idoso recebeu um tubo de ressonância e uma garrafa de 500 ml para que utilizasse nas sessões e na realização dos exercícios em casa. O tubo de ressonância utilizado foi de látex, azul transparente, chamado de *Lax Voice*, com 35 cm de comprimento e 09 mm de diâmetro.

No início de cada sessão, alguns aspectos foram abordados, a saber: orientação em relação ao uso da voz; medidas para manter a voz saudável; dúvidas acerca dos exercícios propostos, bem como, aspectos globais relacionados ao processo de envelhecimento. Após esse momento, os indivíduos foram posicionados sentados de uma maneira confortável e com a coluna reta, a fim de favorecer uma melhor emissão vocal.

Os idosos foram instruídos a segurar a garrafa com as mãos e mantê-la em frente à região peitoral, posicionando o tubo de ressonância entre o indicador e o polegar. O tubo foi posicionado, aproximadamente, há 01 mm dos dentes, mantendo-se os lábios arredondados para um adequado vedamento labial, não permitindo escape de ar. Inicialmente, foi solicitado que cada idoso deixasse imerso o tubo de ressonância em pelo menos 10 centímetros de altura, dentro da garrafa de 500 ml com água e explicado como cada exercício tinha que ser realizado. Ao longo das sessões, os participantes foram orientados a afundar o tubo até 15 cm na água, e introdução das variações de frequências (graves e agudas) durante a execução dos exercícios. Os exercícios foram realizados por cada um deles durante 3 minutos. No

final de cada sessão, os participantes eram orientados a realizar, diariamente em casa, os exercícios trabalhados na sessão, de 3 a 5 vezes ao dia, durante 3 minutos.

Para o monitoramento desses exercícios, cada idoso recebia uma ficha que continha instruções sobre o exercício a ser trabalhado, duração do exercício (3 a 5 min) e número de repetições em casa (3x ao dia). Eles deveriam marcar na ficha todas as vezes que realizavam o exercício. Tal ficha era apresentada a cada sessão de terapia, para fins de acompanhamento. A cada semana, as fichas eram checadas. Verificou-se que todos os participantes fizeram regularmente os exercícios, da forma como foram orientados.

2.3 Reavaliação vocal

No terceiro momento, houve recrutamento dos idosos à nova avaliação vocal, incluindo a escala de Sintomas Vocais e Tempo Máximo de Fonação.

A tabela 1 ilustra, com detalhes, a variação dos exercícios e demais atividades realizadas ao longo das sessões.

Tabela 1: Variação dos exercícios e demais atividades realizadas ao longo das oito sessões terapêuticas

1ª sessão	Avaliação vocal: aplicação da escala de sinais e sintomas vocais (ESV) e avaliação do Tempo Máximo de Fonação.
2ª sessão	Discussão sobre o envelhecimento da voz e medidas para manter uma boa voz; Tubo de ressonância: repetir a vogal /u/, produzindo borbulhas.
3ª sessão	Discussão sobre o envelhecimento da voz e medidas para manter uma boa voz; Tubo de ressonância: repetir a vogal /u/, produzindo borbulhas, com aumento da imersão do tubo na água.
4ª sessão	Discussão sobre realização dos exercícios em casa e dúvidas acerca das medidas para manter uma boa voz; Tubo de ressonância: prolongar a vocalização do /u/, variando a frequência do som em dois tons (grave e agudo) para alterar a atividade muscular e perceber as sensações de lábios, boca e laringe.
5ª sessão	Discussão sobre realização dos exercícios em casa e dúvidas acerca das medidas para manter uma boa voz; Tubo de ressonância: prolongar a vocalização do /u/, variando a frequência do som em dois tons (grave e agudo) para alterar a atividade muscular e perceber as sensações de lábios, boca e laringe.
6ª sessão	Discussão sobre realização dos exercícios em casa e dúvidas acerca das medidas para manter uma boa voz; Tubo de ressonância: prolongar a vocalização do /u/, variando a frequência do som em tons variados (escalas musicais) para alterar a atividade muscular e perceber as sensações de lábios, boca e laringe.

7ª sessão	Discussão sobre realização dos exercícios em casa e dúvidas acerca das medidas para manter uma boa voz; Tubo de ressonância: prolongar a vocalização do /u/, variando a frequência do som em tons variados (escalas musicais) para alterar a atividade muscular e perceber as sensações de lábios, boca e laringe. Aumento da imersão do tubo na água.
8ª sessão	Discussão sobre realização dos exercícios em casa; Quiz com perguntas frequentes relacionadas à voz; Tubo de ressonância: prolongar a vocalização do /u/, utilizando melodias (Ex: parabéns a você).
9ª sessão	Discussão sobre realização dos exercícios em casa; Jogo de memória, utilizando conceitos sobre voz; Tubo de ressonância: prolongar a vocalização do /u/, utilizando melodias diversas. Aumento da imersão do tubo na água.
10ª sessão	Reavaliação vocal: aplicação da escala de sinais e sintomas vocais (ESV) e avaliação do Tempo Máximo de Fonação.

Fonte: Os autores

O estudo aqui proposto se caracteriza como subprojeto de um amplo estudo intitulado “Treinamento Vocal de Idosos Saudáveis com Queixas Vocais” submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, sob número de protocolo 333/10.

Para a análise dos dados, foram obtidas as medidas estatísticas: média e desvio padrão, valores mínimo e máximo por meio de técnicas de estatística descritiva para os valores obtidos do ESV e TMF.

Para avaliar as diferenças de escores dos sujeitos antes e após a terapia vocal com o uso do tubo de ressonância, as medidas do ESV e TMF foram comparadas por meio do teste estatístico de *Wilcoxon* para dados pareados. Ressalta-se que a escolha do teste de *Wilcoxon* justifica-se devido ao número reduzido de pesquisados.

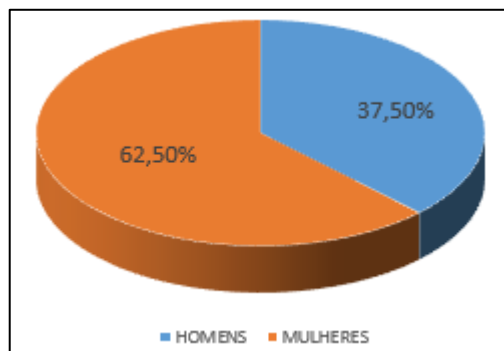
O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos, foi de 5%. O software utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a amostra da presente pesquisa foi marcante a presença do público feminino (n=5, 62,50%) (Figura 1). Tal realidade pode estar relacionada a feminização da velhice em que os cuidados com a saúde levam essa população a maior procura ao serviço de saúde (CAMARANO; KANSO, 2017). Além disso, no que se refere ao aspecto temporal, a faixa etária encontrada foi de 63 a 77 anos com média geral de 69,87 anos. Esse achado revela que o aumento do grupo sexagenário em relação a

população em geral deve-se aos seguintes fatores: redução nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil; aumento da expectativa de vida; e entrada da mulher no mercado de trabalho (CAMARANO; KANSO, 2017; ALVES, 2019).

Figura 1: Gráfico demonstrativo referente à categorização da população quanto ao sexo



Fonte: Os autores

Quanto aos dados da escala de sintomas vocais (ESV), foi destacado no momento pós terapia uma redução nos escores totais e nas subescalas (limitação, físico e emocional) (Tabela 2) em todos os participantes.

No entanto, apesar desses decréscimos individuais após a intervenção vocal chama-se atenção para a subescala limitação, que teve a maior pontuação tanto no momento pré-terapia quanto no pós terapia. Essa prevalência pode estar relacionada ao impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na produção vocal e, assim, a comunicação é diretamente afetada (ALLEN; MILLES, 2019; ANGERSTEIN, 2018; GONÇALVES; MARTINS; ADRIANA, 2018). De forma semelhante a esse achado, aponta-se que a subescala limitação é apresentada com maior pontuação no público idoso em estudo prévio (QUEIROZ; GOMES; LUCENA, 2019).

Sobre as médias do ESV, cabe ressaltar que essa mesma característica decrescente observada no momento pós-terapia também repercutiu nas médias dos escores totais e suas subescalas (Tabela 3). Outro ponto de destaque refere-se à comparação entre os momentos terapêuticos em que foram encontradas diferenças significativas entre os escores totais ($p=0,012$) e as subescalas limitação, emocional e físico ($p=0,012$; $0,042$ e $0,027$, respectivamente). Logo, esses dados indicam o efeito positivo da utilização dos tubos de ressonância na terapia vocal de indivíduos com presbifonia com possível melhoria na sua qualidade de vida.

Tabela 2 Pontuações individuais dos escores totais e das subescalas da escala de sintomas vocais

AVALIAÇÃO VOCAL		S1 (F)	S2 (F)	S3 (F)	S4 (M)	S5 (F)	S6 (F)	S7 (M)	S8 (M)
Escores Totais (ESV)	Pré	23	66	26	49	28	47	42	26
	Pós	09	29	08	02	11	05	28	14
Subescala Limitação (ESV)	Pré	11	29	19	37	13	25	34	20
	Pós	5	17	08	02	02	0	20	10
Subescala Emocional (ESV)	Pré	0	23	04	11	0	04	0	02
	Pós	0	04	0	0	0	0	0	0
Subescala Físico (ESV)	Pré	12	14	3	01	15	18	08	04
	Pós	04	08	0	0	09	05	08	04

Legenda: F= Feminino; M= Masculino; ESV= Escala de Sintomas Vocais

Fonte: RECIFE, 2014

Tabela 3: Médias dos escores total e das subescalas da escala de sintomas vocais no momento pre e pós-terapia

DADOS	Pré-terapia	Pós-terapia
Scores totais	38,38	13,25
Subescala Limitação (ESV)	23,5	8
Subescala Emocional (ESV)	5,5	0,5
Subescala Físico (ESV)	9,375	4,75

Fonte: RECIFE, 2015

No que diz respeito às queixas de voz contidas no ESV, tiveram destaque os itens dificuldade para cantar; rouquidão; dificuldade para ser ouvido em grupo; tosse ou pigarro; voz fraca/baixa; dificuldade para falar em locais barulhentos; muita secreção ou pigarro; voz rouca e seca; e falha na voz no meio da frase (Tabela 4).

Dentre as queixas apresentadas, chama-se a atenção para o item relacionado à dificuldade para cantar, o mais pontuado da escala. A sua ocorrência já é apontada nos estudos prévios atuais (PESSIN et al, 2017; AQUINO; ANDRADRA E SILVA;

TELES; FERREIRA, 2016) e provavelmente estão interligados a inserção da população idosa em atividades do canto, em que as mudanças vocais inerentes ao envelhecimento afetam o desempenho funcional (ANGERSTEIN, 2018).

Outro ponto relevante foi a rouquidão, que destaca-se como um sintoma vocal recorrente na população idosa (PESSIN et al, 2017; WONG; MA,2020; AQUINO; ANDRADRA E SILVA; TELES; FERREIRA, 2016), decorrente da irregularidade vibratória das pregas vocais (KOST; SATALOFF, 2018). Já no que diz respeito à voz fraca e baixa e dificuldade para ser ouvido em locais barulhentos, acredita-se que tais achados estejam relacionados à diminuição da pressão infraglótica à fonação. Isto porque, em muitas situações, ocorre redução da capacidade respiratória pela diminuição da elasticidade dos tecidos respiratórios e da capacidade vital dos pulmões na população idosa (CARRÉRA, ARAÚJO, LUCENA, 2016; PEREIRA,2017). Tal fato também tem relação com a queixa de dificuldade para ser escutado pelas pessoas.

A presença do pigarro ou da tosse, bem como, muita secreção ou pigarro, são hábitos vocais muitas vezes justificado pela presença do refluxo laringofaríngeo, frequentemente presente no idoso (XIAO et al, 2020) ou pela falta de hidratação (SIQUEIRA; BASTILHA; LIMA; CIELO,2016).

Tabela 4: Principais itens pontuados nos momentos pré e pós terapia vocal

Item	Pré-terapia N (%)	Pós-terapia N (%)
Dificuldade para cantar	78,125 (25)	34,375 (11)
Voz rouca	68,75 (22)	21,87 (7)
Dificuldade para ser ouvido em grupo	56,25 (18)	6,25 (2)
Tosse ou pigarro	62,50 (20)	31,25 (10)
Voz fraca/baixa	53,12 (17)	18,75 (6)
Dificuldade para falar em locais barulhentos	62,50 (20)	6,25 (2)
Muita secreção ou pigarro	59,37 (19)	31,25 (10)
Voz rouca e seca	56,25 (18)	21,87 (7)
Falha da voz no meio da frase	50,00 (16)	18,75 (6)

Fonte: RECIFE, 2015

Quando comparados os momentos antes e depois a terapia vocal com uso do tubo de ressonância, houve diferenças significativas dos seguintes sintomas vocais: dificuldade para cantar ($p=0,026$), voz rouca ($p=0,039$), dificuldade para falar em locais barulhentos ($p=0,024$), dificuldade em ser ouvido ($p=0,039$) e ter secreção na garganta ($p=0,039$), (Tabela 5). É possível que tais resultados sejam verificados em função do efeito benéfico da terapia vocal empregada, quanto a melhora na rugosidade (PIRAGIBE et al, 2020) e o aumento da intensidade vocal (GUZMAN; SALDIVAR; PEREZ; MUÑOZ, 2018).

Tabela 5: Nível de significância dos sintomas vocais comparados nos momentos da pré-terapia e na pós-terapia

Sintomas vocais	p-valor (p)
Dificuldade para chamar atenção das pessoas	0,288
Dificuldade para cantar	0,026
Garganta dolorida	0,276
Voz rouca	0,039
Dificuldade para ser ouvido em conversa em grupo	0,011
Perda da voz	0,131
Tosse ou pigarro	0,063
Voz fraca/baixa	0,105
Dificuldade para falar ao telefone	0,317
Sentir mal ou deprimido por causa da voz	0,180
Sentir bolo na garganta	0,063
Ter nódulos (ínguas) do pescoço	0,317
Sentir constrangido por causa da voz	0,102
Cansaço para falar	0,102
Ficar estressado ou nervoso por causa da voz	0,059
Dificuldade para falar em local barulhento	0,024
Dificuldade para falar forte (alto) ou gritar	0,102
Incomoda a família ou amigos a voz	0,317
Ter muita secreção ou pigarro na garganta	0,039
Mudança na voz durante o dia	0,083
Pessoas ficam irritadas por causa da voz	0,317
Nariz entupido	0,063
Pessoas perguntam o que tem na voz	0,317
Voz rouca e seca	0,039
Esforço para falar	0,157
Frequência de infecção na garganta	0,564
Falha da voz no meio da frase	0,059
Sensação de incompetência	1,000
Vergonha da voz	0,317
Sensação de solidão	0,317

Fonte: RECIFE, 2015

Quanto ao registro dos valores do Tempo Máximo de Fonação da vogal /a/ das idosas no momento pré terapia, variaram entre 4,83 e 20,20 segundos. Com os idosos, a variação ficou entre 4,93 e 7,23 segundos. No momento pós terapia, as idosas apresentaram variação do tempo máximo de fonação entre 4,67 e 19,77 segundos.

Já com os idosos, houve variação entre 7,36 e 9,46 segundos. Chama-se a atenção, desta forma, para a proximidade entre os valores obtidos nos momentos pré e pós terapia vocal empregada e também destaca-se uma redução marcante no grupo feminino e um aumento no masculino no momento pós terapia (Tabela 6).

Quanto aos valores do Tempo Máximo de Fonação da vogal sustentada /i/, no momento pré terapia vocal, ocorreu variação entre 4,56 e 19,77 segundos para as idosas participantes, e variação entre 5,25 e 8,57 segundos para os idosos. No momento pós terapia, a variação dos tempos máximos de fonação nas idosas ficou entre 3,41 a 16,30 segundos. Os idosos apresentaram variação entre 5,80 e 12,35 segundos (Tabela 6). Tais dados também apontam para a manutenção dos valores de TMF comparando-se os dois momentos de avaliação e também ressalta-se o mesmo padrão quanto o decréscimo acentuado no grupo feminino e uma elevação no masculino no momento pós terapia.

Tabela 6: Valores do tempo máximo de fonação das vogais sustentadas /A/ E / I/, e referente a cada idoso por sexo, pré e pós terapia vocal

AVALIAÇÃO VOCAL		S1 (F)	S2 (F)	S3 (F)	S4 (M)	S5 (F)	S6 (F)	S7 (M)	S8 (M)
Vogal sustentada /a/ (TMF) em segundos	Pré	20,20	5,94	6,40	7,23	13,27	4,83	4,93	5,41
	Pós	19,77	7,49	5,09	7,36	15,85	4,67	9,46	7,81
Vogal sustentada /i/ (TMF) em segundos	Pré	19,77	6,40	5,45	5,25	13,79	4,56	7,57	8,57
	Pós	16,30	7,21	5,08	5,80	14,32	3,41	12,35	8,62

Legenda: F= Feminino; M= Masculino, TMF= Tempo máximo de fonação; ESV= Escala de Sintomas Vocais.

Fonte: Os autores

A análise das vogais sustentadas indica o controle da força aerodinâmica advinda do fluxo pulmonar, bem como, das forças mioelásticas da laringe (DE SOUZA; DOS SANTOS; PERNAMBUCO; DE ALMEIDA GODOY; DA SILVA LIMA, 2017). Dessa forma, nas situações em que os indivíduos com tempo máximo de fonação reduzido relatam falta de ar deve-se a necessidade de reposição aérea pela falta de eficiência glótica durante o fluxo aéreo infraglótico (HASSAN; HUSSEIN; EMAM; RASHAD; REZK; AWAD, 2018). Já nos idosos é comum a redução no tempo máximo

de fonação, devido à diminuição no fluxo expiratório que interfere diretamente na resistência glótica e, assim, impede a sua sustentação durante a emissão (VACA; MORA; COBETA, 2015). Para a presente pesquisa, cabe ressaltar que mesmo diante da manutenção dos dados respiratórios, ainda sim, foi encontrado uma discreta diminuição no grupo feminino e uma elevação no masculino. Tais realidades podem estar relacionadas ao impacto do envelhecimento no sistema respiratório e por isso, pode ser a justificativa para essa permanência, bem como, nas mulheres a atividade respiratória é reduzida devido a menopausa impactar nesse sistema (TRIEBNER et al, 2017). Já no que se refere ao aumento no masculino, tal ocorrência pode ser devido ao homem possuir maior capacidade pulmonar em relação às mulheres (KARMAUS et al, 2019).

Quanto aos valores de tempo máximo de fonação encontrados na literatura para o público feminino adulta varia de 13 a 22,6 segundos (ANTONETTI et al., 2018; CUNHA; PEREIRA; RIBEIRO; DASSIE-LEITE, 2018; BROCKMANN-BAUSER; BALANDAT; BOHLENDER, 2019; SLIDEN; BECK; MACDONALD, 2017). Já nos homens adultos, essa faixa abrange de 16,13 a 30 segundos (ANTONETTI et al., 2018; KOSZTYŁA-HOJNA ; ZDROJKOWSKI; DUCHNOWSKA, 2019; SLIDEN; BECK; MACDONALD, 2017). Diante do exposto percebe-se que a maioria dos sujeitos da presente pesquisa possuem tempo máximo de fonação reduzido em relação a população adulta.

No entanto, estudos prévios indicam que o tempo máximo de fonação da população idosa variou entre 7,8 a 16,1 segundos nas mulheres (CARRÉRA; ARAÚJO; LUCENA, 2016; VACA; MORA; COBETA, 2015; PESSIN et al, 2017; PIRAGIBE et al, 2020; SHINODA et al, 2017) e 8,5 a 18,7 segundos nos homens (VACA; MORA; COBETA, 2015; PESSIN et al, 2017; SHINODA et al, 2017; KOSZTYŁA-HOJNA; ZDROJKOWSKI; DUCHNOWSKA, 2019). Em comparação aos achados do presente estudo, demonstra-se que grande parte da amostra pesquisada apresenta valores reduzidos.

Diante de tais achados relacionados ao TMF, presume-se que seja necessário um programa terapêutico que tenha maior direcionamento para a dinâmica e capacidade respiratória para que seja possível verificar ganhos relacionados ao aumento de TMF em idosos.

4. CONCLUSÃO

O uso do tubo de ressonância mostrou-se ser uma medida eficaz para diminuir os sintomas vocais em idosos com presbifonia. Para ganhos relacionados ao TMF, sugere-se terapias de voz que tenham maior direcionamento para aspectos respiratórios.

REFERÊNCIAS

ALLEN, J.; MILES, A. Walking the thin white line – managing voice in the older adult. **Speech, Language and Hearing**, v.22, n.1, p. 25-31, 2019.doi:10.1080/2050571x.2019.1567897.

ALVES, J.E.D. **Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas proporções da ONU.2019**. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu/>. Acesso em: 06/07/2021.

ANGERSTEIN, W. Stimm- und Kehlkopfveränderungen im Alter (Presbyphonie und Presbylarynx) [Vocal Changes and Laryngeal Modifications in the Elderly (Presbyphonia and Presbylarynx)]. **Laryngorhinootologie**, v.97, n.11, p. 772-776, 2018. doi: 10.1055/a-0652-6758.

ANTONETTI, A.E.S. et al. Voiced High-frequency oscillation and LaxVox: Analysis of their immediate effects in subjects with healthy voice. **Journal of voice**, 2018.

Aquino, F.S.; Andrada e Silva, M.A.; Teles, L.C.S.; Ferreira, L.P. Aspects of the speaking voice of elderly women with choral singing experience. **CoDAS**, v.28, n.4, p. 446-453, 2016.

BROCKMANN-BAUSER, M.; BALANDAT, B.; BOHLENDER, J. E. Immediate Lip Trill Effects on the Standard Diagnostic Measures Voice Range Profile, Jitter, Maximum Phonation Time, and Dysphonia Severity Index. **Journal of Voice**, 2019

Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.p. 205-9.

CARRÉRA, C.M.D.; ARAÚJO, A.N.B.; LUCENA, J.A. Correlation between slow vital capacity and the maximum phonation time in elderly. **Rev. CEFAC**, v.18, n.6, p.1389-94, 2016.

CUNHA, L.J.; PEREIRA, E.C.; RIBEIRO, V.V.; DASSIE-LEITE, A.P. Influence of the Body Position and Emission Number in the Results of the Maximum Phonation Times of Adults without Vocal Complaints. **Journal of Voice**, 2018.

DE SOUZA, L.B.R.; DOS SANTOS, M.M.; PERNAMBUCO, L.A.; DE ALMEIDA GODOY, C.M.; DA SILVA LIMA, D.M. Effects of Weight Loss on Acoustic Parameters After Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, v.28,n.5,p.1372–1376,2017.

Godoy, J.F.; Silverio, K.C.A.; Andrade, E.C.; Brasolotto, A.G. Intensive voice therapy for the elderly. **Audiology Communication Research**, v. 25, e2098, 2020.
GODOY, J.; SILVERIO, K.; BRASOLOTTO, A. Effectiveness of Vocal Therapy for the Elderly When Applying Conventional and Intensive Approaches: A Randomized Clinical Trial. **Journal of Voice**, v.33, n.5, 809.e19-809.e26, 2019. Doi: 10.1016/j.jvoice.2018.03.017.

GONÇALVES, T.M.; MARTINS, R.H.G.; ADRIANA, B.B.P. Transmission Electron Microscopy of the Presbylarynx in the Process of Voice Aging. **Journal of Voice**, v.32, n.1, p.3-7, 2018. doi:10.1016/j.jvoice.2016.11.013

GREGORY, N.D. et al. Voice Disorders in elderly. **Journal of Voice**, v. 26, n. 2, p. 638-44, 2012.

Guzman, M.; Saldivar, P.; Pérez, R.; Muñoz, D. Aerodynamic, Electroglottographic, and Acoustic Outcomes after Tube Phonation. **Folia Phoniatrica et Logopaedica**, v.70, n.3-4, p.149-155,2018.DOI: 10.1159/000492326.

HASSAN, M.M.; HUSSEIN, M.T.; EMAM, A.M.; RASHAD, U.M.; REZK, I.; AWAD, A. H. Is insufficient pulmonary air support the cause of dysphonia in chronic obstructive pulmonary disease? **Auris Nasus Larynx**, v.45,n.4,p.807–814,2018.

IBGE.**Projeção da população do Brasil e das unidades da federação**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acessado em: 27/09/2019

KARMAUS, W. et al. Distinctive lung function trajectories from age 10 to 26 years in men and women and associated early life risk factors - a birth cohort study. **Respiratory Research**, v. 20, n.1, p. 98, 2019. doi: 10.1186/s12931-019-1068-0.

KOST, K.M.; SATALOFF, R.T. Voice disorders in elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.34, n.2, p.191-203,2018.

KOSZTYŁA-HOJNA, B.; ZDROJKOWSKI, M.; DUCHNOWSKA, E. The application of High-Speed camera (HS), acoustic analysis and Voice Handicap Index (VHI) questionnaire in diagnosis of voice disorders in elderly men. **Otolaryngologia Polska**, v.73, n.5, p.25-30, 2019. doi: 10.5604/01.3001.0013.3335.

MENEZES, L.N.; BEHLAU, M.; GAMA, A.C.C.; TEIXEIRA, L.C. Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3119-3129, 2011.

MONTE, C.A.; MOURÃO, L.F.; MOTA, P.H.M. Avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica em idosos pré e pós programa vocal. **Pró-Fono**, v.13, n. 2, p. 169-176, 2001.

MORETI, F.; ZAMBON, F.; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M. Equivalência cultural da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.23, n.4, 2011. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000400018>

PEREIRA, S.R.M. Fisiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. P. 397-9.

PESSIN, A.B.B. et al. Voice and aging: clinical, endoscopic and acoustic investigation. **Clinical Otolaryngology**, v.42, n.2, p.330-5, 2017.

PIRAGIBE, C.P. et al. Comparison of the immediate effect of voiced oral high-frequency oscillation and flow phonation with resonance tube in vocally-healthy elderly women. **CODAS**, v.32, n.4, e20190074, 2020. DOI: 10.1590/2317-1782/20192019074
QUEIROZ, M.R.G.; GOMES, A.O.C.; LUCENA, J.A. Vocal range profile in elderly women with and without voice symptom. **Rev Cefac**, v.21, n.4, e18218, 2019.

RAPOPORT, S.K.; MEINER, J.; GRANT, N. Voice changes in the elderly. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v.51, n.4, p.759-768,2018.

ROSSA, A.M.T.; MOURA, V.J.; ANDRIOLLO, D.B.; BASTILHA, G.R.; LIMA, J.P.M.; CIELO, C.A. Intensive short-term therapy with phonation into a glass tube immersed in water: male case studies. **Audiology Communicantion Research**, n.24, e2197, 2019.

SANTOS, S.B.et al. Verificação da eficácia do uso de tubos de ressonância na terapia vocal com indivíduos idosos. **Audiology Communication Reserach**, v.19,n.1,p.81-7, 2014.

SHINODA, T. et al. The relative and absolute reliability of maximum phonation time in community-dwelling Japanese people. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 29, n.4, p. 781-786, 2017. Doi: 10.1007/s40520-016-0573-y.

SIQUEIRA, M.A.; BASTILHA, G.R.; LIMA, J.P.M.; CIELO, C.A. Vocal hydration in voice professionals and in future voice professionals. **Rev. CEFAC**, v.18, n. 4, p.908-914, 2016.

SLIIDEN, T.; BECK, S.; MACDONALD, I. An Evaluation of the Breathing Strategies and Maximum Phonation Time in Musical Theater Performers During Controlled Performance Tasks. **Journal of Voice**, v.31, n.2, p. 253, 2017.

TRIEBNER, K. et al. Menopause Is Associated with Accelerated Lung Function Decline. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 195, n.8, p. 1058-1065, 2017. doi: 10.1164/rccm.201605-0968OC. PMID: 27907454.

VACA, M.;MORA E.; COBETA I. The Aging Voice: Influence of Respiratory and Laryngeal Changes. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**,v.153, n.3, p.409-13,2015.

WONG, H.Y.; MA, E.P. Self-Perceived Voice Problems in a Nontreatment Seeking Older Population in Hong Kong. **Journal of Voice**, v. S0892-1997, n. 19, p. 30594-6, 2020. doi: 10.1016/j.jvoice.2019.12.012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing and health**. 2018. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>. Acesso em: 15/06/2019.

XIAO, S. et al. An epidemiological survey of laryngopharyngeal reflux disease at the otorhinolaryngology-head and neck surgery clinics in China. **European Archives of Otorhinolaryngology**, v. 277, n.10, p.2829-2838, 2020. doi: 10.1007/s00405-020-06045-0.

