

Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan  
Organizadora

# CIÊNCIAS DA SAÚDE: CONCEITOS E TENDÊNCIAS

VOL. 1

CURITIBA  
2021



**Organizadora  
Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan**



**Ciências da saúde: conceitos e  
tendências**

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: Editora Reflexão Acadêmica  
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<sup>a</sup>. Msc. Rebeka Correia de Souza Cunha, Universidade Federal da Paraíba - UFPB

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

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clara Mariana Gonçalves Lima, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Prof<sup>a</sup>. PhD Jalsi Tacon Arruda, Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. 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

Prof. Dr. Sérgio Campos, Faculdade de Ciências Agrônômicas, Brasil.

Prof. Dr. Francisco José Blasi de Toledo Piza, Instituição Toledo de Ensino, Brasil.

Prof. Dr. Manoel Feitosa Jeffreys, Universidade Paulista e Secretaria de Educação e Desporto do Amazonas, Brasil.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariana Wagner de Toledo Piza, Instituição Toledo de Ensino, Brasil.

Prof. Msc. Gleison Resende Sousa, Ananguera Polo Camocim, Brasil.

Prof<sup>a</sup>. Msc. Raiane Vieira Chaves, Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thalita Siqueira Sacramento, Escola da Natureza- Secretaria de Educação do Distrito Federal, Brasil.

Prof. Msc. André Luiz Souza, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leonice Aparecida de Fatima Alves Pereira Mourad, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenita de Cássia Moura Stefani, Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.



Reflexão Acadêmica  
editora

**Ano 2021**

Prof<sup>a</sup>. Msc. Vanesa Nalin Vanassi, Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Khétrin Silva Maciel, Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil.  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Crispim de Freitas, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.  
Prof. Esp. Richard Presley Silva Lima Brasil, Centro De Educação Superior De Inhumas Eireli, Brasil.  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Lúcia da Silva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Anna Maria de Oliveira Salimena, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Clotilde Henriques Tavares, Universidade de Brasília, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Márcia Antonia Guedes Molina, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.  
Prof. Msc. Mateus Veppo dos Santos, Centro Universitário Euro-Americano, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Msc. Adriana Xavier Alberico Ruas, Funorte, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Msc. Eliana Amaro de Carvalho Caldeira, Centro Universitário Estácio - Juiz de Fora MG, UFJF, Brasil.  
Prof. Msc. João Gabriel de Araujo Oliveira, Universidade de Brasília, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anísia Karla de Lima Galvão, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita Mônica Borges Studart, Universidade de Fortaleza, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Msc. Adriane Karal, UDESC/UCEFF, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Msc. Darlyne Fontes Virginio, IFRN, Brasil.  
Prof.<sup>a</sup> Msc. Luciana Mação Bernal, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.  
Prof. Dr. Roberto José Leal, Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.



Reflexão Acadêmica  
editora

**Ano 2021**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

C357c Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim

Ciências da saúde: conceitos e tendências / Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan. Curitiba: Editora Reflexão Acadêmica, 2021.  
262 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui: Bibliografia

ISBN: 978-65-84610-02-6

1. Ciências da saúde. 2. Áreas da saúde.

I. Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim. II. Título.

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 conceitos e tendências vol.01”, publicado pela Reflexão Acadêmica Editora, é uma coletânea que une dezenove capítulos que discorrem sobre temas relacionados com as diversas áreas da saúde.

Assim, os trabalhos discutem: Avaliação de recursos motivacionais para a prática a higiene bucal, com o objetivo de avaliar a eficácia de três estratégias de motivação em saúde bucal, em 100 crianças de 2 a 5 anos de uma creche/escola pública de São Luis- MA.O livro também aborda a questão do climatério e a menopausa, com o objetivo verificar a prevalência de alterações psicológicas em mulheres climatéricas e menopausadas, usuárias do SUS, de um município do centro-oeste brasileiro. Outro trabalho que faz parte desta coletânea, é a descrição de um sistema de medicação de um hospital público de ensino de Salvador, no estado da Bahia, e identificar os possíveis fatores de risco que podem contribuir para ocorrência de erros e comprometer a segurança do pacientes. O livro também conta com um capítulo que descreve a estenose traqueal pós ventilação mecânica em pacientes acometidos pela covid-19, com o objetivo identificar se a origem da PILS é uma complicação direta ou se acontece em pacientes em eventos isolados/raros, entre outros temas aderentes à saúde.

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 área da saúde e que o livro auxilie em futuras pesquisas voltadas na temática discutida.

Boa leitura!

Profa. MSc. Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>CAPÍTULO 01</b> .....  | 1  |
| AVALIAÇÃO DE RECURSOS MOTIVACIONAIS PARA A PRÁTICA DA HIGIENE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES DE SÃO LUIS – MA         |    |
| Elizabeth Lima Costa  |    |
| Amanda da Silva Cruz  |    |
| Cibelly de Fátima Vieira Ferreira   |    |
| Lucas Daylor Aguiar da Silva  |    |
| Cayara Mattos Costa   |    |
| José Ferreira Costa   |    |
| <b>DOI: <a href="https://doi.org/10.51497/reflex.0000209">doi.org/10.51497/reflex.0000209</a></b>             |    |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO 02</b> .....  | 21 |
| SAÚDE DO HOMEM: BUSCA POR SERVIÇOS DE SAÚDE   |    |
| Ana Flávia Santiago Lourenço  |    |
| Bruna Isabella Santos Braga   |    |
| Maria Celina da Piedade Ribeiro   |    |
| Thayná Gomes Gonzaga  |    |
| <b>DOI: <a href="https://doi.org/10.51497/reflex.0000210">doi.org/10.51497/reflex.0000210</a></b>             |    |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO 03</b> .....  | 32 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL NO ESPÍRITO SANTO |    |
| Pedro Muqui Ramos   |    |
| Regina Araújo Netto Shimada   |    |
| <b>DOI: <a href="https://doi.org/10.51497/reflex.0000211">doi.org/10.51497/reflex.0000211</a></b>             |    |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO 04</b> .....  | 48 |
| CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: SAÚDE MENTAL DE MULHERES CARENTES EM UM MUNICÍPIO DO CENTRO-OESTE BRASILEIRO          |    |
| Bárbara Correia Neves Sabino  |    |
| Carolina Leão de Moraes   |    |
| Ermonio Ernani Estanislau Oliveira  |    |
| Gabriela Vieira Lelis de Sousa  |    |
| Isabela Verniano Pasqualotto  |    |
| Isadora Maria de Oliveira Guimarães   |    |
| Jean Kennedy Lopes Filho  |    |
| Laís Eduarda de Araujo Carneiro   |    |
| Raiene Sara Cardoso Pereira   |    |
| Sophia Bárbara Miranda e Silva  |    |
| <b>DOI: <a href="https://doi.org/10.51497/reflex.0000212">doi.org/10.51497/reflex.0000212</a></b>             |    |

**CAPÍTULO 05** .....56

REAÇÕES INFANTIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO, E AS  
TÉCNICAS DE CONTROLE DE COMPORTAMENTO UTILIZADAS POR  
ACADÊMICOS

Emerson Inácio de Sousa  
Eruska Maria de Alencar Tavares Norões  
Evamiris Vasques de França Landim  
Gabriella Stephanie Xavier Bezerra  
Hiago Emanuel Andrade Ferreira  
Maria Rosália dos Santos Silva  
Maria Mariquinha Dantas Sampaio  
Marayza Alves Clementino  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000213**

**CAPÍTULO 06** .....74

O SISTEMA DE MEDICAÇÃO: FATORES DE RISCO E MEDIDAS PARA  
PREVENÇÃO DE ERROS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Maria Elisa Daltro  
Sheila Kelly Lacerda S. Mello  
Lais S. Mendes  
Juliana Pinto  
Andrea Mendes  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000214**

**CAPÍTULO 07** .....91

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS DO CLUBE DE  
REPOUSO IRMÃ DULCE E DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PIRAPORA

Gregória de Jesus dos Santos Coêlho  
José Newton Lacet Vieira  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000215**

**CAPÍTULO 08** .....106

ESPECTRO ESTRUTURAL PARA DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO, AUTOLESÃO  
E RECURSOS À DROGA: DA FRAGILIZAÇÃO À FALÊNCIA DA FANTASIA

Julia da Silva Cunha  
Maria Stela Costa Vliese Zichtl Campos  
Thalles Cavalcanti dos Santos Mendonça Sampaio  
Cláudia Henschel de Lima  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000216**

**CAPÍTULO 09** .....130

BRINCAR E O INCREMENTO DAS HABILIDADES FÍSICAS FUNDAMENTADAS

Maria Tainá Alves Figueirêdo  
Ágna Retyelly Sampaio de Souza

Anderson dos Santos Oliveira  
André Luis do Nascimento Mont Alverne  
Anna Karine Queiroga Guimarães  
Camilla Ytala Pinheiro Fernandes  
José Edson Ferreira da Costa  
Rosana Cabral Pinheiro  
Wesley Breno Silva Oliveira  
Thamires Santos do Vale  
Richardson Dylsen de Sousa Capistrano  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000217**

**CAPÍTULO 10** ..... 141

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: A COMPREENSÃO DAS CAUSAS

Thamiris Andrade de Oliveira

**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000218**

**CAPÍTULO 11** ..... 150

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO NA  
ODONTOLOGIA: UM RELATO COM ABORDAGEM DAS ALTERAÇÕES  
DENTÁRIAS DE DESENVOLVIMENTO

Marynny Teixeira Silva

Caio Fernando dos Santos da Cruz

Anna Clara Sousa Santos

Ana Patrícia Nogueira Antunes

Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões

Rita de Cássia Dias Viana Andrade

Maria da Conceição Andrade de Freitas

**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000219**

**CAPÍTULO 12** ..... 159

O OBJETO TRANSACIONAL E A SUA IMPORTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO  
HUMANO

Ana Mateus da Silva

**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000220**

**CAPÍTULO 13** ..... 174

PROJETO PROMOVENDO A VIDA: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER  
E A LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA  
CRIANÇA SOBREVIVENTE DO CÂNCER – UMA PESQUISA CONVERGENTE  
ASSISTENCIAL

Noely Cibeli dos Santos

**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000221**

**CAPÍTULO 14** ..... 190

**CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA EM MODELO  
EXPERIMENTAL ANIMAL COM TERAPIA FOTODINÂMICA**

Italo Soares Eneias  
Ana Rita Pinheiro Barcessat  
Alana Patrícia Lima Ferreira  
Ana Vitoria Gonçalves de Oliveira Cruz  
Carla Emanuela Xavier Silva  
Danyela Darienso  
Ester Suane Lima Monteiro  
João Douglas Quaresma de Oliveira  
Lucas dos Santos Nunes  
Rebeca Góes Gonçalves  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000222**

**CAPÍTULO 15** ..... 199

**CONVERGÊNCIA DA AÇÃO DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL E  
UROGINECOLÓGICA EM PACIENTES PUÉRPERAS COM A INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Cleenny Thainá Santos da Silva  
Etiene da Silva Andrade  
Guilherme Williams Moccock de Araújo  
Izabelly Tawane Moraes da Silva  
Jéssica da Silva Barbosa  
Kássia Nascimento Ramos  
Thaís da Silva Queiroz  
Vanessa Silva Lapa  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000223**

**CAPÍTULO 16** ..... 212

**COMO ATITUDES RELIGIOSAS INFLUENCIAM SENTIDO DA VIDA E HÁBITOS  
DE SAÚDE? UMA ANÁLISE MULTIVARIADA**

Ezequiel Viana  
Paulo Mesquita  
**DOI: doi.org/10.51497/reflex.0000224**

**CAPÍTULO 17** ..... 225

**ASSOCIAÇÃO ENTRE INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E  
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

Aline Barros Brutti  
Manoel Joaquim Loureiro  
Henrique Pereira  
Samuel Monteiro  
Rosa Marina Afonso  
Graça Esgalhado

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000225](https://doi.org/10.51497/reflex.0000225)**

**CAPÍTULO 18** .....240

**O PACIENTE OCULTO: O CUIDADOR INFORMAL NO IDOSO COM DEMÊNCIA**

Desidério da Encarnação Palma Duarte

Marta Nélia Belchior Mendonça

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000226](https://doi.org/10.51497/reflex.0000226)**

**CAPÍTULO 19** .....252

**ESTENOSE TRAQUEAL PÓS-VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES  
ACOMETIDOS PELA COVID-19: EVENTO ISOLADO OU COMPLICAÇÃO DIRETA?**

Ana Carolina Lima Barros

Camila Baquieti Carminate

Frederico Noboro Figueiredo Nakagawa

Pedro Duarte Moreira Andrade

**DOI: [doi.org/10.51497/reflex.0000227](https://doi.org/10.51497/reflex.0000227)**

## CAPÍTULO 01

### AVALIAÇÃO DE RECURSOS MOTIVACIONAIS PARA A PRÁTICA DA HIGIENE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES DE SÃO LUIS - MA

#### **Elizabeth Lima Costa**

Universidade Federal do Maranhão – Docente do Departamento de Odontologia II  
E-mail: bet.lima@terra.com.br

#### **Amanda da Silva Cruz**

Universidade Federal do Maranhão – Cirurgiã-Dentista  
E-mail: amandadasilva\_cruz@hotmail.com

#### **Cibelly de Fátima Vieira Ferreira**

Universidade Federal do Maranhão – Programa de Pós-Graduação em Odontologia  
E-mail: cayara\_mattos@hotmail.com

#### **Lucas Daylor Aguiar da Silva**

Universidade Federal do Maranhão – Discente do Curso de Odontologia  
E-mail: cibelly.ferreira18@gmail.com

#### **Cayara Mattos Costa**

Universidade Federal do Maranhão – Discente do Curso de Odontologia  
E-mail: daylor.estudos@gmail.com

#### **José Ferreira Costa**

Universidade Federal do Maranhão – Docente do Departamento de Odontologia I  
E-mail: costa.jf@terra.com.br

**Resumo:** O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia de três estratégias de motivação em saúde bucal, em 100 crianças de 2 a 5 anos de uma creche/escola pública de São Luis – MA. Metodologia: As mães responderam um questionário sobre saúde e dieta das crianças e foram submetidas a um exame clínico da cavidade bucal. As crianças foram aleatoriamente distribuídas em três grupos. Grupo A, motivado em sessão única com a técnica direta e palestra educativa. Grupo B, motivado em 4 sessões e recebeu orientação direta associada com palestra educativa (reforço) e o grupo C, motivado também em 4 sessões e realizou a técnica direta associada com teatro e desenho. Para aferição das condições bucais foi utilizado o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (ceo) e a condição de higiene bucal foi por meio do índice de placa visível (IPV) e índice de sangramento gengival (ISG) realizados no primeiro encontro, após 30 e 60 dias. Resultados: Na análise dos dados, observou-se resultados muito significantes para os grupos B ( $p=0,01$ ) e C ( $p=0,004$ ), em contrapartida o grupo A não apresentou quase melhora nos índices ( $p=0,43$ ). Conclusão: As atividades lúdicas aplicadas com reforços podem promover melhorias salutares nos níveis de higiene bucal das crianças.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; Motivação; Criança.

**Abstract:** The objective of the study was to evaluate the efficacy of three oral health motivation strategies performed in 100 children aged 2 to 5 years of a day care center / public school in. Methodology: The mothers answered a questionnaire about children's health and diet. Children and underwent a clinical examination of the oral cavity. The children were randomly assigned to three groups. Group A, motivated in a single session with the direct technique and educational lecture. Group B, motivated in 4 sessions and received direct orientation associated with an educational lecture (reinforcement) and group C, also motivated in 4 sessions and performed the direct technique associated with theater and drawing. To measure the oral conditions, the index of decayed, missing and filled teeth (dmf) was used and the oral hygiene condition was measured using the visible plaque index (IPV) and gingival bleeding index (ISG) performed at the first meeting after 30 and 60 days. RESULTS: In the data analysis, we observed very significant results for groups B ( $p = 0.01$ ) and C ( $p = 0.004$ ). On the other hand, group A showed almost no improvement ( $p = 0.43$ ). Conclusion: The recreational activities applied with reinforcements can promote salutary improvements in the oral hygiene levels of children.

**Keywords:** Health education; Motivation; Child.

## 1. INTRODUÇÃO

A educação em Saúde é o ponto essencial de qualquer programa de saúde. Seus resultados são significativos, quando conseguem proporcionar mudanças no comportamento das pessoas, priorizando a promoção da saúde (COSTA, SILVA, COSTA, 2001). Para Vasconcelos *et al.* (2001), educar é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e conscientizá-la a buscar soluções. Deste modo, a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências e na conexão entre os saberes popular e científico (FALKENBERG *et al.*, 2013).

Atualmente, a Odontologia tem se empenhado em promover ações de prevenção de doenças bucais, o que representa um mecanismo mais simples, barato e inteligente de atenção em saúde (GARBIN *et al.*, 2009). Destaca-se, assim, a necessidade de informar, ensinar e motivar hábitos de higiene bucal às crianças, como uma rotina comum e obrigatória (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Com essas atitudes, busca-se evitar o surgimento da cárie dentária e da doença periodontal, consideradas os maiores problemas de Saúde Pública em Odontologia no Brasil, apesar dos avanços verificados na adoção de medidas preventivas (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; AFONSO, CASTRO, 2014). Estes são processos que se iniciam com a presença de biofilme dental associado à uma dieta inadequada (excesso de açúcares) e constante falta de higiene bucal (CARVALHO *et al.*, 2013).

Uma higiene bucal adequada, praticada prematuramente, com o uso de fio dental, escovação, controle na ingestão de açúcares são os meios mais eficazes para a prevenção de doenças bucais. É importante que essa educação seja adquirida bem cedo, para que haja a formação de uma base de comportamento no futuro e, dessa forma, uma efetiva mudança de estilo de vida (BARROS, PEREIRA, LOFFREDO, 1999). Nesse contexto, o cirurgião dentista pode informar, aconselhar e motivar a população, dando atenção às necessidades de autoestima, autopreservação, corresponsabilidade, relacionamento social, boa aparência e promoção de saúde como um todo (COSTA; SILVA; COSTA, 2001).

Por outro lado, a escola se caracteriza como um ambiente onde se reúnem pessoas em faixas etárias diferentes, propícias à aquisição de hábitos saudáveis e de

medidas preventivas. É um local adequado para o desenvolvimento de programas educativos em saúde bucal, especialmente as escolas primárias (GARBIN *et al.*, 2009). Experiências mostram que é interessante a coparticipação entre dentistas e professores na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para escolares (BENDNT *et al.*, 2012).

Outro fator que favorece esse trabalho conjunto é que a infância representa um período extremamente importante para o futuro da saúde bucal do indivíduo. Nessa fase, as noções e os hábitos de cuidados com a saúde devem começar a se formar, permitindo assim que as ações educativas implementadas mais tarde se baseiem no reforço de rotinas já estabelecidas, sendo, portanto, um período propício ao aprendizado (CANTANHEDE, 2011).

Os métodos de educação e motivação têm a finalidade de esclarecer os pacientes sobre as doenças bucais e mudar seus hábitos de higiene (AQUILANTE *et al.*, 2003). Este trabalho deve ser iniciado o mais precoce possível, assim que a criança inicia o desenvolvimento da coordenação motora (GARBIN *et al.*, 2009).

Essa atividade pode ser desenvolvida em espaços diversos, como escolas, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar, sem esquecer que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento (SÁ *et al.*, 2009; FLORES *et al.*, 2003).

A elaboração de programas educativo-preventivos que estimulem a incorporação de hábitos saudáveis é de suma importância. Entretanto, para que sejam significativos, aspectos como diferenças socioculturais da população alvo, uso de linguagem adequada, continuidade de informações e métodos educativos claros e objetivos, aliados a técnicas motivacionais devem ser considerados (HARRISON; WONG, 2003).

Dessa forma, atividades lúdicas voltadas para saúde bucal se tornam grandes aliadas no aprendizado, pois proporcionam aprendizagem e diversão (CANTANHEDE, 2011; BARRETO, 2013).

A literatura revela uma ampla variedade de métodos utilizados para a educação e motivação do indivíduo, como orientação direta, vídeos, uso de folhetos informativos e substâncias evidenciadoras de placa bacteriana, palestras, gincanas, teatro, música, entre outros (COSTA; SILVA; COSTA, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O teatro de bonecos vem sendo utilizado não apenas como espetáculo, mas como estratégia educacional lúdica com crianças, sendo um processo válido quando bem aplicado, pois além do lazer o lúdico é um método de desenvolvimento intelectual.

Costa et al (2001) enfatizam que o uso de teatro e música como recurso para a promoção de saúde é um excelente método pedagógico de levar a informação de uma maneira simples e envolvente, cativando o público e fazendo pensar sobre a importância do assunto. A estrutura do teatro e as músicas devem ser desenvolvidas baseadas em aspectos de saúde bucal, destacando informações em relação à higiene oral (CANTANHEDE et al., 2011).

O uso recurso didáticos para a promoção de saúde é um excelente método pedagógico para levar a informação de uma maneira simples e envolvente, cativando o público e fazendo pensar sobre a importância do assunto (COSTA; SILVA; COSTA, 2001).

Assim sendo, o presente estudo se propôs a avaliar a eficácia de um programa educativo-preventivo sobre higiene bucal em crianças, por meio de estratégias motivacionais, e eleger a melhor técnica para despertar o interesse em saúde bucal. Entretanto, os trabalhos que avaliaram estes métodos motivacionais em pré-escolares não utilizaram o teatro adaptado a um texto explicativo de maneira lúdica, com conceitos sobre cuidados bucais para evitar a ação microbiana.

## **2. METODOLOGIA**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (parecer nº 23115-006504/2010-15) Resolução CNS-466/12 tendo início após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mães participantes. As crianças e mães que necessitaram de tratamento odontológico foram encaminhadas para atendimento no Curso de Odontologia da UFMA.

Trata-se de um estudo longitudinal realizado em uma amostra de 100 crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, matriculadas em uma creche/escola pública de São Luís-MA, para avaliar a eficácia de um programa educativo/preventivo no controle da cárie na primeira infância. O cálculo amostral ( $n = 1/E_0^2$ ) levou em consideração a prevalência de 29,91% de cárie dentária referente em crianças de 18 a 36 meses da região nordeste, o erro padrão e o tamanho da população assumido pelo pesquisador.

A seleção da unidade escolar deu-se de acordo com sua localização, proximidade de serviços de saúde e com a concordância dos Gestores da unidade escolar.

A pesquisa foi dividida em 3 etapas: Informativa, Epidemiológica e Interventiva, desenvolvida no período de outubro de 2017 a junho de 2018, obedecendo um cronograma de acordo com as atividades didáticas da escola (VALARELLI et al., 2011).

Antes do início da pesquisa foi realizado um contato com a direção da escola e com as mães dos escolares para explicar os objetivos da pesquisa e a maneira como seria conduzido o estudo.

As mães responderam um questionário estruturado e validado por meio de entrevista, contendo dados socioeconômicos e demográficos, questionário de frequência alimentar e hábitos de higiene bucal da mãe e do filho (NUNES et al., 2012).

As crianças foram aleatoriamente distribuídas em três grupos. Grupo A (41 crianças), motivado em sessão única com a técnica direta e palestra educativa. Grupo B (25 crianças), motivado em 4 sessões e recebeu orientação direta associada com palestra educativa (reforço) e o grupo C (34 crianças), motivado também em 4 sessões e realizou a técnica direta associada com teatro e desenho. Um macromodelo foi utilizado em todos os grupos como apoio para demonstração das técnicas de higiene bucal.

A avaliação das condições bucais das crianças em todos os grupos foi realizada no primeiro encontro e após a execução de todas as sessões de motivação. Foram realizados: exame clínico de placa visível-IPV (escore 1- presença de placa e 0- ausência de placa) e de sangramento gengival-ISG à sondagem (1- presença de sangramento e 0- ausência de sangramento) sendo examinadas todas as superfícies dentárias. A higiene bucal foi considerada insatisfatória quando o percentual de biofilme visível foi maior que 15% e a presença de gengivite, quando apresentou mais de 15% de sítios sangrantes (MATTOS-GRANER, 1998).

Após escovação, um exame clínico bucal foi realizado para aferição das lesões cárie, utilizando-se o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (ceo-d) para as crianças, utilizando-se espelho bucal plano, sonda exploradora com ponta romba e sonda periodontal (WHO, 2012). As crianças foram examinadas sob a luz natural, acomodadas em cadeiras comuns no pátio externo da própria escola. A coleta dos

dados foi realizada por um único examinador e um único anotador, previamente calibrado (K= 0,86).

Para avaliação da qualidade da dieta, consumo de sacarose e ingestão de micronutrientes entre as refeições, foi utilizado um inquérito recordatório das últimas 24 horas, sendo considerada cariogênica, quando da presença de alimento (s) cariogênico (s) entre as refeições e antes de dormir, tendo como referência as 24 horas prévias à entrevista.

Com relação às atividades desenvolvidas as crianças de todos os grupos assistiram palestras com duração de 15 minutos sobre: placa bacteriana (biofilme dental) e doença periodontal, formação e desenvolvimento da cárie e interferências da dieta, medidas preventivas e a importância da visita periódica ao cirurgião dentista.

As crianças do Grupo A, além das palestras receberam apenas uma orientação de individual de higiene bucal direta motivadas com macromodelo para demonstração das técnicas de escovação (método de Bass). Foram distribuídas às crianças fio dental, escova de dente e pasta dentifrícia. Em seguida o primeiro exame clínico foi realizado, outro após 30 dias para determinação do índice de placa e outro após 60 dias encerrando-se este grupo.

O Grupo B, além de todos os procedimentos realizados no Grupo A, introduziu-se a técnica de escovação. Cada criança recebeu instrução de como escovar os dentes; primeiro em conjunto com as crianças do mesmo grupo, motivados com a utilização de um macromodelo demonstrativo, depois a orientação foi feita individualmente na boca de cada criança (técnica direta). Em seguida foi realizado o primeiro exame clínico bucal para determinação do 1º índice de placa; o segundo exame foi realizado com 30 dias de início do programa, para determinação do 2º índice de placa e o terceiro exame clínico após 60 dias, com encerramento deste grupo. Sendo realizado reforço de todas as informações e da técnica de escovação em todas as sessões.

O Grupo C também recebeu todos os procedimentos aplicados no grupo B, diferenciando-se na técnica de motivação, com a utilização de teatro e desenho. Decorridos 30 dias e depois 60 dias, todas as atividades foram repetidas e novos exames clínicos de índice de placa foram realizados.

As atividades educativas foram desenvolvidas em dias determinados, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo

e participativo com toda a comunidade escolar, sem esquecer que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento (FLORES, 2003).

Após as etapas de implantação do programa foi feita análise final das condições bucais para comprovação do efeito positivo das sessões de motivação no controle da cárie da primeira infância, do biofilme dental e sangramento gengival.

### 3. RESULTADOS

Os resultados encontrados no presente estudo foram expressos nas Tabelas 1 a 5 a seguir.

Tabela 1: Associação entre as características socioeconômicas e as variáveis clínicas

| Variável                  | IPV %                |       |              |      | p    | ISG %                |      |              |      | p    | ceo-d     |       |           |      | p    |
|---------------------------|----------------------|-------|--------------|------|------|----------------------|------|--------------|------|------|-----------|-------|-----------|------|------|
|                           | Abaixo e igual a 15% |       | Acima de 15% |      |      | Abaixo e igual a 15% |      | Acima de 15% |      |      | Sem cárie |       | Com cárie |      |      |
|                           | n                    | %     | n            | %    |      | n                    | %    | n            | %    |      | n         | %     | n         | %    |      |
| Sexo                      |                      |       |              |      | 1,00 |                      |      |              |      | 1,00 |           |       |           |      | 0,18 |
| Feminino                  | 35                   | 83,3  | 7            | 16,7 |      | 34                   | 81   | 8            | 19   |      | 28        | 66,7  | 14        | 33,3 |      |
| Masculino                 | 49                   | 84,5  | 9            | 15,5 |      | 48                   | 82,8 | 10           | 17,2 |      | 47        | 81,0  | 11        | 19,0 |      |
| Idade                     |                      |       |              |      | 0,24 |                      |      |              |      | 0,27 |           |       |           |      | 0,05 |
| 2 anos                    | 8                    | 88,9  | 1            | 11,1 |      | 8                    | 88,9 | 1            | 11,1 |      | 8         | 88,9  | 1         | 11,1 |      |
| 3 anos                    | 29                   | 93,5  | 2            | 6,5  |      | 28                   | 90,3 | 3            | 9,7  |      | 26        | 83,9  | 5         | 16,1 |      |
| 4 anos                    | 29                   | 80,6  | 7            | 19,4 |      | 29                   | 80,6 | 7            | 19,4 |      | 28        | 77,8  | 8         | 22,2 |      |
| 5 anos                    | 18                   | 75,0  | 6            | 25,0 |      | 17                   | 70,8 | 7            | 29,2 |      | 13        | 54,2  | 11        | 45,8 |      |
| Turno escolar             |                      |       |              |      | 0,02 |                      |      |              |      | 0,04 |           |       |           |      | 0,47 |
| Um turno                  | 46                   | 76,7  | 14           | 23,3 |      | 45                   | 75   | 15           | 25   |      | 43        | 71,7  | 17        | 28,3 |      |
| Dois turnos               | 38                   | 95,0  | 2            | 5,0  |      | 37                   | 92,5 | 3            | 7,5  |      | 32        | 80,0  | 8         | 20,0 |      |
| Cor da criança            |                      |       |              |      | 0,58 |                      |      |              |      | 0,48 |           |       |           |      | 0,48 |
| Branca                    | 26                   | 92,9  | 2            | 7,1  |      | 26                   | 92,9 | 2            | 7,1  |      | 24        | 85,7  | 4         | 14,3 |      |
| Negro/preto/moreno        | 9                    | 81,8  | 2            | 18,2 |      | 9                    | 81,8 | 2            | 18,2 |      | 9         | 81,8  | 2         | 18,2 |      |
| Parda                     | 39                   | 81,2  | 9            | 18,8 |      | 37                   | 77,1 | 11           | 22,9 |      | 33        | 68,8  | 15        | 31,2 |      |
| Oriental/amarelo/indígena | 1                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 1                    | 100  | 0            | 0    |      | 1         | 100,0 | 0         | 0,0  |      |
| Não sabe                  | 9                    | 75,0  | 3            | 25,0 |      | 9                    | 75   | 3            | 25   |      | 8         | 66,7  | 4         | 33,3 |      |
| Mora com pai e mãe        |                      |       |              |      | 0,37 |                      |      |              |      | 0,80 |           |       |           |      | 0,81 |
| Não                       | 56                   | 81,2  | 13           | 18,8 |      | 56                   | 81,2 | 13           | 18,8 |      | 51        | 73,9  | 18        | 26,1 |      |
| Sim                       | 28                   | 90,3  | 3            | 9,7  |      | 26                   | 83,9 | 5            | 16,1 |      | 24        | 77,4  | 7         | 22,6 |      |
| Número de irmãos          |                      |       |              |      | 0,65 |                      |      |              |      | 0,38 |           |       |           |      | 0,74 |
| 1 irmão                   | 25                   | 80,6  | 6            | 19,4 |      | 23                   | 74,2 | 8            | 25,8 |      | 22        | 71,0  | 9         | 29,0 |      |
| 2 irmãos                  | 21                   | 91,3  | 2            | 8,7  |      | 21                   | 91,3 | 2            | 8,7  |      | 18        | 78,3  | 5         | 21,7 |      |
| Mais de 2                 | 18                   | 78,3  | 5            | 21,7 |      | 18                   | 78,3 | 5            | 21,7 |      | 16        | 69,6  | 7         | 30,4 |      |
| Não tem irmãos            | 20                   | 87,0  | 3            | 13,0 |      | 20                   | 87   | 3            | 13   |      | 19        | 82,6  | 4         | 17,4 |      |

Fonte: Os autores

Tabela 2: Associação entre as variáveis clínicas e as características de higiene bucal

| Variável                    | IPV %                |      |              |      | p    | ISG %                |      |              |      | p    | ceo-d     |      |           |      | p    |
|-----------------------------|----------------------|------|--------------|------|------|----------------------|------|--------------|------|------|-----------|------|-----------|------|------|
|                             | Abaixo e igual a 15% |      | Acima de 15% |      |      | Abaixo e igual a 15% |      | Acima de 15% |      |      | Sem cárie |      | Com cárie |      |      |
|                             | n                    | %    | n            | %    |      | n                    | %    | n            | %    |      | n         | %    | n         | %    |      |
| Higiene bucal               |                      |      |              |      | 0,34 |                      |      |              |      | 0,15 |           |      |           |      | 0,59 |
| Escova, pasta, fio dental   | 32                   | 91,4 | 3            | 8,6  |      | 32                   | 91,4 | 3            | 8,6  |      | 24        | 68,6 | 11        | 31,4 |      |
| Escova, pasta               | 46                   | 79,3 | 12           | 20,7 |      | 44                   | 75,9 | 14           | 24,1 |      | 46        | 79,3 | 12        | 20,7 |      |
| Escova                      | 6                    | 85,7 | 1            | 14,3 |      | 6                    | 85,7 | 1            | 14,3 |      | 5         | 71,4 | 2         | 28,6 |      |
| Tipo de pasta utilizada     |                      |      |              |      | 0,00 |                      |      |              |      | 0,00 |           |      |           |      | 0,17 |
| Infantil                    | 69                   | 90,8 | 7            | 9,2  |      | 68                   | 89,5 | 8            | 10,5 |      | 60        | 78,9 | 16        | 21,1 |      |
| Adulto                      | 15                   | 62,5 | 9            | 37,5 |      | 14                   | 58,3 | 10           | 41,7 |      | 15        | 62,5 | 9         | 37,5 |      |
| Creme dental tem flúor      |                      |      |              |      | 0,49 |                      |      |              |      | 0,73 |           |      |           |      | 0,79 |
| Não                         | 57                   | 86,4 | 9            | 13,6 |      | 55                   | 83,3 | 11           | 16,7 |      | 51        | 77,3 | 15        | 22,7 |      |
| Sim                         | 12                   | 85,7 | 2            | 14,3 |      | 12                   | 85,7 | 2            | 14,3 |      | 10        | 71,4 | 4         | 28,6 |      |
| Não sabe                    | 15                   | 75,0 | 5            | 25,0 |      | 15                   | 75   | 5            | 25   |      | 14        | 70,0 | 6         | 30,0 |      |
| Frequência de higiene bucal |                      |      |              |      | 0,20 |                      |      |              |      | 0,08 |           |      |           |      | 0,07 |
| 3 ou mais vezes             | 42                   | 91,3 | 4            | 8,7  |      | 42                   | 91,3 | 4            | 8,7  |      | 39        | 84,8 | 7         | 15,2 |      |
| 2 vezes                     | 36                   | 78,3 | 10           | 21,7 |      | 34                   | 73,9 | 12           | 26,1 |      | 32        | 69,6 | 14        | 30,4 |      |
| 1 vez                       | 6                    | 75,0 | 2            | 25,0 |      | 6                    | 75   | 2            | 25   |      | 4         | 50,0 | 4         | 50,0 |      |
| Turnos de higiene bucal     |                      |      |              |      | 0,29 |                      |      |              |      | 0,11 |           |      |           |      | 0,46 |
| 3-4 turnos                  | 42                   | 89,4 | 5            | 10,6 |      | 42                   | 89,4 | 5            | 10,6 |      | 38        | 80,9 | 9         | 19,1 |      |
| 2 turnos                    | 34                   | 77,3 | 10           | 22,7 |      | 32                   | 72,7 | 12           | 27,3 |      | 31        | 70,5 | 13        | 29,5 |      |
| 1 turno                     | 8                    | 88,9 | 1            | 11,1 |      | 8                    | 88,9 | 1            | 11,1 |      | 6         | 66,7 | 3         | 33,3 |      |

Fonte: Os autores

Tabela 3: Associação entre a dieta e as variáveis clínicas

| Variável                            | IPV %                |       |              |      | p    | ISG %                |       |              |      | p    | ceo-d     |       |           |       | p    |
|-------------------------------------|----------------------|-------|--------------|------|------|----------------------|-------|--------------|------|------|-----------|-------|-----------|-------|------|
|                                     | Abaixo e igual a 15% |       | Acima de 15% |      |      | Abaixo e igual a 15% |       | Acima de 15% |      |      | Sem cárie |       | Com cárie |       |      |
|                                     | n                    | %     | n            | %    |      | n                    | %     | n            | %    |      | n         | %     | n         | %     |      |
| Consome refrigerante                |                      |       |              |      | 0,21 |                      |       |              |      | 0,33 |           |       |           |       | 1,00 |
| Não                                 | 18                   | 75,0  | 6            | 25,0 |      | 18                   | 75    | 6            | 25   |      | 18        | 75,0  | 6         | 25,0  |      |
| Sim                                 | 66                   | 86,8  | 10           | 13,2 |      | 64                   | 84,2  | 12           | 15,8 |      | 57        | 75,0  | 19        | 25,0  |      |
| Vevez por dia que toma refrigerante |                      |       |              |      | 0,43 |                      |       |              |      | 0,54 |           |       |           |       | 0,57 |
| 1 vez                               | 55                   | 85,9  | 9            | 14,1 |      | 53                   | 82,8  | 11           | 17,2 |      | 49        | 76,6  | 15        | 23,4  |      |
| 2 vezes                             | 7                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 7                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 5         | 71,4  | 2         | 28,6  |      |
| 3 ou mais vezes                     | 1                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 1                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 0         | 0,0   | 1         | 100,0 |      |
| Não sabe                            | 4                    | 80,0  | 1            | 20,0 |      | 4                    | 80,0  | 1            | 20,0 |      | 4         | 80,0  | 1         | 20,0  |      |
| N se aplica                         | 17                   | 73,9  | 6            | 26,1 |      | 17                   | 73,9  | 6            | 26,1 |      | 17        | 73,9  | 6         | 26,1  |      |
| Vevez por dia que toma chocolate    |                      |       |              |      | 0,55 |                      |       |              |      | 0,44 |           |       |           |       | 0,51 |
| 1 vez                               | 36                   | 78,3  | 10           | 21,7 |      | 35                   | 76,1  | 11           | 23,9 |      | 34        | 73,9  | 12        | 26,1  |      |
| 2 vezes                             | 15                   | 88,2  | 2            | 11,8 |      | 15                   | 88,2  | 2            | 11,8 |      | 14        | 82,4  | 3         | 17,6  |      |
| 3 ou mais vezes                     | 6                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 6                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 3         | 50,0  | 3         | 50,0  |      |
| Não sabe                            | 3                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 3                    | 100,0 | 0            | 0,0  |      | 3         | 100,0 | 0         | 0,0   |      |
| Não se aplica                       | 24                   | 85,7  | 4            | 14,3 |      | 23                   | 82,1  | 5            | 17,9 |      | 21        | 75,0  | 7         | 25,0  |      |
| Vevez por dia que consome biscoitos |                      |       |              |      | 0,93 |                      |       |              |      | 0,78 |           |       |           |       | 0,86 |
| Não consome                         | 18                   | 81,8  | 4            | 18,2 |      | 17                   | 77,3  | 5            | 22,7 |      | 15        | 68,2  | 7         | 31,8  |      |
| 1 vez                               | 38                   | 82,6  | 8            | 17,4 |      | 37                   | 80,4  | 9            | 19,6 |      | 36        | 78,3  | 10        | 21,7  |      |
| 2 vezes ou mais vezes               | 18                   | 85,7  | 3            | 14,3 |      | 18                   | 85,7  | 3            | 14,3 |      | 16        | 76,2  | 5         | 23,8  |      |
| Vevez por dia que consome salgados  |                      |       |              |      | 0,50 |                      |       |              |      | 0,51 |           |       |           |       | 0,23 |
| Não consome                         | 33                   | 86,8  | 5            | 13,2 |      | 32                   | 84,2  | 6            | 15,8 |      | 32        | 84,2  | 6         | 15,8  |      |
| 1 vez                               | 34                   | 79,1  | 9            | 20,9 |      | 33                   | 76,7  | 10           | 23,3 |      | 31        | 72,1  | 12        | 27,9  |      |
| 2 vezes ou mais vezes               | 9                    | 81,8  | 2            | 18,2 |      | 9                    | 81,8  | 2            | 18,2 |      | 6         | 54,5  | 5         | 45,5  |      |

Fonte: Os autores

Tabela 4: Média e desvio padrão de antes e depois da variável do número de placa dos grupos estudados

| Variável         | Grupo | Antes |       |       | Depois |       |      | Teste t |       |
|------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|------|---------|-------|
|                  |       | n     | Média | dp    | n      | Média | dp   | t       | p     |
| Número de placas | C     | 34    | 6,97  | 8,27  | 34     | 2,35  | 3,13 | 3,04    | 0,004 |
|                  | B     | 25    | 5,68  | 5,85  | 25     | 2,16  | 3,00 | 2,68    | 0,01  |
|                  | A     | 41    | 9,68  | 10,02 | 41     | 8,02  | 9,05 | 0,78    | 0,43  |

Fonte: Os autores

Tabela 5: Antes e depois do Índice de placa visível e do Índice de sangramento gengival dos grupos estudados

| Variável | Respostas | Grupos |      |        |     |         |       |    |        |     |         |       |      | Signif. |        |    |
|----------|-----------|--------|------|--------|-----|---------|-------|----|--------|-----|---------|-------|------|---------|--------|----|
|          |           | C      |      |        |     |         |       | B  |        |     |         |       |      |         | A      |    |
|          |           | Antes  |      | Depois |     | Signif. | Antes |    | Depois |     | Signif. | Antes |      |         | Depois |    |
| n        | %         | n      | %    | n      | %   |         | n     | %  | n      | %   |         | n     | %    |         |        |    |
| IPV      | ≤ 15%     | 30     | 88,2 | 34     | 100 | **      | 24    | 96 | 25     | 100 | **      | 30    | 73,2 | 31      | 75,6   | *  |
|          | > 15%     | 4      | 11,8 | 0      | 0   |         | 1     | 4  | 0      | 0   |         | 11    | 26,8 | 10      | 24,4   |    |
| ISG      | ≤ 15%     | 29     | 85,3 | 34     | 100 | **      | 24    | 96 | 25     | 100 | **      | 29    | 70,7 | 29      | 70,7   |    |
|          | > 15%     | 5      | 14,7 | 0      | 0   |         | 1     | 4  | 0      | 0   |         | 12    | 29,3 | 12      | 29,3   | ns |

\* indica significância a 5%, \*\* indica significância a 1%.

Fonte: Os autores

#### 4. DISCUSSÃO

Analisando os aspectos inerentes à motivação, os resultados mostraram que existem numerosas razões para que o clínico adote a prevenção das doenças bucais. Neste sentido, o caminho mais viável é a motivação mediante educação e conscientização do paciente.

Com relação aos índices de placa avaliados em cada grupo, verificou-se que nos 3 grupos houveram redução do exame inicial para o exame intermediário, e deste para o exame final, o que pode ser explicado pela atenção, interesse e motivação do profissional/criança e criança/profissional (COSTA, SILVA, COSTA, 2001).

Quando os grupos foram avaliados separadamente foi verificado que: No Grupo A, no qual foi realizada sessão única de motivação, apresentou resultados menos satisfatórios do 2º para o 3º exame clínico, parecendo não haver melhora em relação ao número de dentes com placa e sangramento gengival, assim como observados em outros estudos (GARBIN *et al.*, 2009; AQUILANTE *et al.*, 2003), nos quais o experimento educativo aplicado isoladamente, sem nenhum acompanhamento teórico não foi suficiente para assimilação e sedimentação dos conhecimentos. Toassi, Petry (2002), Petry, Pretto (2003), Cantanhede (2011), Souza, Gomes, Pessoa (2014) e

Barreto *et al.* (2013) acreditam que a extensão dos programas de motivação associada com contínuas sessões de reforço em escolares permitirá o sucesso dos trabalhos educativo-preventivos para redução e controle do biofilme dental e sangramento gengival.

No Grupo B, no qual as sessões de motivação foram realizadas em dias consecutivos com reforço de conteúdo e atividades práticas, houve uma melhora significativa nessas variáveis (TOASSI, PETRY, 2002; CANTANHEDE, 2011; BARRETO *et al.*, 2013; MORAES *et al.*, 2011). Entretanto, quando utilizado o teatro e desenho (Grupo C) como recurso motivacional para despertar interesse das crianças pela higiene bucal parece haver melhora significativa nos índices avaliados ( $p=0,004$ ). Esses achados justificam a importância da realização da atividade prática associada a um conteúdo teórico, pois de acordo com Zuanon *et al.* (1996), Harrison, Wong (2003), Cantanhede (2011) e Barreto *et al.* (2013), os métodos educativos só são significativos quando são claros, objetivos e contextualizados.

Estudos realizados por Toassi, Petry (2002; Petry, Pretto (2003); Cantanhede (2011); Souza, Gomes, Pessoa (2014); Rothe *et al.* (2010); Bardal *et al.* (2011), demonstraram que, quando estratégias motivacionais são aplicadas para a redução e controle do biofilme dental em escolares, por meio do Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (ISG), em várias sessões de reforço, estes se mostraram mais eficazes do que em única sessão, demonstrando que a ausência de reforço constante das orientações dificulta a manutenção da saúde bucal. Entretanto, no mesmo estudo, os autores SOUZA *et al.* (2014) relataram que o ISG não teve diferença estatística entre o exame inicial e final.

Tanto a orientação direta, como a orientação indireta, ou ambas associadas, produzem redução no índice de placa e no índice gengival (COSTA, SILVA, COSTA, 2001). Assim, a orientação de escovação direta na boca possibilita maior acesso às dificuldades individuais quanto à remoção de placa em áreas de maior acúmulo. Por outro lado, a orientação indireta não só complementa a primeira, como é ótima opção em programas coletivos, pois atinge um maior número de pessoas, e é preciso menor número de orientadores (ADAIR *et al.*, 2004; BENDNT *et al.*, 2012; AFONSO, CASTRO, 2014).

É relevante saber que 35% das crianças examinadas realizam a higiene bucal com escova, dentífrico fluoretado e fazem uso do fio dental, assim, enquanto o

biofilme é removido (ou pelo menos desorganizado) pela escovação, o flúor tópico está agindo regularmente, quer seja pela manutenção de uma concentração salivar por um certo período; quer seja pelos produtos de reação com o dente (COSTA, SILVA, COSTA, 2001).

Foi relatado que a frequência da escovação mais abordada corresponde a 3 ou mais vezes ao dia (46%), corroborando com que foi preconizado e reforçado nas atividades escolares, de que o hábito da escovação dos dentes deve ser realizado após as refeições e, principalmente antes de dormir (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; CARVALHO *et al.*, 2013). Lembrando sempre que o importante é a qualidade da escovação e não a sua frequência (TOASSI, PETRY, 2002; PRETY-PRETTO, 2003; ROTHE *et al.*, 2010; BARDAL *et al.*, 2011; CANTANHEDE, 2011; SOUZA GOMES PESSOA, 2014).

Estudos enfatizam que a escovação deficiente está diretamente ligada ao aumento no índice de placa, que é o fator de maior importância dentro da etiologia das doenças periodontais e cáries dentais (AQUILANTE *et al.*, 2003; ADAIR *et al.*, 2004; BENDNT *et al.*, 2012; BARRETO *et al.*, 2013; AFONSO; CASTRO, 2014).

As técnicas de controle da placa bacteriana requerem tempo e destreza e, conseqüentemente, o paciente só participa adequadamente quando bem motivado. Neste estudo verificou-se que quanto à duração da escovação (30 segundos; 1 min.; 2 min.; 3min), não houve diferença significativa entre os percentuais (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; CARVALHO *et al.*, 2013).

Atitudes das mães para com a sua própria higiene dentária e um histórico prévio de saúde bucal deficiente foram associadas com crianças com maior experiência de cárie (COSTA *et al.*, 2001), evidenciando que a qualidade da higiene bucal dos pais tem influência direta no número de dentes cariados de seus filhos, e que estes quando monitoraram a escovação e o consumo de açúcar das crianças no ambiente familiar as condições bucais melhoraram consideravelmente (ADAIR *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2012; CASTILHO *et al.*, 2013).

A idade pré-escolar ou primeira infância, utilizada neste estudo, representa um grupo prioritário a ser trabalhado uma vez que apresenta acentuado risco à doença cárie, e possui grande capacidade de imitar ou copiar as ações que presenciam, podendo com isso adquirir, dependendo do estímulo, bons ou maus hábitos (COSTA *et al.*, 2001).

Diante desses fatos, ações educativas voltadas para as crianças e para os pais colaborariam com a diminuição no agravo de doenças bucais, promovendo uma melhor qualidade de vida (EFE, SARVAN, KUKULU, 2007; ZUERCHER, WAGSTAFF, KRANZ, 2011).

A associação do flúor, em diferentes concentrações e formas de aplicação, nos programas de escovação supervisionado é frequente, o que pode ser fator coadjuvante na redução dos índices de cárie (KARJALAINEN *et al.*, 1994; CANTANHEDE *et al.*, 2011), porém seu efeito no controle da presença de gengivite é irrelevante. É claro que o uso dos dentifrícios fluoretados, fluoretação das águas de abastecimento público, bochechos fluoretados ou ainda aplicações tópicas de flúor em grupos de risco, têm papel importante na redução da cárie dental. A educação em saúde bucal e orientação do indivíduo a manter uma correta higiene bucal com a escovação dental são tão importantes para a prevenção da cárie quanto o uso do flúor em suas diferentes concentrações (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; CANTANHEDE, 2011). Portanto, a educação é o ponto essencial de qualquer programa de saúde e seus resultados são significativos quando conseguem promover mudanças positivas no comportamento das pessoas (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; CANTANHEDE, 2011).

É interessante que o uso do fio dental também seja divulgado nas ações, pois a maioria dos adultos não faz seu uso diariamente e sentem dificuldades em usá-lo de forma correta. Assim, o treinamento da higiene da face interproximal dos dentes deve ser realizado também durante a fase escolar, em que a criança já tem coordenação motora suficiente para manusear o fio, incorporando esta prática ao ato da escovação (AQUILANTE *et al.*, 2003; ADAIR *et al.*, 2004; BENDNT *et al.*, 2012; BARRETO *et al.*, 2013; AFONSO, CASTRO, 2014).

Os resultados obtidos através dos exames clínicos apontam existir a presença de placa bacteriana imatura na maioria das crianças pela baixa presença de sangramento gengival (ADAIR *et al.*, 2004; BENDNT *et al.*, 2012; AFONSO, CASTRO, 2014). Com isso, podemos compreender que há uma rotina de escovação, uma manutenção da mesma que impede que as bactérias se proliferem causando doença periodontal (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; LEAL, BEZERRA, TOLEDO, 1996).

O presente estudo identificou diferenças de ordem racial e socioeconômica como determinantes individuais para a prevalência de cárie não tratada. Diferenças

raciais nos indicadores de cárie têm sido relatadas em estudos anteriores aplicados à população brasileira (ANTUNES *et al.*, 2003; PIOVESAN *et al.*, 2010). A relação entre cor de pele e níveis de saúde é complexa e parece não refletir diferenças entre os estratos raciais no acesso aos serviços de saúde, motivação para os cuidados em saúde bucal, além de estigmas e privação material associado à condição racial (ARDENGI, PIOVESAN, ANTUNES, 2013).

Foi observado também que a frequência elevada do consumo de doces e bebidas contendo açúcares de adição associados com práticas de higiene bucal deficientes, estado socioeconômico e o menor nível educacional materno implicam significativamente em um maior risco de desenvolvimento de cárie dentária (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; MOBLEY *et al.*, 2009; BIRCH, DAVISON, 2001). O papel materno parece ser decisivo na presença desses hábitos no ambiente familiar (MOLINA *et al.*, 2010; [OKUBO et al.](#), 2014; ARPINI *et al.*, 2015).

Os resultados demonstraram também que os dentistas orientam menos os pais sobre higiene bucal das crianças quando comparados a outros profissionais da área da saúde (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; CANTANHEDE, 2011; ARDENGI, PIOVESAN, ANTUNES, 2013). Foi relatado que os pediatras são os maiores colaboradores quanto a orientação dos pais em relação à higiene bucal do bebê e crianças na faixa etária do estudo (COSTA, SILVA, COSTA, 2001).

Vale ressaltar que as atividades educativas foram desenvolvidas em dias determinados, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar, sem esquecer que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento (FLORES, DREHMER, 2003).

A escola é um ambiente onde se reúnem pessoas em faixas etárias diferentes, propícias à aquisição de hábitos saudáveis e de medidas preventivas. É um local adequado para o desenvolvimento de programas educativos em saúde bucal. Experiências mostram que é interessante a coparticipação entre dentistas e professores na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para escolares (PAIVA, 1992).

Outro fator que favoreceu esse trabalho conjunto foi a possibilidade que a escola oferece em reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação foi uma atitude constante para que os hábitos de higiene bucal

fossem incorporados nas crianças estudadas (COSTA, SILVA, COSTA, 2001; CANTANHEDE, 2011).

Portanto, é importante destacar que o sucesso da prevenção está na interação da educação, consciência, disciplina e aplicação de hábitos adequados de higiene bucal e alimentação e que as ações educativas realizadas nas escolas contribuem para a melhoria das condições de saúde bucal e dos hábitos alimentares e de higiene bucal dos escolares.

## **5. CONCLUSÃO**

Todas as técnicas constituem valiosos recursos motivacionais e grandes aliados no processo ensino-aprendizagem. A técnica de orientação direta de escovação associada a teatro e desenho durante quatro semanas seguidas, foi a que demonstrou melhores resultados no processo. Já o grupo que recebeu apenas uma orientação de escovação e uma palestra, não demonstrou ter sido suficiente para desencadear uma mudança positiva nos hábitos de higiene bucal das crianças estudadas.

## REFERÊNCIAS

- ADAIR, P.M. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. **Community Dent Health**, v. 21, p. 102-11, 2004.
- AFONSO, B.A.; CASTRO, M.C.C. Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira. **Arquivos em odontologia**, Belo Horizonte, v. 50, ed. 4, p. 161 – 169, 2014.
- ANTUNES, JLF et al. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. **Int Dent J**, v. 53, ed. 1, p. 7-12, 2003.
- AQUILANTE, A.G. et al. The importance of dental health education for preschoolchildren. **Rev Odontol UNESP**, v. 32, ed. 1, p.39-45, 2003.
- ARDENGHI, T.M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L.F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Rev Saúde Pública** v. 47, Supl 3, p. 129-37, 2013.
- ARPINI, L.S.B. et al. Associação entre a percepção materna do estado nutricional do filho e a qualidade da dieta de escolares. **Rev Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, ed. 2, p. 299-314, 2015.
- BARDAL, P.A.P. et al. Educação e motivação em saúde bucal- prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. **Dental Press J. Orthod.**, v. 16, ed. 3, p. 95-102, 2011.
- BARRETO, D.M. et al. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo-preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 49, ed. 3, p. 113-121, 2013.
- BARROS, L.A.B.; PEREIRA, O.L.; LOFFREDO, L.C.M. Avaliação de 3 diferentes métodos de motivação à higiene bucal, em relação aos índices de placa e gengival, em estudantes de 1º grau de Jaú- SP. **Rev Periodontia**, v. 8, ed. 1, p. 50-54, 1999.
- BENDNT, R.L.E et al. Motivação no controle do biofilme e o aprendizado em relação a saúde bucal em escolares. **UEPG Biol. Helth Sci.**, Ponta Grossa, v. 18, ed. 2, p. 115-20, 2012.
- BIRCH, L.L.; DAVISON, KK. Family envoirnmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatr Clin North Am**, v. 48, ed. 4, p. 893-907, 2001.
- CANTANHEDE, L.M. **Recursos motivacionais utilizados na promoção de saúde bucal de pré-escolares em São Luís-MA**. Monografia (Graduação). Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 46f, 2011

CARVALHO, T.H.L. et al. Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar no município de patos – PB. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, ed. 6, p. 426 – 431, 2013.

COSTA, E.L.; SILVA, E.M.; COSTA, I.C.C. Como motivar adolescentes em saúde bucal: avaliação de estratégias didático-pedagógicas aplicadas em escolas públicas de São Luís–MA. **Rev. Da Faculdade de Odontologia de Lins**, v.13, ed. 2, p. 35-43, 2001.

EFE, E.; SARVAN, S.; KUKULU, K. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children. **Issues Compr Pediatr Nurs**, v. 30, p. 133-46, 2007.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, ed. 03, p. 847-852, 2014.

FLORES, E.M.T.L.; DREHMER, T.M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Rev Ciên Saúde Colet.**, v. 8, ed. 3, p. 743-52, 2003.

GARBIN, C.A.S. et al. Oral health education in schools: promoting health agents. **Int J Dent Hygiene**, v. 7, p. 212–6, 2009.

HARRISON, R.L.; WONG, T. An oral health promotion program for a urban minority population of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 31, ed. 5, p. 392-9, 2003.

KARJALAINEN, S. et al. Caries development after substitution of supervised fluoride rinses and toothbrushings by unsupervised use of fluoride toothpaste. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 22, ed. 6, p. 421-424, 1999.

LEAL; S.C.; BEZERRA, A.C.B.; TOLEDO, O.A. Effectiveness of teaching methods for toothbrushing in Mattos-Graner RO. Caries prevalence in 6–36-month-old **Brasilian Children. Community Dent Health**, v. 13, ed. 2, p. 96-8, 1996.

MATTOS-GRANER, R.O. et al. Prevalência de estreptococos do grupo mutans em crianças de 12 a 31 meses de idade e sua associação com a frequência e severidade de cárie dental. **Rev Odontol Univ**, v. 12, ed. 4, p. 309-314, 1998.

MOBLEY, C. et al. The contribution of Dietary Factors to Dental Caries and Disparities in Caries. **Acad Pediatr.**, v. 9, ed. 6, p. 410-14, 2009.

MOLINA MCB, LOPÉZ PM, FARIA CP, CADE NV, ZANDONADE E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, ed. 5, p. 785-732, 2010.

MORAES, K.R. et al. Motivação de higiene dental utilizando brinquedos com temas odontológicos. **ConScientiae Saúde**, v. 10, ed. 4, p. 723-728, 2011.

NUNES, A.M.M. et al. Association between prolonged breast-feeding and early childhood caries: a hierarchical approach. **Com Dent Oral Epidemiol**, v. 40, ed. 6, p. 542-9, 2012.

OKUBO, H. et al. Dietary patterns in infancy and their associations with maternal socio-economic and lifestyle factors among 758 Japanese mother-child pairs: the Osaka Maternal and Child Health Study. **Matern Child Nutry**, v. 10, ed. 2, p. 213-25, 2014.

OLIVEIRA, M.F. et al. Motivação no controle do biofilme dental e o aprendizado em relação à saúde bucal em escolares. **Publication UEGP: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 18, ed. 2, p. 115-120, 2012

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (ORG). **Promoção de saúde bucal**, ed. Artes medicas, 371-85, 2003.

PIOVESAN, C. et al. Socioeconomic inequalities in the distribution of dental caries in Brazilian preschoolchildren. **J Public Health Dent**, v. 70, ed. 4, p. 319-26, 2010.

ROTHER, V. et al. Effectiveness of a presentation on infant oral health care for parents. **Int. J. Paediatr. Dent**, v. 20, ed. 1, p. 37-42, 2010.

SOUZA, L.H.T; GOMES, L.T.S.; PESSOA, G.S. Controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, v. 6, ed. 1, p. 491-502, 2014.

VASCONCELOS, R. et al. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **PGR-Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol.**, v. 4, ed. 3, p. 43-51, 2001.

TOASSI, R.F.C.; PETRY, P.C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 36, ed. 5, p. 634-7, 2002.

**WHO** - World Health Organization. Oral health. Fact sheet. p. 318, 2012.

ZUANON, A.C.C. et al. Análise do aprendizado de escolares após uma sessão de motivação. In: Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. Águas de São Pedro. Anais. **SBPqO**, São Paulo, v. 13, p. 81, 1996.

ZUERCHER, J.L.; WAGSTAFF, D.A.; KRANZ, S. Associations of food group and nutrient intake, diet quality, and meal sizes between adults and children in the same household: a cross-sectional analysis of U.S. households. **Nutr J**, v. 10, ed. 1, p. 131, 2011.

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA UFMA



| PARECER CONSUBSTANCIADO        |                                 |                        |                      |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------|
| PROJETO DE PESQUISA            |                                 | Número do Protocolo    | 23115-006824/2009-35 |
| X                              | PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA | Data de entrada no CEP | 01/07/2009           |
| TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO |                                 | Data da assembléia     | 21/09/09             |

### I - Identificação:

|   |  |                |     |                      |            |
|---|--|----------------|-----|----------------------|------------|
| Título do projeto:                        | Avaliação dos recursos motivacionais na promoção de saúde bucal em pré-escolares de São Luís |                |     |                      |            |
| Identificação do Pesquisador Responsável: | José Ferreira Costa  |                |     |                      |            |
| Identificação da Equipe executora:        | José Ferreira Costa e Luana Martins Cantanhede.  |                |     |                      |            |
| Instituição onde será realizado:          | Unidade Integrada Maria de Jesus Viana de Carvalho   |                |     |                      |            |
| Área temática:                            | III  | Multicêntrico: | Não | Data de recebimento: | 08/07/2009 |
| Cooperação estrangeira:                   | Não  | Patrocinador:  | Não | Data de devolução    | 21/09/09   |

### II - Objetivos:

#### Geral:

Testar três recursos de motivação à higiene bucal, em relação aos índices de placas em crianças de 3 a 6 anos de idade da escola infantil Maria de Jesus Carvalho em São Luís Maranhão.

#### Específicos:

1. Avaliar o índice de placa visível (IOV) nas crianças;
2. Motivar as crianças para a prática da higiene bucal;
3. Envolver ativamente as crianças, professores e mães das crianças selecionadas nos recursos motivacionais para atuarem como agentes multiplicadores de saúde bucal na escola, no lar e na comunidade;
4. Avaliar o recurso motivacional que causou mais impacto nas crianças a fim de despertar seu interesse para a prática da higiene bucal.

### III - Sumário do projeto:

A importância da motivação no desenvolvimento de hábitos saudáveis e considerando que a idade pré-escolar é a melhor fase para aprendizagem de medidas de higiene importantes, o presente projeto compromete-se a verificar quais recursos motivacionais (dentro dos propósitos para serem testados) apresenta melhores resultados no processo educativo para a prática da higiene bucal.

### IV - Comentários do relator:

O presente projeto refere-se ao desenvolvimento de técnicas que visam a melhoria da saúde bucal da criança em idade pré-escolar. No termo de consentimento livre e esclarecido está bem explicitado os objetivos e a metodologia do projeto, bem como os dados do responsável pela pesquisa, além do que o esclarecimento de que o usuário pode negar-se em continuar participando desta pesquisa em qualquer momento.

V - Pendências:

1. Declaração do responsável sobre em que fase se encontra a pesquisa e adequação do cronograma.

VI - Recomendações:

Nenhuma

VII - Parecer Consubstanciado do CEP

Foram apresentados os documentos enumerados em **Pendências**; desse modo, o 23115-006504/2010-15, referente a de iniciação científica sob o título "Avaliação de recursos motivacionais na promoção de saúde bucal em pré-escolares de são Luis-MA" é considerado por este CEP COMO APROVADO.

VIII - Data da reunião do CEP: 15/09/2010

  
Profª. Drª. Elba Gomide Mochel  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA

DATA DE RECEBIMENTO: 24/09/10  
RELATÓRIO PARCIAL: 24/10/10  
RELATÓRIO FINAL:

NOTA:

1. Anexa folha do Relatório Parcial;
2. Pesquisas com duração acima de 6 meses deverão apresentar relatórios parciais semestrais;
3. Pesquisas com duração acima de 12 meses deverão apresentar relatórios anuais;
4. Após a conclusão da pesquisa deverá ser apresentado relatório final ao CEP/UFMA.

## CAPÍTULO 02

### SAÚDE DO HOMEM: BUSCA POR SERVIÇOS DE SAÚDE

**Ana Flávia Santiago Lourenço**

Universidade do Vale do Rio Verde - UNINCOR

E-mail: anafsant15@hotmail.com

**Bruna Isabella Santos Braga**

Universidade do Vale do Rio Verde - UNINCOR

E-mail: brunaisabraga@gmail.com

**Maria Celina da Piedade Ribeiro**

Universidade do Vale do Rio Verde - UNINCOR

E-mail: maria.ribeiro@unincor.edu.br

**Thayná Gomes Gonzaga**

Universidade do Vale do Rio Verde - UNINCOR

E-mail: thaynagonzaga29@gmail.com

**Resumo:** De forma geral, os homens são a população que menos busca por serviços de saúde, principalmente no que se refere à prevenção de doenças. Os homens costumam procurar esses serviços apenas em casos mais graves ou situações extremas. Isso é o reflexo de uma sociedade que sempre teve uma visão do homem como ser invulnerável e forte. Porém, em razão da baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária e a maior exposição a riscos diversos, os homens acabam se tornando mais vulneráveis do que as mulheres. Em razão disso, o objetivo deste trabalho é realizar uma pesquisa quantitativa com 40 pessoas maiores de 18 anos de idade do sexo masculino, sendo 20 da cidade de Campanha e 20 de Varginha, no Sul de Minas Gerais, sobre a procura de homens por serviços de saúde, avaliar os motivos de pouca procura e demonstrar, por meio de um trabalho de conscientização, a importância de se procurar serviços de saúde como método de prevenção. Foram distribuídos questionários para pessoas do sexo masculino das referidas cidades, e posteriormente foi realizado um levantamento de dados e um comparativo entre os resultados obtidos nas duas cidades. Para o trabalho de conscientização foram distribuídos folders informativos para os homens. A pesquisa reforçou a ideia da baixa procura pelos homens aos serviços de saúde. Foi possível observar que os homens com histórico de câncer familiar buscam mais a prevenção. Além disso, a maior parte dos homens relatou não procurar serviços de saúde para fins preventivos por motivo de falta de tempo. A questão da vergonha de exposição do corpo perante o profissional de saúde também é apontada como um fator que dificulta a adesão aos procedimentos que visam a prevenção de sua saúde.

**Palavras-chave:** Homens; Serviços de saúde; Atenção primária; Prevenção.

**Abstract:** In general, men are the population that least searches for health services, especially with regard to disease prevention. Men often seek these services only in the

most severe cases or extreme situations. This is a reflection of a society that has always had a vision of man as invulnerable and strong. However, because of poor accessibility to primary care services and increased exposure to diverse risks, men end up becoming more vulnerable than women. Therefore, the objective of this study is to conduct a quantitative survey with 40 male over 18 years old, 20 from the city of Campaign and 20 from Varginha, southern Minas Gerais, on the search for men for services. assess the reasons for low demand and demonstrate, through awareness raising, the importance of seeking health services as a method of prevention. Questionnaires were distributed to males from these cities, and later a data survey was performed and a comparison between the results obtained in the two cities. For the awareness work were distributed informative folders for men. The research reinforced the idea of low demand by men for health services. It was observed that men with family cancer history seek more prevention. In addition, most men reported not seeking preventive health services because of lack of time. The issue of shame in exposing the body to health professionals is also pointed as a factor that makes it difficult to adhere to procedures aimed at preventing their health.

**Keywords:** Men; Health services; Primary care; Prevention.

## 1. INTRODUÇÃO

De maneira geral, os homens não fazem parte da população usualmente mais assistida pelos serviços de atenção básica a saúde (ABS). O uso dos serviços de saúde pelos homens é diferente daquele feito pelas mulheres, no sentido de que os homens buscam mais quando estão em situações extremas de emergência (COUTO, 2011).

Isso pode ser explicado através das referências sócio-históricas, onde o sexo masculino sempre costuma ser representado em oposição ao feminino. Os reflexos dessa oposição são observados em relação aos cuidados com a própria saúde também. Diante disso, se observa que homens costumam ter mais dificuldade em buscar assistência em saúde do que as mulheres, pois a maioria vê as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina. Dessa forma, eles só costumam chegar aos serviços de saúde com doenças já agravadas, ou quando se veem impossibilitados de exercerem o seu trabalho (FIGUEIREDO, 2012).

Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) mostraram que, em 2010, o número de consultas médicas para homens entre 20 e 59 anos de idade foi de 3.217.197, o que resulta em uma média de apenas 0,06 consulta/homem/ano (MOURA et al, 2014).

Essa situação se configura como consequência da história da priorização da população feminina e infantil pelos setores de saúde e também pela dificuldade do homem de verbalizar as necessidades de saúde (FIGUEIREDO, 2012).

De acordo com Gomes (2007), os homens se sentem invulneráveis, e, de maneira geral, se expõem a mais riscos e acabam sendo mais vulneráveis. Além disso, eles também estão mais vulneráveis a problemas de saúde, em razão da baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária.

Diante disso, a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem (PNAISH), instituída em 2009, foi criada com o objetivo de fazer ações voltadas para a atenção integral, focando na promoção e prevenção da saúde, qualidade de vida e dispositivos estratégicos de incentivo as mudanças comportamentais dos homens (BRASIL, 2014).

Courtenay (2000) diz que, a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres, e estudos revelam que, no geral,

os homens possuem mais doenças crônicas e condições severas de saúde do que as mulheres, além de serem maioria nas principais causas de morte. O autor associa esse fato com a socialização dos homens, onde o cuidado não é visto como uma prática masculina. Diante disso, fica claro a importância de se falar a respeito de tal assunto.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de pesquisa**

O presente trabalho trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, através de corte transversal, por meio de uma revisão bibliográfica. Será inserida uma proposta metodológica de pesquisa também descritiva, para que se pudesse aprofundar um pouco mais sobre o tema Saúde do Homem. Foram distribuídos questionários para 40 pessoas da população masculina maior de 18 anos de idade, sendo 20 da cidade de Campanha e 20 da cidade de Varginha, no Sul de Minas Gerais, e após foi realizado um levantamento de dados sobre a procura de homens por serviços de saúde. Os dados obtidos entre as duas cidades foram comparados.

### **2.2 Sujeito**

Revisão bibliográfica de artigos acadêmicos, e homens voluntários maiores de 18 anos das cidades de Campanha e Varginha no sul de Minas Gerais.

### **2.3 Critério de Inclusão**

Homens maiores de 18 anos de idade das cidades de Campanha e Varginha, Minas Gerais.

### **2.4 Critério de não Inclusão**

Todos que estiverem fora da idade estabelecida e que não forem homens e os que não aceitarem participar.

## **2.5 Critério de exclusão**

Todos que desistirem durante a entrevista.

## **2.6 Instrumento para coleta de dados**

Foi realizado no primeiro contato a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e após foram distribuídos questionários sobre o assunto.

## **2.7 Procedimentos para coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em Setembro de 2019, a partir de levantamentos realizados em uma pesquisa de campo com homens maiores de 18 anos de idade das cidades do Sul de Minas Gerais, sendo elas Varginha e Campanha. Os dados coletados irão colaborar para verificação de diversos fatores pautados diante da pouca procura de homens por serviços de saúde.

## **2.8 Ética da Pesquisa**

O presente estudo respeitará os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012. Serão respeitados os princípios de anonimato, privacidade e sigilo profissional.

O participante do estudo terá autonomia para decidir se aceita ou não participar do estudo. Poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, caso deseje, sem sofrer penalidade alguma. As entrevistas terão início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Verde – Unincor (CEP).

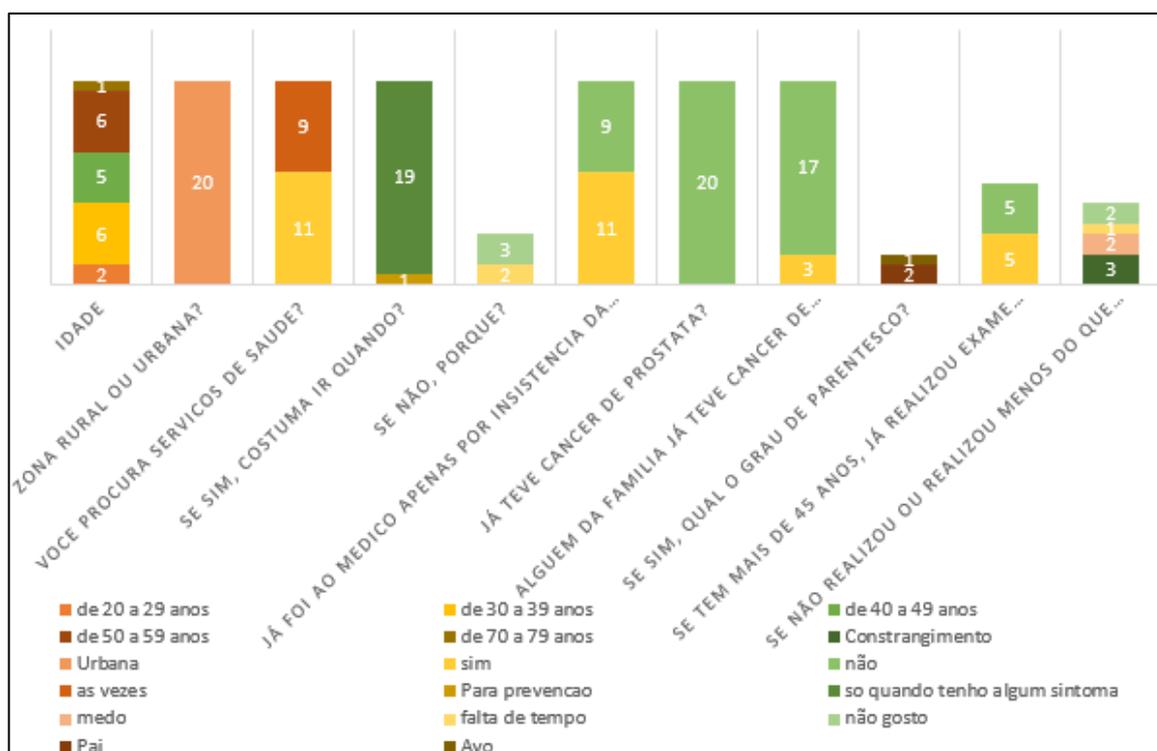
A pesquisa respeita os aspectos culturais, sociais e familiares do entrevistado.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

No primeiro momento foram distribuídos Termos de Consentimentos para homens maiores de 18 anos de idade das cidades de Campanha e Varginha, no Sul de Minas

Gerais. Após o consentimento deles foram distribuídos questionários sobre a procura deles por serviços de saúde e sobre câncer de próstata. A amostra de estudos foi constituída por 40 participantes, sendo 20 de cada cidade. Após a resposta dos questionários foram distribuídos Folders informativos para os entrevistados.

Gráfico 1: Pesquisa sobre saúde do homem na cidade de Campanha



Fonte: Os autores

Em Campanha foram entrevistados 20 homens, sendo que 2 dos entrevistados possui entre 20 e 29 anos, 6 possuem de 30 a 39 anos, 5 de 40 a 49 anos, 6 de 50 a 59 anos e 1 de 70 a 79 anos.

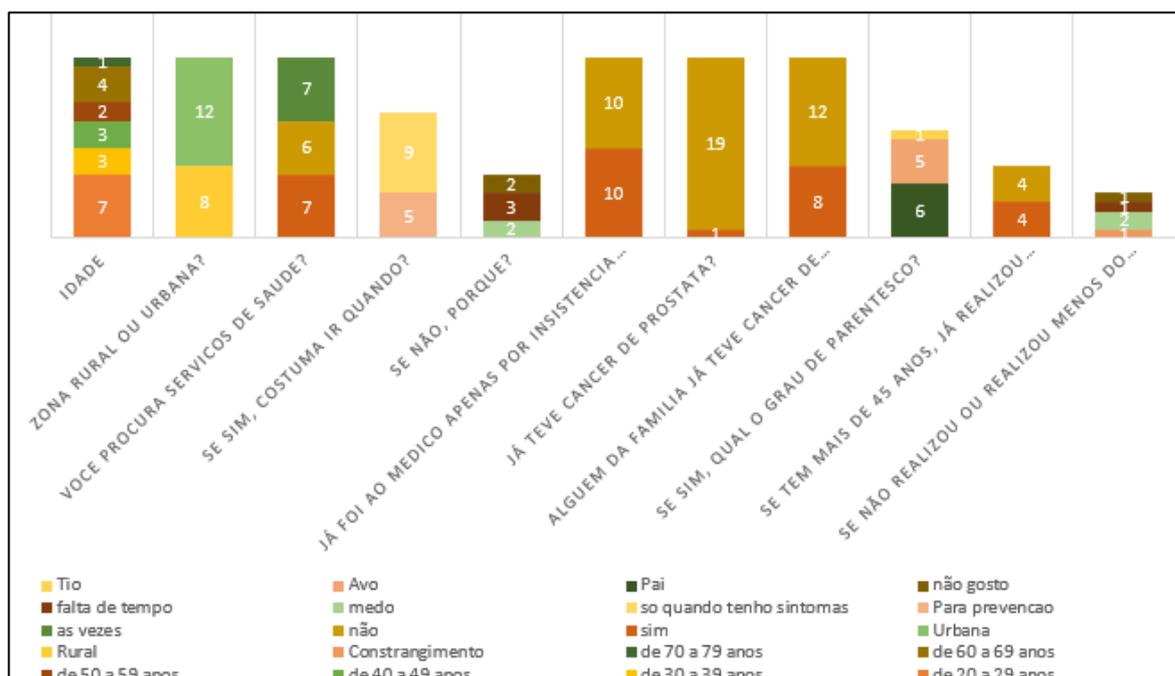
Foi observado que, 19 homens só procuram serviços de saúde quando tem sintomas de alguma doença, sendo que a única pessoa que relatou procurar serviços de saúde para fins preventivos tem históricos de câncer de próstata na família, sendo este o seu pai. Essa mesma pessoa relatou fazer o exame de toque anualmente. Ele possui entre 50 e 59 anos de idade. Todos os participantes residem na zona urbana da cidade de Campanha.

Dos homens que relataram procurar serviços de saúde 72,7% possuíam entre 30 a 49 anos de idade, sendo que todos estes só procuram serviços de saúde quando possuem algum sintoma. 11 homens relataram já ter procurado serviço de saúde

apenas por insistência da família. Nenhum 20 dos entrevistados teve câncer de próstata, e apenas 3 deles possui histórico familiar, de pais e avôs.

Além disso, dos 10 homens com idade acima de 45 anos, metade relatou realizar exames para prevenção de câncer de próstata, sendo que 3 realizam apenas o PSA anualmente, tendo como principais motivos da não realização do exame de toque o constrangimento e a falta de tempo. 40% dos que relataram realizar exames para prevenção do câncer de próstata possui histórico familiar do câncer.

Gráfico 2: Pesquisa sobre saúde do homem na cidade de Varginha



Fonte: Os autores

Na cidade de Varginha foram entrevistados 20 homens, sendo 7 de 20 a 29 anos, 3 de 30 a 39 anos, 3 de 40 a 49 anos, 2 de 50 a 59 anos, 4 de 60 a 69 anos e 1 de 70 a 79 anos.

8 participantes residem na zona urbana e 12 na zona rural da cidade.

Foi possível observar que dos 7 homens que relataram procurar serviços de saúde, 3 possuem entre 60 e 69 anos de idade. Todos estes buscam unidades de saúde para fins preventivos. 7 homens disseram procurar serviços de saúde as vezes.

Dos 6 homens que relataram não procurar serviços de saúde, o principal motivo foi a falta de tempo, seguido de medo de descobrir alguma doença e não gostar.

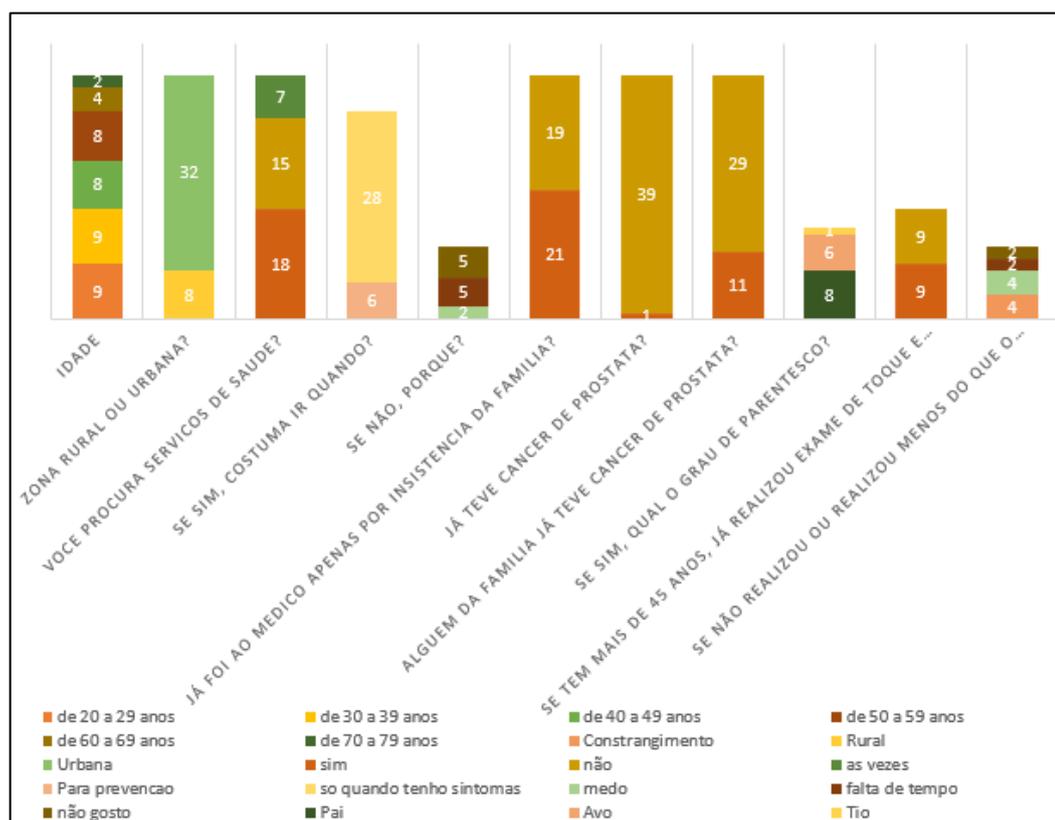
Metade dos homens relataram já ter ido ao médico apenas por insistência da família, sendo a principal idade observada entre os 40 e os 69 anos.

Apenas 1 dos 20 homens relatou já ter tido câncer de próstata. Dos 8 homens que relataram ter histórico familiar de câncer de próstata na família, 6 deles informaram que o pai teve câncer de próstata, sendo que em 4 o avô também teve, e em um apenas o avô teve, e em outro, apenas o tio. Destes 8, metade realizam os exames para prevenção de câncer de próstata anualmente, e um deles realiza os exames, mas não tem um período de tempo definido por motivo de falta de tempo.

Dos que informaram não realizar os exames o principal motivo foi o medo de descobrir a doença, seguido de constrangimento e falta de tempo.

Foi possível observar ainda, que das 8 pessoas que informaram ser da zona rural da cidade, 7 delas não procura serviços de saúde ou só procura quando tem algum sintoma, 2 delas disseram que não procuram serviços de saúde por serem muito longe da moradia deles. A única pessoa que relatou procurar serviços de saúde para prevenção tem histórico familiar de câncer de próstata e realiza os exames preventivos uma vez ao ano.

Gráfico 3: Pesquisa sobre saúde do homem nas cidades de Campanha e Varginha



Fonte: Os autores

Foram entrevistados um total de 40 homens nas duas cidades, sendo 20 de Campanha e 20 de Varginha.

9 dos entrevistados possuem entre 20 e 29 anos, 9 de 30 a 39 anos, 8 de 40 a 49 anos, 8 de 50 a 59 anos, 4 de 60 a 69 anos e 2 de 70 a 79 anos.

Comparando as duas cidades foi possível observar que 32 dos entrevistados residem na zona urbana das cidades, e apenas 8 na zona rural, sendo todos de Varginha. 28 homens relataram procurar serviços de saúde apenas quando tem sintomas de alguma doença, e o principal motivo foi a falta de tempo e não gostar.

21 dos entrevistados relataram já ter procurado serviços de saúde apenas por insistência da família.

Apenas 1 dos 40 entrevistados já teve câncer de próstata.

11 pessoas têm histórico de câncer de próstata na família, e a maior parte de parentes bem próximos, como os pais e avôs.

18 dos entrevistados possuem mais de 45 anos de idade, e 9 deles já realizaram os exames preventivos de câncer de próstata e 9 não. 3 dos entrevistados realizam apenas o PSA por motivo de constrangimento.

Dos 9 que nunca realizaram o exame de toque os principais motivos foram constrangimento e medo de descobrir a doença.

#### **4. CONCLUSÃO**

A pesquisa reforçou a ideia da baixa procura pelos homens aos serviços de saúde. A pesquisa foi realizada com 40 homens, sendo 20 da cidade de Campanha e 20 da cidade de Varginha. 18 dos participantes entrevistados tinham entre 20 e 39 anos de idade, e pertenciam a zona urbana das cidades de Campanha e Varginha, no Sul de Minas Gerais. Apenas 8 homens pertencem a zona rural, sendo todos eles da cidade de Varginha. Os homens da zona rural relataram não procurar muito os serviços de saúde por ser muito longe de suas moradias. 28 homens relataram procurar serviços de saúde apenas quando tem sintomas de alguma doença, e o principal motivo relatado foi a falta de tempo e não gostar. 21 dos 40 homens entrevistados já foram ao médico apenas por insistência da família. Apenas um do total de entrevistados já teve câncer de próstata. 11 homens têm histórico familiar de

câncer na família, sendo que o pai foi o grau de parentesco mais identificado. Foram entrevistados 18 homens com idade acima de 45 anos, e metade desses relataram fazer o exame de toque, dos 9 homens que relataram não fazer o exame de toque, e 3 realizam apenas o PSA anualmente por motivo de constrangimento.

Com isso, conclui-se que, os homens com histórico de câncer familiar, principalmente quando é de um grau de parentesco mais próximo, se tornam mais cautelosos e buscam mais a prevenção. Além disso, foi possível observar que o principal relato dos homens para a não procura por serviços de saúde para a prevenção, teve como principal motivo a falta de tempo. Muitos homens possuem jornadas intensas de trabalho e não separam um tempo para cuidar da saúde. Outro fator que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde, é o medo da descoberta de uma doença grave. A questão da vergonha de exposição do corpo perante o profissional de saúde, também é apontada como um fator que dificulta a adesão aos procedimentos, que visam a prevenção de sua saúde.

A enfermagem desempenha um papel fundamental, pois além da atenção individualizada durante as consultas e práticas assistenciais, participa também das visitas domiciliares, nas quais contribui com informações necessárias para a prevenção da saúde e realiza busca ativa, visando o comparecimento dos homens a unidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

COURTENAY WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n3/565-574/>

COUTO MT. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cien Saude Colet* 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/28859/S010237722009000100007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

FIGUEIREDO WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Cien Saude Colet*, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n3/565-574/>

GOMES R. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/28859/S0102-37722009000100007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MOURA EC, SANTOS W, NEVES ACM, GOMES R, SCHWARZ E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SvzSh9fTZwFRGwTfKm4KXPF/?lang=pt#:~:text=Dados%20do%20Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%B5es,06%20consulta%2Fhomem%2Fano%205>.

## CAPÍTULO 03

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL NO ESPÍRITO SANTO

#### **Pedro Muqui Ramos**

Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, Cariacica/ES, Brasil  
E-mail: pedromuqui@hotmail.com

#### **Regina Araújo Netto Shimada**

Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC, Cariacica/ES, Brasil  
E-mail: ginanetto@yahoo.com

**Resumo: Introdução:** A política de saúde mental começou a sofrer transformação com a reforma psiquiátrica brasileira. Diante dessas mudanças, a emergência psiquiátrica reestruturou-se a fim de se adaptar às novas funções. Além de ser um espaço de apoio psicossocial, passou também a atuar na triagem de internação, na intervenção de quadros agudos, manejo da crise e oferecer maior suporte clínico ao paciente. **Objetivo:** Identificar as características sociodemográficas e os principais diagnósticos da população atendida na unidade de urgência e emergência psiquiátrica do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC). **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Participaram desse estudo, 4.720 pacientes, atendidos no HEAC, no período de 01/10/2019 a 01/10/2020. Para a análise estatística dos dados coletados, realizou-se uma análise descritiva, por meio de tabelas de frequências, porcentagens e gráficos. Em seguida, utilizou-se o teste Qui-quadrado para verificar associação ou dependência entre duas variáveis categóricas. **Resultados:** O Hospital Estadual de Atenção Clínica ofereceu 7.306 atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica. O perfil atendido, na maioria dos casos, foi de adulto jovem, sexo feminino, procedente do próprio município do hospital, diagnóstico de esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29). Os atendimentos ocorreram mais no período vespertino, em dias úteis. **Conclusão:** Os objetivos da reforma não precisam combater veementemente o hospital psiquiátrico como ambiente de tratamento. Faz-se necessário ressignificar a loucura, visitar as práticas assistenciais e acolher as singularidades do sujeito.

**Palavras-chave:** Serviços de Emergência Psiquiátrica; Epidemiologia; Saúde Mental.

**Abstract: Introduction:** Mental health policies began to change with the Brazilian psychiatric reform. Faced with these changes, the psychiatric emergency care sector was restructured in order to adapt to the new functions. In addition to being a space for psychosocial support, it also began to operate in hospital triage, in the intervention of acute conditions, crisis management and to offer greater clinical support to the patient. **Objective:** To identify the sociodemographic characteristics and the main diagnoses of the population treated in the psychiatric emergency and urgent care services unit of the State Hospital of Clinical Attention (HEAC). **Methods:** Descriptive and retrospective study with quantitative approach. Four thousand, seven hundred and twenty patients that were treated at HEAC participated in this study, from October 1st,

2019 to October 1st, 2020. For the statistical analysis of the collected data, a descriptive analysis was conducted, using frequency tables, percentages and graphs. Then, the chi-square test was used to verify association or dependence between two categorical variables. **Results:** The State Hospital of Clinical Attention conducted 7,306 emergency and urgent psychiatric emergency treatments. The treated profile, in most cases, was of a young adult, female, resident of the city of the hospital itself, diagnosed with schizophrenia, schizotypal disorders and delusional disorders (F20-F29). The treatments occurred more in the afternoon, on business days. **Conclusion:** The reform goals do not need to strongly oppose the psychiatric hospital as a treatment environment. It is necessary to re-frame insanity, revisit social care practices and embrace the singularities of the individual.

**Keywords:** Emergency Services Psychiatric; Epidemiology; Mental Health.

## 1. INTRODUÇÃO

Durante as cinco últimas décadas, os serviços de urgência e emergência psiquiátrica foram significativamente influenciados por alterações ocorridas nas políticas de saúde mental, como por exemplo a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e o fortalecimento de serviços psiquiátricos extra-hospitalares. Diante dessas mudanças, a emergência psiquiátrica reestruturou-se a fim de se adaptar às novas funções. Além de ser um espaço de apoio psicossocial, passou também a atuar na triagem de internação, na intervenção de quadros agudos, manejo da crise e oferecer maior suporte clínico ao paciente<sup>1</sup>.

A política de saúde mental começou a sofrer transformação com a reforma psiquiátrica brasileira que veio com uma proposta de reestruturar a assistência à saúde mental no Brasil. A ideia de substituição do modelo de assistência teve como inspiração as reformas que aconteceram na Europa e, em especial, na Itália, cujo modelo de reforma preconizava o fim dos hospitais psiquiátricos e sua conversão para os serviços substitutivos da rede de atenção em saúde mental. Dessa forma, não se trataria de melhorar as instituições tradicionais, como os hospitais psiquiátricos, mas sim de criar novos dispositivos e novos meios de assistência<sup>2</sup>.

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) implantou essa nova política de saúde mental de acordo com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), desviando gradativamente os recursos da assistência psiquiátrica para o modelo substitutivo. Iniciou-se, então, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e Cultura, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos de atenção integral tanto em hospitais gerais como nos CAPS III, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o programa De Volta para a Casa<sup>3</sup>.

O estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil, é constituído por 78 municípios e conta com uma população estimada, segundo o IBGE, de 4.054.062 habitantes. Historicamente, o modelo de atenção em saúde mental no Espírito Santo era hospitalocêntrico. A reestruturação da assistência psiquiátrica teve início em 1985, quando realizou-se, em Vitória, o I Encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (precursor da I Conferência Nacional de Saúde Mental)<sup>4</sup>.

O Hospital Colônia Adauto Botelho, maior hospital psiquiátrico público do Estado, contava com mais de mil e quinhentos pacientes. Desses, cerca de 80% eram moradores e/ ou de longa permanência. Não existia local para tratamento específico dos diferentes perfis de pacientes que se encontravam no hospital. Os atendimentos de urgência e emergência eram realizados onde houvesse vagas para internação. Não havia planejamento do plano terapêutico durante o período de internação<sup>4,5</sup>.

Embasado na diretriz nacional, a política de saúde mental hoje, no Espírito Santo, apresenta como proposta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, maior qualificação da equipe que trabalha nesta área, o aumento e a ascensão da rede extra-hospitalar. Entretanto, encontrou-se uma variação entre os municípios no que tange à presença de condições mínimas para gerir e dar seguimento à política de saúde mental<sup>4</sup>.

Assim, ainda permanecem alguns desafios importantes para a política de saúde mental no Espírito Santo (e no Brasil) ainda não resolvidos, como a inserção da saúde mental na atenção primária, o aumento e a qualificação de leitos em hospitais gerais e principalmente o fortalecimento da articulação urgência-emergência na maioria dos municípios. Há que se promover o cuidado em psiquiatria, a integralidade das intervenções e a longitudinalidade do cuidado. Em última análise, significa estruturar, no Espírito Santo, a rede de atenção psicossocial (RAPS)<sup>4</sup>.

Se, por um lado, os dados institucionais revelam diminuição da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos e aumento progressivo do número de Centros de Atenção Psicossocial, por outro lado desconsidera-se outra variante significativa na avaliação desse novo modelo assistencial: o número e o perfil dos atendimentos nas emergências psiquiátricas dos hospitais, como indicativo da resolutividade dos serviços substitutivos<sup>3,6</sup>.

Uma visão simplória da desospitalização traz um potencial viés ao desconsiderar a ideia de que, mesmo com o fortalecimento e a ascensão dos serviços extra-hospitalares de atendimento à saúde mental, pacientes com um perfil próprio, com transtornos mentais severos venham a carecer da assistência no ambiente hospitalar, ainda que de pequena duração. Se verdadeira, a conjectura acima colocaria em cheque o juízo de “serviços substitutivos” endereçado aos serviços extra-hospitalares, revelando uma estrutura complementar de atenção à saúde mental que abrangeria todos os níveis de assistência<sup>3,6</sup>.

A fim de analisar mais precisamente o papel do hospital que presta atendimento de urgência e emergência em saúde mental diante da reforma psiquiátrica, uma possível abordagem é a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos e também o número total de atendimentos efetuados por ele ao longo desse processo contínuo de estruturação da rede extra-hospitalar.

## **2. OBJETIVO**

Diante do exposto este estudo busca descrever os atendimentos realizados no Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), antigo Hospital Colônia Aduato Botelho, durante um ano, explorando o volume de atendimentos e traçando o perfil dos pacientes atendidos.

## **3. METODOLOGIA**

Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital Estadual de Atenção Clínica, localizado no município de Cariacica, estado do Espírito Santo.

O hospital vem sofrendo algumas mudanças ao longo desses anos, com alteração no seu perfil. Atualmente, conta com a unidade de urgência em saúde mental que passou a funcionar com 11 leitos de observação especialmente preparados para atender à demanda da população na especialidade de psiquiatria. Conta também com 50 leitos na unidade de curta permanência (UCP) destinados aos pacientes que foram atendidos no serviço de urgência em saúde mental e necessitaram de internação psiquiátrica. Além disso, o hospital possui 102 leitos de retaguarda de baixa complexidade, voltado para pacientes com doenças crônicas e/ou que estão sobre cuidados paliativos, constituindo assim, um novo complexo assistencial de saúde que totaliza 61 leitos de saúde mental e 102 leitos clínicos.

A população fonte desta pesquisa se constituiu dos atendimentos realizados na unidade de urgência em saúde mental do HEAC, no período de 01/10/2019 a 01/10/2020. Conforme rotina administrativa do Hospital, as informações de cada paciente são cadastradas no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar MV2000i,

software que objetiva registrar e armazenar todos os dados referentes aos atendimentos realizados no HEAC.

Extraíram-se dados relativos às características sociodemográficas da população atendida no serviço de urgência psiquiátrica do hospital (faixa etária, sexo, município e estado onde residem), bem como o número total de atendimentos realizados e o número de pacientes atendidos já que alguns pacientes utilizaram o serviço mais de uma vez, tornando o número de atendimentos diferente do número de pacientes. Extraiu-se também o número de atendimentos referentes a cada dia, mês e horário do ano, além da hipótese diagnóstica dos indivíduos que utilizaram o serviço. As hipóteses diagnósticas levantadas estão em consonância com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Para a análise estatística dos dados coletados, realizou-se uma análise descritiva, a fim de resumir as informações presentes nos dados, por meio de tabelas de frequências e porcentagens e gráficos.

Em seguida, utilizou-se o teste Qui-quadrado, que visa verificar se há associação ou dependência entre duas variáveis categóricas. Adota-se um nível de significância de 5%, ou seja, caso o valor-p for menor que 0,05, a associação é considerada estatisticamente significativa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) respeitando os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os dados de identificação pessoal serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores envolvidos e não serão incluídos na planilha de dados.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Número total de atendimentos**

No período compreendido entre 01/10/2019 a 01/10/2020, o número total de atendimentos foi de 7.306 e o número total de pacientes atendidos foi de 4.720. 27,3% (1.289) desses pacientes retornaram ao hospital uma ou mais vezes nesse período.

O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar se haveria associação entre os pacientes que retornaram ao serviço uma ou mais vezes com as variáveis sexo e faixa etária. Como os valores-p são maiores que 0,05, concluiu-se que não houve

associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Ou seja, dentre os pacientes que retornaram ou não, as proporções de homens e mulheres são muito próximas. O mesmo comportamento pode ser visualizado em relação a faixa etária (Tabela 1).

Tabela 1: Comparação quanto ao sexo e à faixa etária, dos pacientes que retornaram ou não ao serviço de urgência em saúde mental. HEAC, Cariacica-ES, 2019-2020

| Variáveis / Categorias |           | Não  |       | Sim |       | valor-p |
|------------------------|-----------|------|-------|-----|-------|---------|
|                        |           | N    | N%    | N   | N%    |         |
| Sexo                   | feminino  | 1871 | 54.5% | 673 | 52.2% | 0.154   |
|                        | masculino | 1560 | 45.5% | 616 | 47.8% |         |
| Faixa Etária           | <25       | 552  | 16.1% | 221 | 17.1% | 0.575   |
|                        | > 60      | 430  | 12.5% | 142 | 11.0% |         |
|                        | 25 a 35   | 798  | 23.3% | 298 | 23.1% |         |
|                        | 35 a 45   | 808  | 23.5% | 298 | 23.1% |         |
|                        | 45 a 60   | 843  | 24.6% | 330 | 25.6% |         |

Fonte: Os autores

## 4.2 Sexo

Conforme a Tabela 2, 4.720 pacientes foram atendidos no serviço. Desses, 2.544 (53,9%) eram do sexo feminino e 2.176 (46,1%), do sexo masculino. Quando comparado aos atendimentos de pacientes que procuraram o serviço mais de uma vez, o número de usuários que eram mulheres foi de 673 (52,2%) e o número de homens correspondeu a 616 (47,8%).

## 4.3 Procedência

Quanto ao município de procedência, verificou-se que o setor de urgência e emergência psiquiátrica do hospital foi procurado, em sua maioria, por moradores da mesma cidade na qual está instalado o HEAC (n=1.628; 34,5%). Entretanto, 993 (21%) pacientes foram procedentes de Vila Velha, 802 (17%), de Serra, 656 (13,9%) oriundos de Vitória, 184 (3,9%), de Viana, 443 (9,4%) procedentes de outras cidades

do estado do Espírito Santo e 14 (0,3%), de municípios pertencentes a outros estados, entre eles: Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, Sergipe e Maranhão (Tabela 2).

Tabela 2: Análise descritiva das características dos pacientes e dos atendimentos realizados. HEAC, Cariacica-ES, 2019-2020

| Variáveis / Categorias    | N    | N%           |
|---------------------------|------|--------------|
| <b>Sexo</b>               |      |              |
| Feminino                  | 2544 | 53,9%        |
| Masculino                 | 2176 | 46,1%        |
| <b>Faixa Etária</b>       |      |              |
| <25                       | 773  | 16,4%        |
| 25 a 35                   | 1096 | 23,2%        |
| 35 a 45                   | 1106 | 23,4%        |
| 45 a 60                   | 1173 | 24,9%        |
| > 60                      | 572  | 12,1%        |
| <b>Cidade</b>             |      |              |
| Cariacica                 | 1628 | 34,5%        |
| Vila Velha                | 993  | 21,0%        |
| Serra                     | 802  | 17,0%        |
| Vitória                   | 656  | 13,9%        |
| Viana                     | 184  | 3,9%         |
| Outras cidades            | 457  | 9,7%         |
|                           |      | *continua    |
|                           |      | *continuação |
| <b>Nº de consultas</b>    |      |              |
| 1                         | 3431 | 72,7%        |
| 2                         | 756  | 16,0%        |
| 3                         | 256  | 5,4%         |
| 4                         | 115  | 2,4%         |
| 5 ou mais                 | 162  | 3,4%         |
| <b>Houve Retorno?</b>     |      |              |
| Não                       | 3431 | 72,7%        |
| Sim                       | 1289 | 27,3%        |
| <b>Dia do atendimento</b> |      |              |
| Dia útil                  | 5826 | 79,7%        |
| Final de semana           | 1480 | 20,3%        |
| <b>Mês do atendimento</b> |      |              |
| out/19                    | 674  | 9,2%         |
| nov/19                    | 609  | 8,3%         |
| dez/19                    | 641  | 8,8%         |
| jan/20                    | 682  | 9,3%         |
| fev/20                    | 639  | 8,7%         |
| mar/20                    | 593  | 8,1%         |
| abr/20                    | 540  | 7,4%         |
| mai/20                    | 496  | 6,8%         |
| jun/20                    | 528  | 7,2%         |
| jul/20                    | 613  | 8,4%         |
| ago/20                    | 627  | 8,6%         |
| set/20                    | 644  | 8,8%         |
| out/20                    | 20   | 0,3%         |

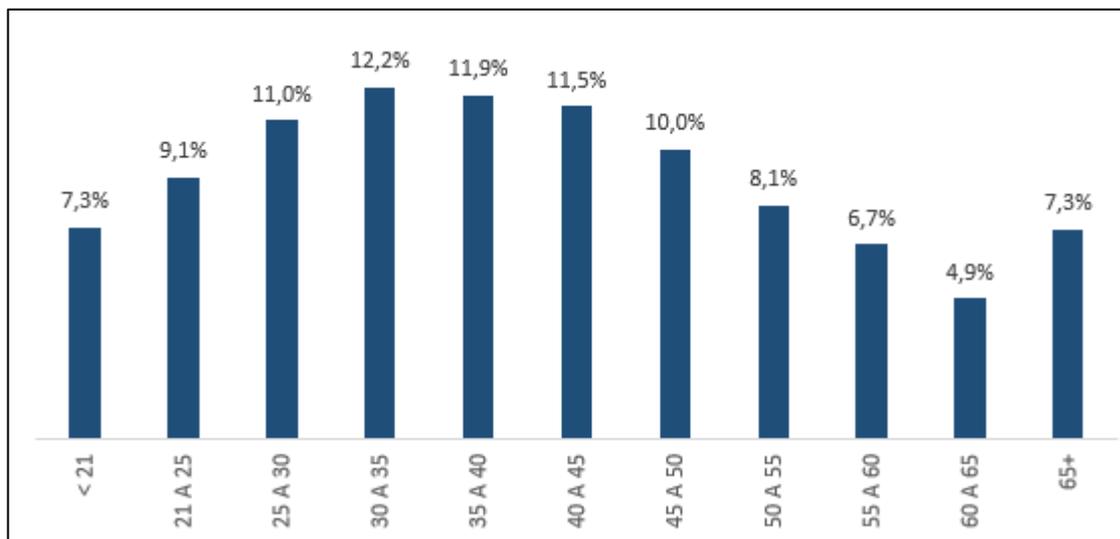
| Horário do atendimento |      |       |
|------------------------|------|-------|
| 07:00 h - 12:59 h      | 2599 | 35,6% |
| 13:00 h - 18:59 h      | 2756 | 37,7% |
| 19:00 h - 00:59 h      | 1486 | 20,3% |
| 01:00 h - 06:59 h      | 465  | 6,4%  |

Fonte: Os autores

#### 4.4 Faixa Etária

A maior parte dos pacientes, aproximadamente 57%, estão concentrados na faixa de 25 a 50 anos de idade. O gráfico 1 abaixo exhibe as porcentagens de cada faixa etária.

Gráfico 1: Distribuição da clientela atendida por faixa etária. Cariacica-ES, HEAC, 2019-2020



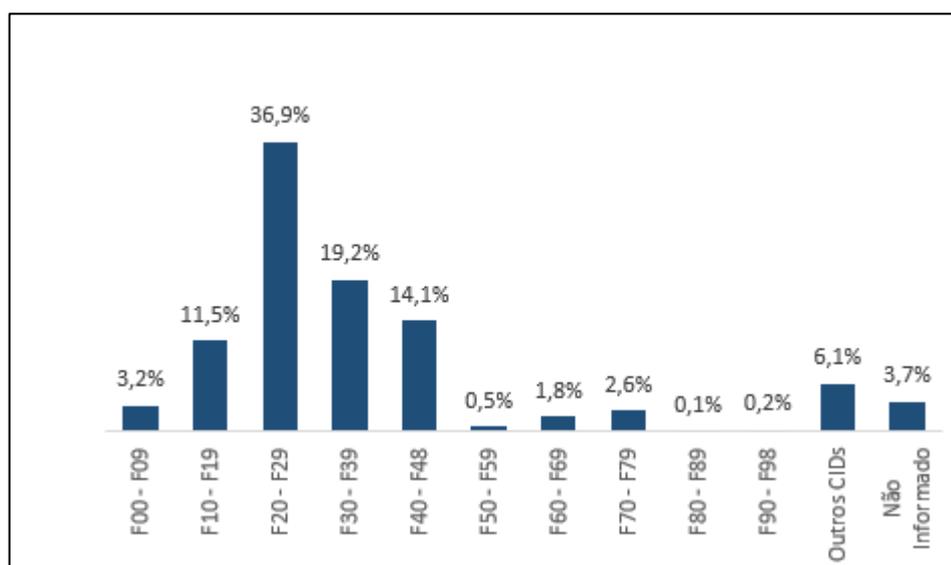
Fonte: Os autores

#### 4.5 Diagnósticos

Os diagnósticos médicos dos usuários que procuraram o serviço foram bastante diversificados. Dentre as 7.306 procuras pelo setor de urgência e emergência psiquiátrica, durante o período pesquisado, 232 (3,2%) atendimentos foram finalizados com o diagnóstico pertencente ao grupo dos transtornos mentais orgânicos (CID F00-F09); 842 (11,5%) foram referentes à classe dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10-F19); 2.694 (36,9%) referentes à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

(CID F20-F29); 1.404 (19,2%) diagnosticados com transtornos do humor (CID F30-F39); 1.030 (14,1%), transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes (CID F40-F48); seguidos de 40 (0,6%) com síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos (CID F50-F59); 133 (1,8%) com transtornos de personalidade e do comportamento adulto (CID F60-F69); 189 (2,6%) com retardo mental (CID F70-F79); 8 (0,1%) com transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80-F89) e 17 (0,2%) com diagnóstico dentro do grupo dos transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F99-F98). 445 (6,1%) foram diagnosticados com demais CID's e 272 (3,7%) não tiveram seu CID informado (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos atendimentos por diagnóstico. Cariacica-ES, HEAC, 2019-2020



Fonte: Os autores

#### 4.6 Distribuição dos atendimentos

De acordo com a Tabela 2, que também descreve a distribuição dos atendimentos conforme as variáveis dia, mês e horário, verificou-se que 5.826 (79,7%) atendimentos no serviço de urgência e emergência psiquiátrica foram realizados entre segunda-feira e sexta-feira; sendo o restante realizados no sábado e no domingo (n= 1480; 20,3%).

Observou-se que, quanto aos horários de funcionamento, 2.599 (35,6%) atendimentos foram realizados entre 07:00 horas – 12:59 horas. 2.756 (37,7%) foram entre 13:00 horas – 18:59 horas. 1486 (20,3%) realizou-se entre 19:00 horas – 00:59 horas e por fim, 465 (6,4%) ocorreu entre 01:00 hora – 06:59 horas.

Durante os meses contemplados na pesquisa, o mês de janeiro de 2020 foi o de maior quantidade de atendimentos (n=682) enquanto o mês de abril teve o menor número de atendimentos (n=540), excetuando-se o mês de outubro de 2020, que totalizou apenas 20 atendimentos devido o período de análise de prontuários (01/10/2019 a 01/10/2020).

## 5. DISCUSSÃO

Apesar das significativas mudanças e crescimentos que permeiam o campo da saúde mental no Brasil, nota-se que o acompanhamento epidemiológico não segue na mesma proporção, sendo bastante limitado.<sup>7</sup> Nesse contexto, o presente estudo produz informações relevantes e dados epidemiológicos que buscam contribuir com as políticas públicas e propostas de gestão em saúde mental.

Os métodos adotados possuem a limitação de tratar-se de um estudo retrospectivo, de curta duração – um ano - dificultando assim, relações comparativas entre mudanças do perfil de atendimento de um ano para o outro. Entretanto, tal limitação pode ser arrefecida quando observado o número de pacientes estudados, já que neste trabalho não foi selecionado amostra representativa. Decidiu-se analisar todos os usuários que foram atendidos no serviço no período da pesquisa. Contudo, num estudo mais detalhado, de maior duração, esse viés deverá ser controlado.

Quanto ao perfil dos usuários que procuraram o serviço de urgência e emergência psiquiátrica, nota-se que o sexo feminino, em números absolutos, frequentou e retornou mais ao serviço durante os meses do estudo. Entretanto, esse aumento nos números absolutos não refletiu em significância estatística. Logo, não houve diferença significativa entre o sexo feminino e masculino. Tal achado confronta os dados presentes na literatura, já que o que se encontra é que a maioria dos usuários são homens.<sup>1,8</sup>

Por outro lado, a população do estudo concordou com a literatura no que tange a idade. Grande parte dos indivíduos são jovens, sendo a faixa etária com maior número absoluto de indivíduos, entre 30 e 35 anos incompletos.<sup>1,9</sup>

A categoria diagnóstica mais prevalente entre os pacientes atendidos na emergência psiquiátrica do Hospital Estadual de Atenção Clínica foi “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes” (F20-F29). Esse predomínio é observado em outros trabalhos semelhantes.<sup>3,10</sup> Como segunda causa de atendimento mais frequente, encontram-se os transtornos de humor (F30-F39), seguidos pelos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F49) e como quarto diagnóstico mais prevalente no serviço, estão os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10-F19).

Vale ressaltar o quanto o diagnóstico, no atendimento de emergência, é dificultoso, tendo em vista que, muitas vezes, o tempo é curto para a tomada de decisões, a demanda é excessiva, pode não haver acompanhantes para informar maiores dados ao médico e além disso, o paciente pode não ficar tempo suficiente para que se observe a evolução do quadro clínico, limitando-se ao corte transversal obtido na avaliação inicial.<sup>8,11</sup>

Referente ao horário de funcionamento, percebeu-se que a maior parte dos atendimentos foram realizados à tarde (37,7%) e a menor parte (6,4%) foi realizado no horário entre 01:00 hora e 06:59 horas.

Considerando todos os pacientes atendidos na unidade de urgência em saúde mental do HEAC, 34,5% deles eram procedentes de Cariacica, cidade em que está instalado o hospital. Tal fato levanta a hipótese de que a rede de atenção à saúde mental do município não esteja absorvendo a população que necessita de atendimento em psiquiatria. Essa hipótese, entretanto, necessitará ser validada em futuros estudos que avaliem o impacto do acesso aos dispositivos extra hospitalares na respectiva procura pelo serviço de urgência e emergência psiquiátrica do hospital.

Embora os dados nacionais revelem aumento do número de serviços substitutivos e diminuição dos leitos psiquiátricos, outros estudos já demonstraram a baixa ascensão dos serviços que funcionam 24 horas e dos serviços especializados destinados a populações específicas, como o centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD).<sup>12</sup> No atual ano de 2021, existem 35 CAPS em todo o estado do

Espírito Santo. No entanto, somente 7 atendem como CAPS AD e apenas 2 funcionam 24 horas.<sup>13</sup>

As novas pautas trazidas pelo movimento de reforma psiquiátrica trazem considerações significativas. O movimento de desospitalização dos pacientes psiquiátricos ocorreu em inúmeros países, nos mais diversos estados, ainda que de maneiras heterogêneas. Esses indivíduos, que antes eram confinados em manicômios, agora vivem em sociedade. O novo modelo carrega uma ideologia de que os serviços comunitários são capazes de suprir as demandas dos pacientes de forma diferente do hospital psiquiátrico.<sup>2</sup>

Diante das inúmeras ideias e postulados que cercam a loucura e toda a rede de cuidado, é necessário, antes de tudo, uma postura crítica para avaliar a realidade que existe no permeio da rede de saúde mental. Tal postura vai além de desconstruir modelos rígidos e antigos, mas de propor avaliar a complementariedade. O hospital psiquiátrico inserido no modelo de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico provoca reflexões acerca do quão difícil é, para a rede de atenção psicossocial, se efetivar de fato e poder ser um modelo substitutivo, conforme se propõe.<sup>14</sup>

O presente artigo pretende levantar a discussão de como o processo de reforma psiquiátrica está se consolidando na clínica do cuidado. Se o ideal desejado e o real visto na prática, apoiado nos serviços substitutivos, se encontram. Nesse sentido, observa-se, por exemplo, que a política nacional de saúde mental dita que as internações psiquiátricas hospitalares devam ser realizadas em hospitais gerais. Entretanto, até o ano de 2021, existem apenas 60 leitos nesses hospitais no estado do Espírito Santo.<sup>13</sup>

Além dessa questão, outros estudos já pontuam inúmeros obstáculos para a consolidação da rede substitutiva: dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de assistência, demanda superior à regulamentada, insuficiência de serviços que funcionem 24 horas, discrepância no que tange ao acesso da população ao tratamento, falta de recursos na comunidade, entre outros.<sup>2</sup>

Embora se tenha uma ideia pré-formada no imaginário coletivo acerca dos hospitais psiquiátricos, inclusive dissociando-os do processo reformista, é necessário considerar que não existe política de saúde mental que seja exercida de forma plena sem garantia de atendimento à crise.<sup>2</sup>

Traçar o perfil dos atendimentos em urgência e emergência psiquiátrica, no contexto hospitalar, portanto, se mostra relevante na medida que pode fornecer indicadores assistenciais e administrativos para conduzir ações em benefício dos processos de saúde com precisão e segurança, além de gerar evidências que contribuam para uma melhor gestão do serviço e também para o entendimento do funcionamento da rede de atenção psicossocial e das reais expectativas e deficiências dos serviços substitutivos.

## **6. CONCLUSÃO**

O presente estudo permite concluir que o hospital exerce importância significativa na rede de saúde mental do estado do Espírito Santo. Assim, é preciso considerar que pacientes com perfis específicos ainda necessitam de assistência psiquiátrica hospitalar, mesmo que por tempo breve. Os objetivos da reforma não precisam combater veementemente o hospital psiquiátrico como ambiente de tratamento. Faz-se necessário ressignificar a loucura, revisitar as práticas assistenciais e perceber a complexidade do sujeito e suas múltiplas experiências no que tange o sofrimento mental, para então, oferecer formas de cuidado que fortaleçam suas singularidades enquanto usuário do serviço.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Felipe Goggi Rodrigues, Diretor geral do Hospital Estadual de Atenção Clínica, por abrir as portas da instituição. Sem você, esse trabalho se quer existiria.

Ao Eder Monteiro Ximenes Santos pelo suporte ofertado continuamente no período de análise dos dados.

## **FINANCIAMENTO**

Não houve financiamento para realização desta pesquisa, os custos foram arcados pelos próprios pesquisadores.

## REFERÊNCIAS

1. Santos ME de SB dos, Amor J dos A do, Del-Ben CM, Zuardi AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev. Saúde Pública*. [periódico na Internet]; 2000; [acessado em 04 out. 2020];34(5):468-474. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000500006&lng=en&nrm=iso)
- Freitas RJM de, Moura NA de, Feitosa RMM, Lima DW da C, Azevedo LDS, Monteiro ARM. Assistência dos profissionais de saúde às crianças e adolescentes em situações de violência. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. [periódico na Internet]; 2020; [acessado em 15 mar. 2021]; 16(1):1-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n1/v16n1a02.pdf>
2. Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM da, Cunha C de F. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico na Internet]; 2014; [acessado em 04 out. 2020]; 19(8):3605-3616. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803605&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803605&lng=en&nrm=iso)
3. Volpe FM, Silva EM da, Carmo LS, Santos TN dos. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. *J. bras. Psiquiatr*. [periódico na Internet]; 2010; [acessado em 04 out. 2020]; 59(3):203-209. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300006&lng=en&nrm=iso)
4. Oliveira EF dos A, Garcia MLT. A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. *Rev. Katálysis*. [periódico na Internet]; 2011; [acessado em 04 out. 2020];14(1):50-58. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802011000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100006&lng=en&nrm=iso)
5. Carrion CTP, Margotto LR, Aragão EMA. As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do século XX. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. [periódico na Internet]; 2014; [acessado em 04 out. 2020];21(4):1323-1340. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000401323&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401323&lng=en&nrm=iso)
6. Kilsztajn S, Lopes E de S, Lima LZ, Rocha PAF da, Carmo MSN do. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]; 2008; [acessado em 04 out. 2020];24(10):2354-2362. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en&nrm=iso)
7. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. [periódico na Internet]; 2006; [acessado em 04 out. 2020]; 22(5):1053-1062. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmYtRqJtNYWFmJfLMtmz/?lang=pt>
8. Oldham JM, Lin A, Breslin L. Comprehensive psychiatric emergency services. *Psychiatry Q*. [periódico na Internet]; 1990; [acessado em 04 out. 2020]; 61(1):57-67. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2385696/>

9. Reinaldo MC, Contel JOB. Reinternações psiquiátricas em pronto-socorro geral universitário: perfil clínico e demográfico. Rev ABP-APAL. 1997;19:45-52.
10. Rabelo AR, Cardoso E, Melo A. Características socio-demográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. Rev. Baiana Saúde Pública. [periódico na Internet]; 2005; [acessado em 04 out. 2020]; 29(1):43-56. Disponível em: [https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1205/pdf\\_531](https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1205/pdf_531)
11. Segal SP, Egley L, Watson MA, Miller L, Goldfinger SM. Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services. Psychiatr Serv. [periódico na Internet]; 1995; [acessado em 04 out. 2020];46:1144-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7321804/>
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental em Dados [site na Internet]; 2012; [acessado em 27 dez. 2020]; Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [site na internet]; 2021;[acessado em 08 abr. 2021]; Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
14. Pinho LB, Kantorski LP. Psychiatric care in the Brazilian context. Cien Saude Colet. [periódico na Internet]; 2011; [acessado em 04 abr. 2021];16(4):2107-2114. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K6NBr3DnQ9N9zT4yhNBfVVPF/abstract/?lang=en>

## CAPÍTULO 04

### CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: SAÚDE MENTAL DE MULHERES CARENTES EM UM MUNICÍPIO DO CENTRO-OESTE BRASILEIRO

**Bárbara Correia Neves Sabino**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: nevesbarbara@hotmail.com

**Carolina Leão de Moraes**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: carolina.famervmed12@gmail.com

**Ermonio Ernani Estanislau Oliveira**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: ermonioernani@gmail.com

**Gabriela Vieira Lelis de Sousa**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: gabrielavlelis@gmail.com

**Isabela Verniano Pasqualotto**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: isabela.verniano@gmail.com

**Isadora Maria de Oliveira Guimarães**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: isadoraoliveirafamerv@gmail.com

**Jean Kennedy Lopes Filho**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: jean.klf.lopes@gmail.com

**Laís Eduarda de Araujo Carneiro**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: laiseduardacarneiro@hotmail.com

**Raiene Sara Cardoso Pereira**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: raisaracardoso@gmail.com

**Sophia Bárbara Miranda e Silva**

Universidade de Rio Verde (UniRV) – Câmpus Rio Verde  
E-mail: sophiabmsilva@gmail.com

**Resumo:** O climatério é caracterizado pelo aparecimento de eventos fisiológicos em resposta a diminuição da função ovariana, sendo característico desse período a presença de fogachos, palpitações, cansaço, ressecamento da pele, aumento da ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia, nervosismo, intolerância e alterações no

humor. Essa fase na vida da mulher é marcada por mudanças psicossociais expressivas que, se conduzidas de maneira inadequada, podem prejudicar a qualidade de vida e o seu bem-estar psicológico. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de alterações psicológicas em mulheres climatéricas e menopausadas, usuárias do SUS, de um município do centro-oeste brasileiro. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, sendo a amostra obtida por conveniência. A pesquisa foi desenvolvida durante a execução de um projeto de extensão universitária, composto por 36 participantes. O período do climatério é evidenciado por alterações hormonais que possuem implicações biológicas, psicológicas, sociais e culturais em vários aspectos da vida da mulher, podendo afetar sua saúde física e seu bem-estar emocional e psicossocial. De acordo com os dados do estudo, foi evidenciado que 41,67% das mulheres estavam na perimenopausa, enquanto 58,33% encontravam-se na pós-menopausa. Ademais, neste estudo, 55,55% das mulheres afirmaram possuir insônia, 80,55% nervosismo/irritabilidade e 50% declararam possuir depressão, ansiedade ou algum outro transtorno psiquiátrico. Dessa maneira, concluiu-se, a necessidade de uma intervenção precoce, afim de prevenir a ocorrência de ansiedade e depressão nesta população. Os resultados da pesquisa demonstram a importância da atuação na saúde psicológica da mulher climatérica, através do desenvolvimento de projetos e programas de atenção comunitária à saúde da mulher. Além disso, foi visto, que a assistência multidisciplinar, é imprescindível para garantir a integralidade do cuidado e a qualidade de vida das mulheres na fase do climatério.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Menopausa; Climatério; Ansiedade; Depressão.

## 1. INTRODUÇÃO

Considerando que, atualmente, a expectativa de vida da mulher no Brasil é de 78,6 anos, isso significa que ela viverá aproximadamente 28 anos após entrar na menopausa. Essa estatística serve para alertar as mulheres a cuidarem cada vez mais da saúde, para que possam desfrutar dos muitos anos que seguem o climatério e a menopausa, com qualidade de vida, disposição e principalmente, saúde mental (BRITO *et al.*, 2016).

O climatério é caracterizado pelo aparecimento de eventos fisiológicos em resposta a diminuição da função ovariana. Dentre as manifestações clínicas, os sintomas mais comuns são fogachos, palpitações, cansaço e ressecamento de pele (SERPA *et al.*, 2016). O hipoestrogenismo, característico do climatério e da menopausa, também pode provocar aumento da ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia, nervosismo, intolerância e alterações no humor. Essa fase é caracterizada por mudanças psicossociais expressivas que, se conduzidas de maneira inadequada, podem prejudicar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico das mulheres (VALENÇA *et al.*, 2010; FILHO *et al.*, 2015; SERPA *et al.*, 2016).

Totalizando mais de 98 milhões de mulheres, a população feminina brasileira, compõe as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para seu próprio atendimento, quanto para atendimento à seus familiares. Em função disso, alterações psicológicas, decorrentes do climatério, vivenciados pelas mulheres estão cada vez mais presentes, demandando estratégias que visem melhorar a qualidade de vida nessa fase (MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014). Dessa forma, o objetivo do estudo foi verificar a prevalência de alterações psicológicas em mulheres climatéricas e menopausadas, usuários do SUS, de um município do centro-oeste brasileiro.

## 2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal e descritivo, que foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo registrado na Plataforma Brasil com o número CAAE 87479318.8.0000.5077. A pesquisa foi desenvolvida durante a execução de projeto de extensão universitária, realizado em um bairro carente de um

município no interior do estado de Goiás, em 2019, sendo a amostra obtida por conveniência.

A participação por parte das mulheres foi voluntária e, antes da aplicação do questionário, as participantes foram informadas quanto aos objetivos da pesquisa. Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para autorização da divulgação dos resultados do estudo. O questionário continha perguntas relacionadas a alterações psicológicas diagnosticadas ou que poderiam ter sido notadas pelas participantes. Salienta-se que, foi disponibilizado, no local, atendimento psicológico as participantes que apresentavam risco alto para ansiedade e depressão, sendo que, àquelas que demonstravam interesse, foram encaminhadas para clínica escola de uma universidade local, para acompanhamento e tratamento adequados.

Todas as análises estatísticas foram executadas utilizando os softwares Microsoft Office Excel 2010 e IBM SPSS 22.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O período do climatério é evidenciado por alterações hormonais que possuem implicações biológicas, psicológicas, sociais e culturais em vários aspectos da vida da mulher, podendo afetar sua saúde física e seu bem-estar emocional e psicossocial (SERPA, *et al.* 2016; ASSUNÇÃO, *et al.* 2017). Dessa maneira, almejou-se, através desta pesquisa, verificar quais são as alterações psicológicas mais frequentes em mulheres que estão no período climatérico e na menopausa. Participaram do estudo 36 mulheres. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 1.

A insônia afeta cerca de 60% das mulheres na pós-menopausa e, além disso, na menopausa há perda do efeito protetor respiratório hormonal, alterando, assim a qualidade do sono (Hachul, 2012). Neste estudo, 55,55% das mulheres afirmaram possuir insônia. Em um estudo realizado por Silva *et al.* (2020), foi observado que mulheres climatéricas possuem pior qualidade do sono e insônia leve a moderada em comparação com mulheres que menstruam regularmente. Esse é um dado relevante, pois a insônia está diretamente associada ao aumento das doenças respiratórias, cardiovasculares, além dos distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão (SILVA *et al.*, 2020)

Estudos demonstram que o climatério é um momento em que as mulheres estão mais predispostas ao nervosismo e à irritabilidade, principalmente na fase da perimenopausa (FILHO *et al.* 2015). Nesta pesquisa, 41,67% relataram estar na perimenopausa, o que pode ter contribuído para a maior frequência (80,55%) de nervosismo/irritabilidade relatada. A prevalência de mulheres na perimenopausa, com nervosismo e irritabilidade, verificada neste estudo, foi semelhante aos estudos de David *et al.* 2013 e Brito *et al.* (2016). A alta prevalência observada pode ser resultado de aspectos sociais e emocionais, como também podem ser consequência das alterações e flutuações hormonais que ocorrem nessa faixa etária.

Tabela 1: Alterações psicológicas relatadas por mulheres climatéricas. Rio Verde – GO, 2019

|  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Idade</b>   |          |          |
| ≤50  | 24       | 66,67%   |
| > 50   | 12       | 33,33%   |
| <b>Estado menopausal</b>                               |          |          |
| Perimenopausa  | 15       | 41,67%   |
| Pós-menopausa  | 21       | 58,33%   |
| <b>Insônia</b>   |          |          |
| Sim  | 20       | 55,55%   |
| Não  | 16       | 44,45%   |
| <b>Nervosismo/ Irritabilidade</b>                      |          |          |
| Não  | 7        | 19,45%   |
| Sim  | 29       | 80,55%   |
| <b>Depressão, ansiedade ou transtorno psiquiátrico</b> |          |          |
| Não  | 18       | 50%      |
| Sim  | 18       | 50%      |
| <b>Histórico de tratamento mental na família</b>       |          |          |
| Não  | 20       | 55,56%   |
| Sim  | 16       | 44,44%   |
| <b>Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico</b>      |          |          |
| Sim, já realizado anteriormente                        | 7        | 19,44%   |

|   |           |             |
|---|-----------|-------------|
| Sim, realizado atualmente                       | 3         | 8,34%       |
| Não, mas gostaria de realizar                   | 18        | 50%         |
| Não e não gostaria de realizar                  | 8         | 22,22%      |
| <b>Utilização de medicamentos psiquiátricos</b> |           |             |
| Sim, já utilizado anteriormente                 | 8         | 22,22%      |
| Sim, realizado atualmente                       | 3         | 8,34%       |
| Não   | 25        | 69,44%      |
| <b>Total</b>                                    | <b>36</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Os autores

Nesta pesquisa, 50% das mulheres declararam ter depressão, ansiedade ou transtorno psiquiátrico. É um dado relevante, porém, contrasta com os dados da pesquisa realizada por Polisseni *et al.* (2009), em que foram encontradas apenas 36,8% de mulheres com depressão. Salienta-se que, a diferença observada pode ser em virtude de populações distintas avaliadas. Este estudo avaliou uma população carente, que pode possuir fatores de risco diferentes para depressão, que a população avaliada por Polisseni *et al.* (2009). É necessário avaliar, além da carência estrogênica, possíveis fatores psicossociais, sobretudo, a percepção do processo de envelhecimento. Fatores socioculturais e psicológicos apresentam influência na aceitação e modulação da resposta aos sintomas do climatério.

Em relação ao histórico familiar de tratamento para distúrbios mentais, 44,44% das participantes relataram possuir familiares que realizam ou realizaram tratamento psicoterápico. De acordo com Justina *et al.* (2013), os fatores genéticos exercem influência no desencadeamento de depressão. Mesmo não sendo o único fator responsável pelo surgimento deste distúrbio, como o climatério e a menopausa são períodos que afetam o psicológico da mulher, essa fase, somada a hereditariedade, pode aumentar a susceptibilidade da mulher a quadros de depressão.

Observou-se que 50% das mulheres declararam não ter realizado acompanhamento psicológico, mas que gostariam de ter acesso ao serviço. É importante salientar que a Estratégia de Saúde da Família, responsável por atender as participantes da pesquisa, não possui serviço de psicologia. Estudos anteriores (SILVA; ROCHA; CALDEIRA 2003; NETTO *et al.*, 2005) demonstraram ser importante o acompanhamento psicológico de mulheres durante o climatério, sendo que, a

preparação anterior ao climatério, poderia ajudar as mulheres a enfrentarem melhor esse momento, através de uma ação preventiva, que promova o esclarecimento e o autoconhecimento.

#### **4. CONCLUSÃO**

Mesmo com uma amostragem reduzida, os dados são relevantes e demonstram vulnerabilidade nas condições de saúde mental de mulheres climatéricas moradoras de bairros carentes. Essa população, já fragilizada pelas mudanças naturais advindas do período de climatério e pela exposição a certos fatores de riscos, como a falta de exercícios físicos regulares, está mais sujeita ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos. É necessário intervir precocemente, a fim de prevenir a ocorrência de ansiedade e depressão nesta população.

A Atenção Primária à Saúde é uma das principais responsáveis por garantir a prevenção de agravos à saúde, por meio de práticas e medidas de cuidado contínuo e integral à pessoa. Os resultados dessa pesquisa demonstram a importância da atuação desse setor na saúde psicológica da mulher climatérica. O desenvolvimento de projetos e programas de atenção comunitária à saúde da mulher, como rodas de conversa acompanhada por psicólogos, para a troca de informações e experiências vividas, podem promover o resgate do bem-estar. Além disso, o cuidado multidisciplinar, com outros profissionais da área da saúde, como educadores físicos, é imprescindível para garantir a integralidade do cuidado e a qualidade de vida das mulheres na fase do climatério.

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, D.F.S., *et al.* Qualidade de vida de mulheres climatéricas. **RevSocBrasCliMed**. v.15, n.2, p. 80-83. 2017.

BRITO, L.M.O. *et al.* Ocorrência de sintomas clínicos em mulheres climatéricas assistidas em um serviço de referência em São Luís, Maranhão. **Rev Pesq Saúde**. v.17, n.2, p.102-105, 2016.

FILHO, J.F.L. *et al.* Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v. 31, n. 4, p. 152-8. 2015.

HACHUL H. Pesquisas do ambulatório de insônia no climatério. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.7, n.1, p.18. 2012.

JUSTINA, E.Y.D. *et al.* Depressão: revisão teórica. In: **II Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas - II CONAPE**, 2013.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidos na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.5, p.803-809, 2014.

NETTO, J.R.C. *et al.* Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. **Paidéia**, v. 15, n.31, p.277-285. 2005.

POLISSENI, A.F. *et al.* Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.1, p. 28-34. 2009.

RIBEIRO, A.S. *et al.* Avaliação dos sintomas e da qualidade de vida das mulheres no climatério. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 48-65, 2015

SERPA, M.A., *et al.* Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. **Reprodução e Climatério**. v.31, n.2, p. 76-81. 2016.

SILVA, V.H.; ROCHA, J.S.B.; CALDEIRA, A.P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.23, n.5, p. 1611-1620. 2018.

SILVA, C.S. *et al.* Estudo comparativo da qualidade do sono e insônia entre mulheres no climatério e com ciclo menstrual regular. **Revista Pesquisa Em Fisioterapia**, v.10, n.2, p. 163–171. 2020.

VALENÇA, C.N. *et al.* Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, 2010.

## CAPÍTULO 05

### REAÇÕES INFANTIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO, E AS TÉCNICAS DE CONTROLE DE COMPORTAMENTO UTILIZADAS POR ACADÊMICOS

#### **Emerson Inácio de Sousa**

Cirurgião dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio  
E-mail: emerson\_deus@hotmail.com

#### **Eruska Maria de Alencar Tavares Norões**

Mestre em odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic  
E-mail: eruska@leaosampaio.edu.br

#### **Evamiris Vasques de França Landim**

Doutora em odontopediatria pela UNICSUL - SP  
E-mail: evamiris@leaosampaio.edu.br

#### **Gabriela Stephanie Xavier Bezerra**

Especialista em odontologia hospitalar pela UNYLEYA  
E-mail: g\_abisxb@hotmail.com

#### **Hiago Emanuel Andrade Ferreira**

Cirurgião dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio  
E-mail: hiagoemanuel193@hotmail.com

#### **Maria Rosália dos Santos Silva**

Cirurgiã dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio  
E-mail: rosalisasantos165@hotmail.com

#### **Maria Mariquinha Dantas Sampaio**

Mestre em odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic  
E-mail: mariadantas@leaosampaio.edu.br

#### **Marayza Alves Clementino**

Doutora em clínica integrada pela UEPB  
E-mail: marayza@leaosampaio.edu.br

**Resumo:** O comportamento de uma criança frente à abordagem odontológica pode ser imprevisível, ora com atitudes não colaborativas que atrasam ou impedem o procedimento odontológico, exigindo do dentista alteração na rotina da consulta. Sabendo que a cooperação do paciente infantil é essencial para a execução do tratamento odontológico adequado, o presente trabalho tem como objetivos identificar os principais desafios encontrados no atendimento infantil entre os alunos do nono e décimo período e o seu preparo diante das situações aversivas. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado na clínica escola do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Para a coleta de dados procedeu-se com a aplicação de um questionário previamente elaborado pelos pesquisadores. Participaram da pesquisa 118 alunos, sendo 80 do décimo período e 38 do nono, com uma média de idade de 24 anos. Constatou-se que

o medo e a ansiedade são as principais reações despertadas que influenciam negativamente no potencial de cooperação das crianças, tendo como agentes desencadeadores a experiência odontológica traumática anterior, presença de dor e o ambiente do consultório odontológico. A maioria dos alunos, tanto do nono (73,68%) como do décimo período (81,25%), relataram sentir algum nível de estresse em momentos de não colaboração da criança durante o atendimento odontopediátrico. A técnica Dizer-Mostrar-Fazer foi a mais utilizada pelos alunos no controle da ansiedade e dos comportamentos não colaborativos dos pacientes pediátricos. Concluiu-se que a experiência odontológica traumática anterior foi o principal desencadeador de reações negativas pelo paciente infantil e o medo, o problema mais relevante a ser encontrado durante o atendimento. Não houve diferença significativa com relação ao atendimento odontológico infantil entre os alunos de graduação do nono e décimo período, porém, os alunos do décimo período mostraram-se mais preparados.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Medo; Estresse; Atendimento odontopediátrico.

## 1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos que a humanidade presenciou nas últimas décadas também são realidade na odontologia. Deparamo-nos a cada dia com consultórios mais ergonômicos, instrumentais e materiais de alta sofisticação. No entanto toda essa modernidade não foi suficiente para alterar a percepção de mitos sobre o atendimento odontológico, que ainda é visto como uma situação ameaçadora capaz de gerar dor e sofrimento (GÓES *et al.*, 2010).

Estatísticas apontam que grande parcela de adultos apresenta forte temor frente ao atendimento odontológico buscando-o somente em situações de urgência, quando a dor vivenciada tende a elevar os índices de ansiedade e medo presentes. Em se tratando do paciente infantil, o medo também está presente, no entanto a esses pacientes não compete à opção de escolher ou não submeter-se a tal atendimento, visto que essa decisão é tomada pelos pais ou responsáveis legais. Diante da impossibilidade de evitar o atendimento, a criança comporta-se de maneira a dificultá-lo ou impossibilitar sua execução, sendo o choro, recusa em abrir a boca e movimentos com a cabeça, as atitudes que mais realiza com essa intenção (HAYDU e BRANDENBURGA, 2009).

Os fatores desencadeadores de medo, ansiedade e estresse aos quais as crianças estão diariamente expostas são inúmeros, e estão presentes dentro do consultório odontológico, tais como dor, impotência diante da situação, falta de condicionamento adequado por parte do profissional e experiência odontológica pregressa desagradável ou traumatizante (LEITE, 2013).

Vivenciar uma situação estressante pode diminuir drasticamente a capacidade do paciente infantil vir a colaborar com o tratamento. As crianças estão sujeitas aos mesmos fatores de estresse que os adultos, porém, como são menos preparadas para lidar com eles, é de se esperar que elas realizem comportamentos opostos com o intuito de interromper, dificultar ou impossibilitar a conclusão de um procedimento, necessitando de um manejo adequado e com maior grau de dificuldade (CARDOSO e LOUREIROS, 2005; COSTA, RIBEIRO e CABRA, 2012).

De acordo com Cardoso e Loureiro (2008) as fobias odontológicas têm sua gênese em acontecimentos vivenciados ainda no decorrer da infância, e são diversos os fatores que contribuem para seu aparecimento. O cirurgião dentista deve buscar a

melhor forma de desempenhar o controle correto e a orientação necessária durante a realização dos seus atendimentos diante dos pacientes pediátricos de modo a minimizar a ocorrência tanto de comportamento não colaborativos da criança quanto eventuais traumas ao seu paciente (SILVA *et al.*, 2016).

O comportamento de uma criança frente à abordagem odontológica pode ser imprevisível. As reações infantis são determinadas por uma série de variáveis, como a idade, o sexo, o seu relacionamento com os pais, a maturidade da criança, a abordagem do profissional e as suas experiências pregressas (BARBOSA e TOLEDO, 2003; SILVA *et al.*, 2016).

A forma como o paciente infantil se comporta no consultório odontológico é de considerável importância, já que a sua cooperação é essencial para a execução do tratamento apropriado. Portanto, o cirurgião-dentista deverá ser conhecedor do desenvolvimento psicológico da criança, ter certa desenvoltura em manejá-la e aplicar corretamente as técnicas de controle comportamental indicadas para cada situação (ZACHARIAS, 2003; POSSOBON *et al.*, 2004).

As técnicas de controle do comportamento infantil são utilizadas para condicionar bons comportamentos assim como extinguir aqueles que impossibilitam o alcance de resultados satisfatórios no atendimento odontopediátrico, além de evitar o estabelecimento de possíveis traumas psicológicos (MACHADO *et al.*, 2009). São elas os principais meios para se conseguir bons resultados no atendimento odontológico, principalmente quando se trata de crianças muito novas, portadoras de deficiência, amedrontadas, rebeldes ou com algum distúrbio comportamental que dificulte o seu tratamento (BARBOSA e TOLEDO, 2003).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivos identificar os principais desafios encontrados no atendimento infantil entre os alunos do nono e décimo período e o seu preparo diante das situações aversivas.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Caracterização da pesquisa**

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio sob o Parecer de nº: 1.54.579, trata-se de uma

pesquisa transversal, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, realizada na clínica escola do curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

## **2.2 População e amostra**

As doenças infecciosas causadas por bactérias ainda representam um grande

## **2.3 Critérios de inclusão e exclusão**

A população do estudo constituiu-se por todos os estudantes do curso de bacharelado em odontologia que estivessem matriculados e realizando atendimento nos Estágios Supervisionados em Clínica Infantil I ou II.

### **2.3.1 Critérios de inclusão**

Foi imposto como critérios de inclusão que o aluno estivesse desenvolvendo atividades de atendimento odontopediátrico na clínica escola e que aceitasse participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

### **2.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa os alunos que não assinaram o TCLE, não preencheram devidamente o questionário ou optaram por sair da pesquisa após iniciado o preenchimento do questionário.

## **2.4 Procedimentos da pesquisa**

A coleta de dados foi realizada no horário de atividade dos estágios infantil I e II, momento em que os estagiários foram convidados a participar da pesquisa, bem como foram fornecidas informações a respeito da mesma.

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário contendo 12 questões de múltipla escolha, elaborado previamente pelos pesquisadores no sentido de atender aos objetivos propostos pelo estudo (Apêndice B).

## **2.5 Avaliação dos desfechos de interesse**

Além de identificar os principais desafios encontrados pelos alunos do nono e décimo período e o seu preparo diante das situações aversivas, outros desfechos foram considerados, tais como: a técnica de manejo de comportamento mais utilizada entre eles e sua eficácia, os influenciadores do comportamento negativo da criança, a faixa etária menos colaboradora, o nível de estresse vivenciado pelos alunos e o seu preparo em lidar com as crianças e responsáveis.

## **2.6 Aspectos éticos**

Nesta pesquisa foram considerados os aspectos éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para atender a este princípio, foi esclarecido aos indivíduos que participaram da pesquisa que seria assegurado seu anonimato, bem como evidenciado que eles poderiam desistir da mesma a qualquer momento, sem risco de penalização, prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

## **2.7 Análise estatística**

Um banco de dados foi construído no software Microsoft Excel 2013 e a análise estatística descritiva foi realizada no programa Stata 12.0 (Stata Corp LP, College Station, USA), sendo calculado as frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas, bem como ao cálculo de medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas. A etapa seguinte consistiu em explorar relações conjuntas entre as categorias das variáveis investigadas por meio do teste do Qui-Quadrado (considerado um nível de significância de 5%).

### 3. RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 200 alunos do nono e décimo período, com idades entre 21 e 37 anos, de ambos os sexos (TAB 2). Os participantes receberam todas as informações sobre a pesquisa e nesse momento alguns recusaram a participação no estudo (n=80) e 120 aceitaram participar espontaneamente. Apenas 01 não assinou o TCLE e 01 não respondeu completamente o questionário, os quais foram excluídos da pesquisa. A amostra final foi de 118 alunos e a perda total de participantes no estudo foi de 41%. Ocorreu uma perda diferenciada de participantes entre os dois grupos (graduandos do nono e décimo semestre) onde 67,80% da amostra foi composta por alunos do décimo período e 32,20% do nono período.

Dos 118 alunos participantes da pesquisa, 38 (32,20%) pertenciam ao nono período e 80 (67,80%) ao décimo período (TAB 1). Do total 34,75% eram do gênero masculino e 65,25% do feminino (TAB 2), com uma média de idade de 24 anos (TAB 3).

Tabela 1: Frequência de participação na pesquisa por período acadêmico

| PERÍODO | FREQ. | PERCENTUAL | CUM.   |
|---------|-------|------------|--------|
| NONO    | 38    | 32,20%     | 32,20  |
| DÉCIMO  | 80    | 67,80%     | 100,00 |
| Total   | 118   | 100,00%    |        |

Nota: A maior parte da amostra (65,25%) foi composta por estudantes do sexo feminino

Fonte: Os autores

Tabela 2: Frequência de participação na pesquisa em relação ao gênero

| SEXO      | FREQ | PERCENTUAL | CUM    |
|-----------|------|------------|--------|
| MASCULINO | 41   | 34,75 %    | 34,75  |
| FEMININO  | 77   | 65,25 %    | 100,00 |
| Total     | 118  | 100,00     |        |

Nota: A maior parte da amostra (65,25%) foi composta por estudantes do sexo feminino

Fonte: Os autores

Tabela 3: Medidas de tendência central (média), de variabilidade (desvio-padrão) e valores mínimos e máximos em relação à idade dos participantes

| VARIABLE | OBS. | MEAN.     | STD. DEV. | MIN. | MAX. |
|----------|------|-----------|-----------|------|------|
| Idade    | 102  | 24,683168 | 3,398699  | 21   | 37   |

Fonte: Os autores

Quanto à presença dos pais durante o atendimento odontopediátrico, 50% dos alunos afirmaram que eles atrapalham o procedimento, preferindo que os mesmos aguardem seus filhos na recepção até a finalização dos procedimentos, enquanto 25,42% afirmaram que o acompanhante contribui de forma a facilitar a execução do atendimento e 24,58% concordaram que a presença do acompanhante não interfere no atendimento (TAB 4).

Tabela 4: Influência da presença dos pais ou responsável legal no atendimento

| <b>PRESEÇA DOS PAIS</b> | <b>FREQ.</b> | <b>PERCENTUAL</b> | <b>CUM.</b> |
|-------------------------|--------------|-------------------|-------------|
| <b>FACILITA</b>         | 30           | 25,42%            | 25,42       |
| <b>DIFICULTA</b>        | 59           | 50,00%            | 75,42       |
| <b>NÃO INTERFERE</b>    | 29           | 24,58%            | 100,00      |
| <b>Total</b>            | 118          | 100,00%           |             |

Fonte: Os autores

Quanto às técnicas de manejo comportamental, a técnica Dizer-Mostrar-Fazer foi a mais utilizada pelos alunos do 9° e 10° período (90,67%) durante os estágios na clínica infantil, seguida da Distração (28,81%) e Modelagem (22,88%). Já em relação à técnica aversiva de Restrição Física, nenhum aluno afirmou tê-la empregado (TAB 5).

Tabela 5: Técnicas de manejo de comportamento utilizadas pelos acadêmicos do nono e décimo período

| <b>Técnicas de controle de comportamento</b> | <b>Alunos do 9° e 10° período</b> | <b>Percentual</b> |
|--|-----------------------------------|-------------------|
| <b>Dizer – Mostra – Fazer</b>                | 107                               | 90,67%            |
| <b>Distração</b>                             | 34                                | 28,81%            |
| <b>Modelagem</b>                             | 27                                | 22,88%            |
| <b>Controle de voz</b>                       | 22                                | 18,64%%           |
| <b>Restrição física</b>                      | 0                                 | 0%                |

Fonte: Os autores

A experiência odontológica traumática anterior foi apontada por 69,49% dos alunos como o principal fator influenciador das reações infantis, seguida da presença de dor (53,38%), ambiente do consultório odontológico (40%) e a imaturidade da criança (39,83%) (TAB 6).

Tabela 6: Os principais fatores influenciadores das reações infantis frente o tratamento odontológico

| Influenciadores das reações infantis          | Alunos do 9° e 10° período | Percentual |
|---|----------------------------|------------|
| Experiência odontológica traumática anterior; | 82                         | 69,49%     |
| Presença de dor;                              | 63                         | 53,38%     |
| O ambiente do consultório odontológico;       | 48                         | 40,67%     |
| Imaturidade da criança.                       | 47                         | 39,83%     |
| Influência negativa de terceiros;             | 38                         | 32,20%     |
| Ansiedade da mãe, pai ou acompanhante;        | 29                         | 24,57%     |
| A abordagem da odontopediatria;               | 24                         | 20,33%     |
| Desajustes familiares;                        | 09                         | 7,62%      |
| Fatores socioeconômicos;                      | 05                         | 4,23%      |

Fonte: Os autores

Os principais problemas encontrados pelos graduandos que dificultam ou impossibilitam a execução do atendimento odontopediátrico por desencadearem comportamentos não colaborativos, foram o medo (41,52%) e a ansiedade (38,98%) (TAB 7).

Tabela 7: Os principais problemas encontrados no atendimento odontopediátrico pelos alunos

| Principais problemas                 | Alunos do 9° e 10° período | Percentual |
|--------------------------------------|----------------------------|------------|
| Medo                                 | 49                         | 41,52%     |
| Ansiedade                            | 46                         | 38,98%     |
| Falta de cooperação                  | 30                         | 25,42%     |
| Birra                                | 18                         | 15,25%     |
| Intervenção dos pais ou responsáveis | 04                         | 3,38%      |

Fonte: Os autores

O teste do Qui-Quadrado (considerando um nível de significância de 5%) foi aplicado para analisar o preparo do aluno em lidar com ansiedade, o nível de estresse do operador, a faixa etária menos colaboradora, a eficiência da técnica aplicada e a relação entre o estresse e o aprendizado entre os alunos do nono período (estágio infantil 1) e décimo período (estágio infantil 2).

A maioria dos alunos, tanto do nono quanto do décimo período, 76,32 % e 83,75%, respectivamente, relataram estarem preparados para lidar com a ansiedade dos pacientes pediátricos e dos acompanhantes (TAB 8) não havendo diferença significativa entre os alunos ( $Pr= 0,333$ ).

Tabela 8: Preparo dos acadêmicos para lidar com a ansiedade das crianças e dos pais

| PERÍODO | Preparo para lidar com a ansiedade |             | Total      |
|---------|------------------------------------|-------------|------------|
|         | SIM                                | NÃO         |            |
| Nono    | 29 (76,32%)                        | 09 (23,68%) | 38 (100%)  |
| Décimo  | 67 (83,75%)                        | 13 (16,25%) | 80 (100%)  |
| Total   | 96 (81,36%)                        | 22 (18,64)  | 118 (100%) |

Fonte: Os autores

Não houve diferença significativa no nível de estresse entre os alunos do nono e décimo período ( $Pr= 0,671$ ) frente a situações de mau comportamento das crianças. Percebeu-se que a maior parte dos graduandos, tanto do nono (42,11%) como do décimo semestre (41,25%), relataram sentir um estresse de nível médio.

Tabela 9: Nível de estresse dos alunos em momentos de não colaboração da criança durante o atendimento odontológico

| PERÍODO | Nível de estresse do operador |             |             |                       | Total      |
|---------|-------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|------------|
|         | Elevado                       | Médio       | Baixo       | Nunca fica estressado |            |
| Nono    | 01 (2,63%)                    | 16 (42,11%) | 11 (28,95%) | 10 (26,32%)           | 38 (100%)  |
| Décimo  | 05 (6,25%)                    | 33 (41,25%) | 27 (33,75%) | 15 (18,75%)           | 80 (100%)  |
| Total   | 06 (5,08%)                    | 49 (41,53%) | 38 (32,20%) | 25 (21,19%)           | 118 (100%) |

Fonte: Os autores

Para os alunos dos estágios 1 e 2, as crianças mais jovens, com faixa etária entre 0 e 3 anos, são mais difíceis de cooperar durante os atendimentos. Ao analisar a relação conjunta das indicações da faixa etária menos colaboradora pelos alunos do nono e décimo período, não foi encontrada diferença significativa ( $Pr= 0,256$ ) (TAB 10).

Tabela 10: Indicação da faixa etária de crianças menos colaboradora no atendimento odontopediátrico

| PERÍODO | Faixa etária menos colaboradora |              |                 | Total      |
|---------|---------------------------------|--------------|-----------------|------------|
|         | 0 a 03 anos                     | 04 a 07 anos | Mais de 07 anos |            |
| Nono    | 25 (67,79%)                     | 10 (26,32%)  | 03 (7,89%)      | 38 (100%)  |
| Décimo  | 42 (52,50%)                     | 33 (41,25%)  | 05 (6,25%)      | 80 (100%)  |
| Total   | 67 (56,77%)                     | 43 (36,44%)  | 08 (6,77%)      | 118 (100%) |

Fonte: Os autores

As situações de estresse vivenciadas pelos estudantes e a sua influência no processo de aprendizagem teve maior significância para os alunos do estágio 2, onde

61,25% dos alunos afirmaram que momentos de estresse contribui positivamente no seu aprendizado durante os atendimentos na clínica odontológica. Ao conjugar os resultados entre os dois períodos, não foi encontrado diferença significativa (0,248) (TAB 11).

Tabela 11: Influência das situações de estresse no aprendizado dos acadêmicos

| PERÍODO      | Situações de estresse favorecem o aprendizado? |             | Total      |
|--------------|--|-------------|------------|
|              | SIM  | NÃO         |            |
| Nono         | 19 (50%)                                       | 19 (50%)    | 38 (100%)  |
| Décimo       | 49 (61,25%)                                    | 31 (38,75%) | 80 (100%)  |
| <b>Total</b> | 68 (57,63%)                                    | 50 (42,37%) | 118 (100%) |

Fonte: Os autores

Sobre eficiência da técnica empregada no condicionamento de comportamentos infantis não colaborativos, 71,05% dos alunos do nono período relataram que nem sempre a técnica empregada é eficaz no controle de comportamentos não cooperativos, já entre os alunos do 10º período esse percentual foi menor, igual a 57,50%. Porém, essa diferença não mostrou ser significativa (Pr= 0,157) (TAB 13).

Tabela 12: A eficiência da técnica empregada no controle de comportamentos não cooperativos

| PERÍODO      | Eficiência da técnica empregada |             | Total      |
|--------------|---------------------------------|-------------|------------|
|              | Sempre                          | Às vezes    |            |
| Nono         | 11 (28,95%)                     | 27 (71,05%) | 38 (100%)  |
| Décimo       | 34 (42,50%)                     | 46 (57,50%) | 80 (100%)  |
| <b>Total</b> | 45 (38,14%)                     | 73 (61,86%) | 118 (100%) |

Fonte: Os autores

#### 4. DISCUSSÃO

Dos 118 alunos participantes da pesquisa, 34,75% eram do gênero masculino e 65,25% do feminino, com uma média de idade de 24 anos. Na pesquisa de Cardoso e Loureiro (2008), sobre o estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico, com 70 alunos que cursavam o 4º ano do curso de odontologia e realizavam o atendimento odontopediátrico, 45,7% eram do sexo

feminino e 54,3% do masculino, com média de idade de 21 anos. Percebem-se algumas diferenças no perfil demográfico entre os participantes das duas pesquisas, como a maior participação feminina no presente estudo e a média de idade mais alta.

Entre as técnicas de manejo de comportamento não farmacológicas, a técnica Dizer-Mostrar-Fazer foi utilizada por 90,67% dos alunos pesquisados, sendo ela a mais usada no controle da ansiedade e dos comportamentos não colaborativos dos pacientes pediátricos. Esse dado é condizente com os achados na literatura, onde segundo Zacharias (2003), esta técnica deve ser utilizada em todas as consultas, já que apresenta eficácia na condução de procedimentos em aproximadamente 80% das crianças com desenvolvimento intelectual normal. A técnica Dizer-Mostrar-Fazer pode ser utilizada em qualquer paciente que encontre dificuldades de lidar como atendimento odontológico, podendo ser a sua primeira consulta ou não (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2016).

A técnica da Distração foi a segunda mais utilizada (28,81%). Esse dado é refletido pela simplicidade de aplicação da técnica e por sua eficiência, assim como também por ser indicada para qualquer criança sem contra-indicações. Zacharias (2003) cita que a distração auxilia a criança construir gradativamente uma relação de confiança com o profissional, contribuindo para a redução da ansiedade e melhora significativa de comportamentos não colaborativos.

Em relação à utilização das técnicas aversivas como a restrição física, nenhum aluno afirmou ter feito uso de tal método. Segundo Minhoto *et al.* (2016), atualmente os cirurgiões-dentistas recém-formados dão preferência às técnicas menos invasivas e isto está relacionado ao crescente conhecimento sobre a psicologia infantil. Barbosa e Toledo (2003) relatam que há uma baixa necessidade do uso de contenção física, em aproximadamente 4% dos pacientes, sendo a maioria deles deficientes ou estando sob sedação.

Diante disso, destaca-se a necessidade do cirurgião-dentista ser conhecedor das diferentes técnicas de controle de comportamento, pois assim como os influenciadores das reações infantis é variável, cada criança possui sua própria individualidade. Antes de iniciar o tratamento, é preciso primeiro conhecer as características próprias de cada paciente, visto que alguns aspectos de desenvolvimento da criança podem aumentar o nível de medo e ansiedade frente ao atendimento odontológico. Exercer a orientação comportamental da forma correta

possibilita a prática profissional de forma segura e eficiente junto ao paciente, como também é capaz de determinar sobre este uma atitude positiva frente à odontologia (KLATCHOIAN, NORONHA e TOLEDO, 2009; SILVA *et al.*, 2016).

Quanto à presença dos pais durante o atendimento odontopediátrico, 50% dos alunos afirmaram que eles atrapalham o procedimento, 25,42 % afirmaram que o acompanhante contribui de forma a facilitar a execução do atendimento e para 24,58% a presença do acompanhante não interfere. Apesar de opiniões controversas, tanto por parte dos pais como dos profissionais, a literatura mostra que a partir da década de 90 houve uma maior flexibilização dos cirurgiões-dentistas em relação à presença dos pais durante o atendimento odontológico infantil (MACHADO *et al.*, 2009), como mostra a pesquisa realizada por Ferreira e Colares, (2006), em que a maioria dos profissionais pesquisados (85%) permite que o responsável permaneça na sala de atendimento clínico durante a realização dos procedimentos, justificando que ele interfere verbalmente de forma positiva durante o atendimento e auxilia o profissional ajudando na contenção física do paciente, quando necessário.

Há na literatura um consenso de que a ansiedade materna exerce importante papel sobre o comportamento dos filhos frente ao atendimento odontopediátrico. Pais com elevado nível de medo odontológico tendem a criar filhos com essa mesma característica por meio do aprendizado social a que essas crianças são expostas durante seu crescimento e desenvolvimento psicossocial (ASSUNÇÃO, 2011; BRANDENBURG e MARINHO-CASANOVA, 2013).

Ansiedade do acompanhante também foi identificada por 24,57% dos acadêmicos como um dos principais desencadeadores de reações infantis negativas. Segundo Brandenburg & Marinho-Casanova (2013), mães inseguras e estressadas no geral não apresentam preparo psicológico necessário para ampararem e direcionarem seus filhos nas situações de conflito em ambiente odontológico, sendo por vezes necessário, para o bom andamento do atendimento, que o profissional identifique tais mães antes da execução dos procedimentos a fim de oferecer informações e adequado condicionamento para que as mesmas possam prestar auxílio a seus filhos no transcorrer do atendimento, facilitando a execução das atividades necessárias planejadas. O preparo antecipado da família é de grande importância, pois faz com que os pais também possam fazer parte do preparo

psicológico da criança, a fim de minimizar possíveis anseios com relação ao tratamento odontológico (SILVA *et al.*, 2016).

Segundo Ramos e Paiva (2003), as crianças com pouca maturidade e estágio de desenvolvimento, costumam reagir das maneiras mais complexas e diversificadas dentro do ambiente odontológico, sendo inúmeros os fatores que podem desencadear reações de não colaboração que dificultam a atuação do cirurgião-dentista. No presente estudo, os principais fatores influenciadores das reações infantis frente o tratamento odontopediátrico apontados pelos alunos foram experiência odontológica anterior traumática (69,49%), presença de dor (53,38%) e o ambiente do consultório odontológico (40,67%). Pesquisas demonstram que contato visual com os instrumentais e materiais odontológicos inerentes aos procedimentos é um dos fatores que mais geram medo e ansiedade nas crianças. Relatam ainda que experiências desagradáveis acompanhadas de dor no consultório odontológico faz a criança impedir e dificultar o atendimento, além de favorecer a criação de associações negativas com o dentista. (BOTTAN, LEHMKUH e ARAÚJO, 2008; MELO *et al.*, 2015).

Os acadêmicos indicaram o medo (41,52%) e a ansiedade (38,98%) como os principais problemas encontrados no atendimento odontopediátrico, o que influencia negativamente no potencial de cooperação das crianças. Esse resultado corrobora com as citações de Ramos e Paiva (2003), Bottan, Lehmkuh e Araújo (2008), que retratam que o medo e a ansiedade podem se tornar um grande desafio para o paciente e o profissional, pois são potenciais causadores das reações de não cooperação e negativismo diante do atendimento odontológico. Sendo, portanto, fundamental que o cirurgião-dentista compreenda especificamente o medo e a ansiedade de seu paciente de forma a estabelecer uma comunicação objetivando orientá-lo a controlar suas reações frente ao tratamento odontológico.

Para os alunos dos estágios infantil 1 e 2, 67,79% e 52,50%, respectivamente, as crianças mais jovens, com faixa etária entre 0 e 3 anos, são mais difíceis de cooperarem durante os atendimentos e 39,83% apontaram a imaturidade como um dos principais fatores negativos das reações infantis. A literatura explica que crianças mais jovens e imaturas são mais difíceis por apresentarem com maior frequência comportamentos como choro, gritos e movimentos corporais que dificulta ou impede o procedimento odontológico. É relatado ainda que crianças muito jovens têm pouca experiência para lidar com ambiente estranho e, portanto, possuem

pequeno repertório de enfrentamento (POSSOBON *et al.*, 2003; BRANDENBURG e MARINHO-CASANOVA, 2013).

Cardoso e Loureiro (2008) consideram que muitas vezes o estudante durante a graduação recebe com maior ênfase ensinamentos sobre o desempenho técnico de suas funções e não é instruído adequadamente no manejo eficiente dos pacientes pediátricos. Desse modo o atendimento infantil representa uma situação que também tem o potencial de gerar apreensão e ansiedade no estudante. A maioria dos alunos, tanto do estágio infantil 1 quanto do estágio infantil 2, 76,32% e 83,75% respectivamente, relataram estarem preparados para lidar com a ansiedade dos pacientes pediátricos ou dos acompanhantes, no entanto 71,05% dos alunos do nono período relataram que nem sempre a técnica empregada é eficaz no controle de comportamentos não cooperativos, já entre os alunos do 10º período esse percentual foi menor, igual a 57,50%. Tal resultado pode ser explicado pela menor experiência dos alunos do nono período no atendimento odontopediátrico.

Em se tratando do estudante de odontologia é importante observar que, além de sujeito a fatores estressantes como ausência de colaboração por parte de seu paciente, ansiedade e falta de compreensão por parte dos pais ou responsáveis, em especial as mães, esses devem ainda lidar com as cobranças advindas de sua graduação, avaliações constantes e incessante busca para alcançar conhecimento científico e habilidade técnica necessária para a conclusão de seu curso (GARBIN *et al.*, 2015).

Nesse sentido, foi questionado no presente trabalho sobre o nível de estresse dos alunos em momentos de não colaboração por parte da criança durante o atendimento odontopediátrico, já que o estresse é um processo psicofisiológico que interfere no equilíbrio funcional do corpo, desencadeando alterações na saúde física e desajustes psicológicos e emocionais (CARDOSO e LOUREIROS, 2005). A maioria dos alunos, tanto do nono (73,68%) como do décimo (81,25%) período, relataram sentir algum nível de estresse em momentos de não colaboração da criança durante o atendimento odontológico, sendo em maior parte o estresse de nível médio. Para 61,25% dos alunos da clínica infantil 2, as situações de estresse contribuem positivamente no processo aprendizado durante os atendimentos na clínica odontológica.

No estudo de Cardoso e Loureiro (2008), os dados relativos aos indicadores de estresse apresentados pelos alunos de odontologia também apontaram que a maioria deles apresenta manifestações de estresse (57,1%) no contexto de atendimento odontopediátrico na clínica-escola. No entanto, para as autoras, o predomínio de manifestações de estresse por parte das crianças, acompanhantes e alunos, mostra ser uma condição pouco favorecedora na aprendizagem dos alunos.

Ao entender melhor os desafios e os processos que interferem no atendimento odontopediátrico realizado por alunos do curso de graduação de odontologia, percebe-se o quão são variados os fatores que influenciam e dificultam a execução de seus trabalhos na clínica infantil.

## **5. CONCLUSÃO**

Concluiu-se que a experiência odontológica traumática anterior foi o principal desencadeador de reações negativas pelo paciente infantil, e o medo, o problema mais relevante a ser encontrado durante o atendimento. Não houve diferença significativa com relação ao atendimento odontológico infantil entre os alunos de graduação do nono e décimo período, porém, os alunos do décimo período mostraram-se mais preparados.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M. et al. **Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria**, Niterói, v. 45, n. 02<sup>a</sup>, Abril a Junho 2010.

ASSUNÇÃO, C. M. **Ansiedade entre crianças, adolescentes e seus pais frente ao atendimento odontológico**, Curitiba, 2011.

BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO, O. A. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, p. p.76-82, 2003.

BOTTAN, E. R.; LEHMKUH, G. L.; ARAÚJO, S. M. Ansiedade no tratamento odontológico: estudo exploratório com crianças e adolescentes de um município de Santa Catarina. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Itajaí, Janeiro 2008.

BRANDENBURG, O. J.; MARINHO-CASANOVA, M. L. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. **Estudos de Psicologia**, Campinas, p. 629-640, Outubro - dezembro 2013.

CARDOSO, C. L.; LOUREIRO, S. R. ESTRESSE E COMPORTAMENTO DE COLABORAÇÃO EM FACE DO TRATAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 133-141, Janeiro/março 2008.

CARDOSO, C. L.; LOUREIROS, S. R. Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, p. 5-12, janeiro - março 2005.

COSTA, R. H. S. M.; RIBEIRO, S. D. N.; CABRA, E. D. Fatores determinantes de experiência dolorosa durante atendimento odontológico. **Rev Dor**, São Paulo, p. 365-370, Outubro 2012.

FERREIRA, A. M. B.; COLARES, V. A participação do acompanhante durante o atendimento odontológico da criança nos serviços públicos na cidade do Recife. **rev. Ibero-am. odontopediatr. odontol. bebê**, p. 30-38, 2006.

GARBIN, C. A. S. et al. Estresse e o estilo de vida dos acadêmicos ingressantes em um curso de graduação em Odontologia. **Revista da ABENO**, p. 26-34, 2015.

GÓES, M. P. S. et al. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, p. 39-44, Janeiro 2010.

HAYDU, V. B.; BRANDENBURGA, O. J. Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, p. 462-475, 2009.

KLATCHOIAN, D. A.; NORONHA, J. C.; TOLEDO, O. A. **Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico**, 2009.

LEITE, D. F. B. M. Condução psicológica do paciente infantil em saúde pública. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, p. 251-254, Outubro 2013.

MACHADO, M. S. et al. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, p. 38-47, 2009.

MELO, R. B. et al. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. **Rev Odontol Bras Central**, Fortaleza, v. 24, p. 20-26, 2015.

MINHOTO, T. B. et al. Odontopediatras e técnicas aversivas no controle do comportamento infantil. **RFO**, Passo Fundo, v. 21, n. 3, p. 312-317, Setembro/dezembro 2016.

POSSOBON, R. D. F. et al. **Psicologia e Odontopediatria: A contribuição da Análise Funcional do comportamento**, Maringá, v. 9, n. 1<sup>a</sup>, p. 29 a 35, 2004.

POSSOBON, R. F. et al. O Comportamento de Crianças Durante Atendimento Odontológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 059-064, Janeiro-abril 2003.

RAMOS, J. M. L.; PAIVA, S. M. **Comportamento infantil no ambiente Odontológico: aspectos psicológicos e sociais**, Curitiba, v. 6, p. 70 a 74, Fevereiro 2003.

SILVA, L. F. P. et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, p. 135-142, 2016.

ZACHARIAS, L. C. **Psicologia em odontopediatria: utilização das técnicas de manejo comportamento pelos alunos de odontopediatria em duas universidades de Curitiba-PR**. 2003. 37 f. Monografia (Graduação em odontologia) – Universidade Tuiuti do Paraná, 2003.

## CAPÍTULO 06

### O SISTEMA DE MEDICAÇÃO: FATORES DE RISCO E MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE ERROS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

#### **Maria Elisa Daltro**

Enfermeira, Administradora Hospitalar, Especialista em Administração de Serviço de Saúde Público, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização-CME, MBA Executivo em Gestão de Saúde e Diretora Executiva do Consórcio Público Interfederativo da Região Metro Reconcavo Norte-MRN  
E-mail: mariaelisadaltro@yahoo.com.br

#### **Sheila Kelly Lacerda S. Mello**

2Enfermeira. Mestre em Administração. Especialista em Saúde Coletiva e Educação de Preceptores para o SUS, Docente da Ânima/Inspirali. Coordenadora da Atenção Especializada e Ações Estratégicas da SESAU de Camaçari-Ba  
E-mail: sheila.mello@outlook.com

#### **Lais S. Mendes**

Enfermeira  
E-mail: laizinhamendes@gmail.com

#### **Juliana Pinto**

Enfermeira  
E-mail: jubiga@hotmail.com

#### **Andreia Mendes**

Enfermeira  
E-mail: andreiabastos1@hotmail.com

**Resumo: Introdução:** A utilização de medicamentos tem ocupado um papel de destaque pela sua importância no sistema de saúde e no tratamento de doenças. A Fundação Oswaldo Cruz estima em 24 mil o número de mortes/ano por intoxicação medicamentosa. Entre 1983 e 1993, as mortes relacionadas à medicação cresceram na ordem de 257% (MIASSO et al. 2006). Com dados tão alarmantes, é necessário investigar o sistema de medicação analisando os seus pontos de fragilidade. **Objetivo:** Descrever o sistema de medicação de um hospital público de ensino de Salvador, no estado da Bahia, e identificar os possíveis fatores de risco que podem contribuir para ocorrência de erros e comprometer a segurança do paciente. **Método:** Pesquisa de caráter exploratória descritiva com abordagem qualitativa que teve como características observar, registrar, analisar e descrever o passo a passo do sistema de medicação de uma organização hospitalar pública, de grande porte e alta complexidade, certificada para ensino, da cidade do Salvador – BA. Realizou-se Entrevista Semiestruturada com aplicação de um questionário, seguidos de observações diretas e não participativas de cada uma das etapas do sistema. **Resultados:** Foram caracterizados os seguintes processos: prescrição de medicamentos na sua grande maioria é digitada e impressa; dispensação e distribuição por dose individualizada e unitária; o preparo dos medicamentos é feito em bandejas por horário; observando-se

que em alguns momentos as administrações das medicações foram feitas por um profissional diferente daquele que preparou a bandeja. Os resultados das observações nos processos de prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos, indicaram: atrasos na realização/ atualização das prescrições; prescrições de dose acima ou abaixo dos valores recomendados para determinadas medicações; medicações dispensadas em quantidade e apresentação diferente da solicitada; preparo antecipado do medicamento; medicação diluída com diluente errado ou na quantidade diferente do padrão utilizado. Ao término foi elaborado um plano de ação com medidas para prevenção de erros no sistema. **Considerações Finais:** É possível tornar o sistema menos falho e o primeiro passo é criar mecanismos que facilitem o conhecimento acerca do sistema de medicação por todos os funcionários, para que sejam identificadas e compreendidas todas as etapas desde a prescrição até a administração no paciente. O sistema de medicação é complexo, com processos interligados e envolvendo profissionais de diferentes categorias. Uma falha em um dos processos ou uma simples falta de comunicação podem gerar interferência no desenvolvimento das atividades ocasionando, assim, transtornos tanto para os pacientes quanto para as equipes. Com isso, é necessário o desenvolvimento de um processo eficaz de comunicação que permita a transmissão e o recebimento das informações de maneira correta e segura por parte da equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Qualidade; Segurança do Paciente; Cultura de Segurança; Hospital de Ensino; Segurança no Sistema de Medicação; Prevenção de Erros.

**Autor Correspondente:**

Maria Elisa Daltro

R. Socrates Guanaes Gomes, 197, apt 902. Ed. Mansão Alto do Cidade Jardim, Cardeal – CEP: 40296-720 – Salvador – BA.

(71) 99941-9990

E-mail: mariaelisadaltro@yahoo.com.br

## 1. INTRODUÇÃO

Durante o período de internação hospitalar, a segurança dos pacientes tem merecido uma maior atenção dos enfermeiros na procura por uma assistência que garanta melhor qualidade e poucos riscos para o cliente. Refletindo sobre o tema, fomos motivadas a desenvolver um trabalho de conclusão de curso com o intuito de conhecer o Sistema de Medicação, os tipos de erros e os fatores que fazem com que ele aconteça, para que dessa forma a assistência prestada seja segura e de qualidade.

A utilização de medicamentos tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos pacientes tem ocupado um papel de destaque pela sua importância no sistema de saúde e no tratamento de doenças. O processo da administração de medicamentos é multidisciplinar e exige atualização constante, já que para uma realização segura e consciente dessa prática, é necessário o emprego de vários princípios científicos que venham a embasar a ação do profissional, de forma a promover a segurança do paciente (TELLES FILHO; CASSIANI, 2004).

Parte integrante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro é responsável pela administração dos medicamentos, sendo esta uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem. De acordo com o Decreto lei 94.406/87 que regulamenta a lei do exercício da Enfermagem, o enfermeiro é responsável pela administração de medicamentos. Preparar e administrar medicamentos são atividades básicas, porém de grande relevância que exigem do profissional aperfeiçoamento de seus conhecimentos técnicos e a aplicação de vários princípios científicos (FAKIH; FREITAS; SECOLI, 2009).

Sendo uma das maiores responsabilidades da equipe de enfermagem, a administração de medicamento deve ser exercida de modo adequado e seguro. O Código de Ética do Profissional de Enfermagem em seu artigo 12 destaca que devemos: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Então é importante que tenhamos conhecimento de que Imperícia significa inabilidade, inexperiência; Negligência caracteriza-se por omissão, descuido, desatenção e displicência; e Imprudência significa ato intempestivo, irrefletido e sem cautela (FAKIH; FREITAS; SECOLI, 2009).

Dados epidemiológicos dos EUA revelam que, 7.391 americanos morreram em consequência de erros de medicação, em 1993, comparados a 6.000 mortes em acidentes de trabalho. Entre 1983 e 1993, as mortes relacionadas à medicação cresceram na ordem de 257%. (MIASSO et al. 2006).

Em relação à frequência dos erros, em cada um dos processos do sistema de medicação, um estudo apontou que 39% dos erros ocorreram no processo de prescrição de medicamentos, 12% na transcrição, 11% no processo de dispensação e 38% no de preparo e administração de medicamentos. (MIASSO et al. 2006).

Observam-se dados alarmantes quanto à incidência de erros no sistema de medicação, que comprometem a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Investigar a situação local contribuirá com uma reflexão sobre a temática, pois acreditamos que a falta de conhecimento e desatualização das rotinas hospitalares contribuem para uma subnotificação de eventos e mascaram os riscos inerentes a esse processo.

De acordo com Cassiani (2005), o Brasil é o quinto país em consumo de medicamentos, o primeiro na América Latina e ainda não faz parte do International Medication Error Programs, mas foi admitido em 15 de agosto de 2001 pela Organização Mundial de Saúde como o 62º país a fazer parte do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos da OMS, coordenado pelo The Uppsala Monitoring Centre – WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring, localizado na Suécia.

Por essas considerações estabeleceu-se como objeto o sistema de medicação de um hospital público de ensino na cidade de Salvador, no estado da Bahia, e como objetivos identificar os possíveis fatores de riscos que podem contribuir para a ocorrência de erros e elaborar um plano de ação com medidas para prevenção de erros no sistema de medicação.

## **2. MÉTODO**

Tratou-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa que teve como características observar, registrar, analisar e descrever o passo a passo do sistema de medicação da Unidade de Clínica Médica em um hospital de Salvador. Procurou-se descobrir com precisão a frequência em que um fenômeno

ocorre e sua relação com outros fatores sem, contudo manipulá-los com o intuito de compreender o processo utilizado pelo hospital e obter uma nova percepção a seu respeito, descobrindo assim novas idéias em relação ao objeto de estudo.

Empregamos como base do estudo, a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos, compreendendo os quatro referenciais básicos da bioética: Autonomia, Justiça, Beneficência e Não maleficência, garantindo o sigilo das identidades e veracidade dos resultados.

Após aprovação do comitê de ética da SESAB e autorização da instituição escolhida para coleta de dados, deu-se início a pesquisa de campo. Esta foi realizada em uma Unidade de Clínica Médica de um hospital público de Salvador durante o período de 07 a 30 de outubro de 2010.

A instituição em questão é a maior unidade hospitalar do Norte e Nordeste composta por uma equipe de 3.800 funcionários com capacidade de realizar em média 120mil atendimentos/mês e 1,3mil/mês internamentos (BAHIA, 2010).

Essa Instituição foi escolhida por possuir vínculo com a Universidade, por ser uma instituição pública de grande porte, alta complexidade que dispõe de 700 leitos ativos, com várias áreas de especialidade, servindo de referência à atenção de pacientes com hemorragia digestiva, com patologias vasculares, neurológicas, envenenamentos e intoxicações, obstetrícia e neonatologia de alto risco, cirurgias neonatais e pediátricas, atendendo toda área metropolitana de Salvador e o estado da Bahia.

A população em estudo foi constituída por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, farmacêuticos e auxiliares de farmácia, totalizando 17 profissionais que faziam parte do Sistema de Medicação da unidade cedida para pesquisa.

Tabela 1: Sistema de Medicação

| <b>Categoria Profissional</b> | <b>Quantidade Entrevistada</b> | <b>Tempo Médio de Atuação</b> |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Enfermeiras (E)               | 04 profissionais               | 02 anos                       |
| Técnicos de Enfermagem (TE)   | 06 profissionais               | 04 anos                       |
| Médicos (M)                   | 03 profissionais               | 01 ano                        |
| Farmacêuticos (F)             | 02 profissionais               | 20 anos                       |
| Auxiliares de Farmácia (AF)   | 02 profissionais               | 05 anos                       |

Fonte: Os autores

Todos os participantes envolvidos na coleta de dados assinaram previamente o termo de consentimento de participação da pesquisa e estavam cientes que os dados coletados e todo o conteúdo adquirido durante a coleta de dados seriam utilizados para fins científicos isentando-os de qualquer risco ou julgamento que pudesse comprometer o seu relacionamento com a instituição pesquisada.

Foram informados também que na qualidade de sujeitos da pesquisa teriam o direito de recusar a participar do estudo, inclusive, do direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem serem submetidos a qualquer penalização durante o processo de coleta. Dessa forma, todos os princípios éticos para realização do estudo envolvendo seres humanos foram respeitados.

A técnica para coleta de dados foi composta por duas etapas: na primeira etapa realizamos uma entrevista estruturada com aplicação de um questionário individual, composto por questões objetivas e subjetivas aplicado individualmente a cada profissional responsável pelo sistema de medicação em suas categorias específicas, com a finalidade de ter uma visão geral do sistema. Em seguida, com os profissionais que operacionalizavam cada fase do processo de medicação; na segunda etapa observamos os profissionais no exercício da sua profissão sem alterar a rotina do setor de maneira direta e não participativa em cada uma das etapas do sistema, buscando visualizar os fluxos citados durante a aplicação do questionário, sem, contudo ter mérito de quantificar ou analisar possíveis falhas uma vez que a finalidade da observação foi descrever o processo de medicação.

Após um período de três semanas realizando as entrevistas e observando a rotina de preparo e administração de medicamentos da unidade em questão, conseguimos absorver informações e obter conhecimentos necessários para tabular

e interpretar os dados coletados, para posteriormente apresentar um relatório com propostas de intervenção, garantindo total sigilo quanto aos dados institucionais.

### **3. RESULTADOS**

Os resultados foram agrupados por questões, estabelecendo comparação entre os conteúdos descritos por cada entrevistado e as observações in loco, com o intuito de buscar um consenso que pudesse descrever as fases que compunham o sistema de medicação, para posteriormente analisar essas informações e construir uma proposta com plano de ação para cada fator de risco que identificamos.

Após análise os dados foram agrupados em quatro categorias: Processo de Prescrição e Aprazamento de Medicamentos; Processo de Dispensação e Distribuição de Medicamentos; Processo de Preparo e Administração de Medicamentos e Estratégias Organizacionais.

#### **3.1 Processo de Prescrição e Aprazamento de Medicamentos**

De acordo com Opitz (2006, apud Acurcio et al., 2004) prescrever medicamentos é um procedimento que envolve questões éticas e legais. Definido o medicamento a ser utilizado pelo paciente, a prescrição é feita e assinada pelo médico, podendo ser manuscritas, digitadas ou eletrônica, devendo transmitir claramente, a forma farmacêutica, a dose, a frequência, a via de administração e a duração do tratamento.

Na instituição pesquisada, a apresentação da prescrição médica na sua grande maioria é digitada e impressa com validade de 24h, porém existe o formulário em duas vias carbonadas próprio da instituição onde às vezes a prescrição é feita de forma manuscrita.

Não há uma padronização de horário para atualizar a prescrição, entretanto os profissionais criaram uma rotina de atualizá-las pela manhã. Se um medicamento não padronizado for prescrito, é feito um contato com a farmácia que sugere o uso de um similar existente na instituição, caso não haja o similar, a compra é solicitada através do setor responsável.

Além de conter dados como nome do paciente, alergias, data e leito, consta também na prescrição os medicamentos de uso crônico dos pacientes e algumas abreviaturas, mesmo não sendo permitidas.

Ao finalizar a prescrição, o médico carimba, data, assina e entrega à enfermeira para que seja realizado o contato com a farmácia para enviar o auxiliar operacional que fará a coleta da segunda via, para que sejam dispensados os medicamentos de volta ao setor e em seguida, realiza o aprazamento dos horários das medicações.

O aprazamento segundo Opitz (2006) é uma atividade geralmente exercida pelo enfermeiro que compreende indicar e registrar os horários de administração de medicamentos na prescrição médica.

Como não existe um horário padrão, normalmente as enfermeiras realizam o aprazamento ao receber a prescrição do médico ou pela manhã de acordo com rotina existente na unidade. Após concluir o aprazamento, a prescrição é carimbada, datada, assinada e repassada para a sala de preparo de medicações onde os técnicos de enfermagem esperam a chegada dos medicamentos para separar as medicações do horário e em seguida, preparar e administrar nos pacientes.

Durante a realização da entrevista, algumas falhas neste processo foram citadas tais como:

- Segunda via da prescrição ilegível;
- Atrasos na atualização das prescrições;
- Prescrição de doses fora do normal com valores abaixo ou acima do recomendado para determinadas medicações;
- Erro nos nomes de algumas medicações;
- Prescrição de medicações sem a dose descrita;
- Prescrições feitas em casa nos finais de semana e entregues aos residentes no domingo para dar seqüência durante a semana;
- Paciente trocado de leito sem atualização do número no prontuário.

Os comentários abaixo descrevem algumas situações:

“É comum os médicos já trazerem as prescrições prontas sem nem mesmo olhar o paciente ou ainda chegar ao sábado com as prescrições feitas em casa para passar no domingo para o residente de plantão seguir.” (E 03)

“Acontece às vezes de trocar do paciente de leito por qualquer motivo e o médico chega com as prescrições já prontas e nem se dão conta que não é o mesmo paciente.” (E 01)

“Os médicos não têm um horário certo para prescrever e com isso a prescrição demora pra chegar à farmácia e atrasa toda a terapêutica medicamentosa do paciente.” (TE 04)

“Como tem muitos residentes nas unidades, acaba que muitas vezes recebemos prescrições com super dosagens e se a gente não tiver atenção pode causar uma reação adversa ao paciente.” (F 01)

Ao longo das entrevistas percebemos a necessidade da adoção pela instituição de métodos que estimulem a interação entre a equipe multidisciplinar para que todos os funcionários possam conhecer melhor o sistema de medicação e seu papel dentro dele, assegurando assim a prevenção de erros e o cumprimento da terapia medicamentosa de maneira correta.

### **3.2 Processo de Dispensação e Distribuição de Medicamentos**

A Pesquisa foi realizada na farmácia central que funciona 12h por dia, sendo responsável pela dispensação e distribuição de medicamentos para a unidade em questão. Após esse período caso seja necessário fazer uso de algum medicamento que não fora prescrito anteriormente enquanto a farmácia estava aberta, a solicitação é direcionada para as farmácias satélites da emergência ou UTI.

Segundo Opitz (2006, apud Gomes; Reis 2003) dispensação e distribuição de medicamentos consiste no acondicionamento dos medicamentos e produtos farmacêuticos que são distribuídos na quantidade e especificação solicitada, de forma segura e no prazo estabelecido.

A dispensação de medicamentos é realizada quando uma via da prescrição médica é recolhida pelo auxiliar operacional na unidade de clínica médica e levada para a farmácia. Ao receber as prescrições, o farmacêutico sinaliza na cópia da prescrição as quantidades que devem ser separadas para cada medicação de cada paciente.

Não existe um horário padrão para essa sinalização, ela acontece na medida em que as prescrições chegam ao setor.

Neste momento, alguns profissionais têm o cuidado de rever as prescrições para fazer uma análise das dosagens para identificar valores abaixo ou acima do

recomendado para determinadas medicações e a possibilidade da ocorrência de algum tipo de interação medicamentosa entre as drogas prescritas. A frase a seguir demonstra essa situação.

“Não é todo profissional que tem essa consciência, eu, por exemplo, faço sempre que posso... revejo a prescrição para identificar possíveis interações ou erros na dosagem prescrita para não causar outros problemas além da patologia que os pacientes têm.” (F2).

Após essa análise, a prescrição é encaminhada para o setor onde os medicamentos são armazenados para que os auxiliares de farmácia iniciem a separação das medicações de forma individualizada, utilizando para identificação das doses unitárias uma etiqueta com nome da droga, dose e validade. Após essa separação e identificação, as medicações são acondicionadas em sacos plásticos para serem distribuídas para a unidade solicitante.

Neste setor as medicações são armazenadas em caixas separadas por tipo de medicamentos, em ordem alfabética e com temperatura adequada para o estoque. Nos casos em que os medicamentos necessitam de armazenamento especial, refrigeração, por exemplo, eles são acondicionados em geladeiras apropriadas.

Para finalizar esta etapa do processo de medicação, o auxiliar operacional recolhe os medicamentos que serão transportados para a unidade em sacos separados por prescrição e/o em caixas térmicas quando necessário.

Neste processo, algumas falhas foram citadas como, por exemplo:

- Medicações dispensadas com quantidade e apresentação diferente da solicitada na prescrição;
- Falta da reavaliação da prescrição médica por parte dos farmacêuticos;
- Troca de medicações quando existem nomes semelhantes;
- Falta de algumas medicações sem comunicação prévia a unidade;
- Número insuficiente de funcionários na farmácia;
- Sistema de dispensação ineficaz;
- Soluções armazenadas no chão e temperatura da unidade diferente da temperatura da farmácia.

Os depoimentos a seguir ilustram algumas dessas situações:

“A dose chega pra gente da farmácia diferente da que tava na prescrição. Às vezes esta escrito 25mg e o comprimido enviado é de 200mg... se não prestar atenção cometemos um erro e de quem vai ser a culpa?” (TE).

“O pessoal da farmácia acha que não erra... outro dia tava prescrito ranitidina VO e veio para ser administrado EV... mas o pessoal de lá não comete erros só a enfermagem.” (TE).

“Quando passamos nas unidades para fazer as rondas, verificamos que o ambiente onde as medicações são armazenadas possui uma temperatura diferente do nosso setor... não é certo, pois armazenamos em uma temperatura e lá eles mantém em outra.” (F2).

Como já citamos, o sistema de medicação é complexo, com processos interligados e envolvendo profissionais de diferentes categorias. Uma falha em um dos processos ou uma simples falta de comunicação, pode gerar interferência no desenvolvimento das atividades ocasionando assim, transtornos tanto para os pacientes quanto para as equipes. Com isso, é necessário o desenvolvimento de um processo eficaz de comunicação que permita a transmissão e o recebimento das informações de maneira correta e segura por parte da equipe multiprofissional.

### **3.3 Processo de Preparo e Administração de Medicamentos**

Em consonância com Opitz (2006, apud Peduzzi; Anselmi, 2004), preparar medicamentos é uma atividade exercida pela equipe de enfermagem, com base na prescrição médica e administrar medicamentos é de acordo com Opitz (2006, apud Coimbra; Cassiani, 2001) uma das funções assistenciais desempenhadas na maioria das vezes por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro, decorrendo da implementação da terapêutica médica.

Ao receber as medicações da farmácia, os técnicos de enfermagem se dirigem para a sala de preparo onde vão separar as medicações que são armazenadas em caixas identificadas com o número do leito de cada paciente e as soluções ficam estocadas no chão. Nesta mesma sala, acontece o preparo das medicações que segundo a rotina existente na unidade, são preparadas em bandejas por horário e são identificadas com fita adesiva contendo nome da droga, via de administração, número do leito, dose e nome do paciente.

As prescrições são mantidas nesta sala durante o preparo das medicações e em caso de dúvidas quanto ao manuseio de algum medicamento, os profissionais recorrem aos enfermeiros, farmacêuticos ou banco de dados da internet.

Os cuidados adotados quanto ao preparo das medicações são: utilização dos equipamentos de proteção individual; lavagem das mãos; utilização dos 5 certos e preparo das medicações perto do horário da administração. Nos casos em que o paciente está em uso de SNE e existe prescrição por via oral, as medicações são preparadas na própria unidade através de um macerador/pilão disponível na unidade.

Em alguns momentos pudemos observar que as administrações das medicações eram feitas por um profissional diferente daquele que preparou a bandeja. Quanto às checagens, elas são realizadas após administração de todos os pacientes do horário.

Existe um pequeno estoque de medicações na unidade que ficam concentradas no carrinho de emergência e o controle da validade é feito por um profissional da farmácia. Não existe uma geladeira própria na unidade para armazenar as medicações que necessitam de refrigeração, as mesmas são acondicionadas em caixas de isopor. Não é permitido deixar medicação com o paciente ou acompanhante, porém algumas de uso tópico permanecem com os mesmos ou com seus acompanhantes.

Os fatores que geralmente dificultam o cumprimento do horário indicado para administrar as medicações são: demora na confecção das prescrições médicas; atraso da farmácia para enviar as medicações à unidade; algumas intercorrências; atraso da chegada das prescrições na farmácia e número insuficiente de auxiliares operacional para recolher as prescrições e trazer as medicações para a unidade.

Há ainda as falhas citadas e observadas neste processo:

- Medicação diluída com o diluente errado ou com a quantidade diferente do padrão utilizado;
- Medicação preparada sem as técnicas assépticas;
- Medicação administrada na via diferente da prescrita;
- Não utilização dos EPI's;
- Não lavagem das mãos antes e após o preparo;
- Administração das medicações e preparo das bandejas com as medicações com muita antecedência do horário aprazado;

- Armazenamento das medicações que necessitam de refrigeração de maneira inadequada uma vez que a temperatura não era mantida em alguns momentos pela ausência do gelox.

Os depoimentos apontam algumas dessas situações:

“A gente vê que medicações como insulinas que necessitam de refrigeração são armazenadas sem o cuidado adequado... isso altera a característica dos fármacos... pode gerar problemas quando administrados nos pacientes... a gente fala, orienta, mas nada muda, eles persistem no erro.” (F 02)

“Já aconteceu de uma paciente estar no horário de tomar a insulina, uma colega me lembrar em cima da hora, corri a caixa de seringas, peguei uma vazia e administrei no paciente, quando retornei ao posto me dei conta que não tinha administrado ar, pois a seringa estava vazia...” (TE 03)

“... Sabemos que não é permitido deixar medicações com os pacientes, mas às vezes deixamos alguns medicamentos que eles já fazem uso e já sabem seus horários, para facilitar e agilizar pra gente.” (TE 02)

A equipe de enfermagem é capaz de interceptar os erros cometidos nos processos anteriores ao do preparo e administração dos medicamentos. Preparar e administrar medicamentos é uma atividade do cotidiano desses profissionais e apesar disso percebemos a existência de dúvidas sobre a realização correta desta prática. Nesse sentido a orientação da equipe de enfermagem constitui como fator importante para prevenção de erros. As atividades de educação continuada são estratégias que podem ser adotadas para proporcionar o aprendizado contínuo desses profissionais quanto a prática segura do preparo e administração de medicações no sentido de promover maior eficiência e segurança da assistência prestada.

### **3.4 Estratégias Organizacionais**

De acordo com os entrevistados, a instituição oferece com certa frequência, palestras, cursos e oficinas para todos os seus profissionais, porém nenhuma atividade educativa específica quanto a prática segura do preparo e administração de medicações nem sobre questões que envolvam a segurança do paciente no sistema de medicação.

Certamente que a educação continuada de todos os profissionais da equipe de enfermagem, médica e da farmácia, pode auxiliar nas ações desenvolvidas quanto

à segurança do paciente tanto no sistema de medicação quanto no processo de preparo e administração de medicações, mas para isso acontecer são necessárias mudanças nas condições de trabalho, na interação entre os setores, na comunicação entre as pessoas.

Não existe ainda na instituição, um comitê próprio para investigar erros de medicação nem um método voluntário para relato dos erros e nem um POP Procedimento Operacional Padrão que oriente os profissionais quanto à prática correta das etapas do sistema de medicação. Isso poderia ser diferente se houvesse um sistema de notificação de erros que não fosse utilizado como ação punitiva para os profissionais, ações preventivas, educacionais e disciplinares, poderiam ser desenvolvidas, reduzindo assim a possibilidade da ocorrência de erros, aumentando conseqüentemente a segurança do paciente.

Além de investigar junto aos entrevistados as estratégias adotadas atualmente pela instituição, coletamos sugestões para melhoria da dinâmica do trabalho no sistema de medicação. Com base nessas sugestões e observação dos autores foi possível constituir um plano de ação com medidas para prevenção de erros no sistema de medicação contemplando todas as etapas do processo (apêndice A). As principais ações foram: Divulgar a lista de padronização de medicação da instituição; Estabelecer pela gestão uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente na instituição; Criação de um comitê voltado para segurança no processo de medicação; Desenvolver uma prática de notificação voluntária de erros pelos profissionais; Melhorar o espaço físico e o ambiente de trabalho; Oferecer educação continuada específica sobre sistema de medicação; Criar protocolos multidisciplinares; Reavaliar quadro de funcionários e suas atribuições; Utilização de ferramentas tecnológicas como prontuário eletrônico e sistema de dispensação por código de barras.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A princípio encontramos uma pequena resistência por parte dos profissionais em participar do projeto, pois o tema que estávamos abordando era delicado, porém com o contato diário e desenvolvimento da pesquisa, conseguimos conquistar a confiança deles, fazendo-os perceber a seriedade e relevância da pesquisa, obtendo

desta forma, conhecimento e informações suficientes para a realização desse trabalho tão gratificante.

Sendo assim, com o desenvolvimento dessa pesquisa concluímos que, é de extrema importância que as instituições de saúde criem mecanismos que facilitem o conhecimento a cerca do sistema de medicação para todos os seus funcionários, para que dessa forma sejam identificadas e compreendidas todas as etapas do processo de medicação e conseqüentemente todos os caminhos percorridos pelo medicamento desde a prescrição até a administração no paciente.

É de grande relevância também, a adequação do hospital a um sistema informatizado com a substituição da prescrição digitada e impressa para a prescrição eletrônica, gerando assim, uma maior segurança no processo de prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos garantindo dessa forma maior eficácia na conclusão do processo minimizando as falhas que possam ocorrer durante as etapas do processo.

É fundamental a criação de um comitê composto por um representante de cada categoria profissional, que investigue a ocorrência de erros no sistema de medicação, através do desenvolvimento de uma política que estimule a interação da equipe multidisciplinar para a notificação de erros através de uma política não punitiva onde os participantes do sistema possam se sentir seguros ao informar sobre as falhas identificadas com o intuito de discutir o processo promovendo dessa forma uma reestruturação do sistema de trabalho.

É necessário a compreensão dos líderes da instituição em relação aos conceitos de segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura baseada na farmacovigilância, bem como a capacitação dos profissionais para o uso das ferramentas eletrônicas e a educação continuada com a abordagem específica para segurança do paciente no processo de medicação.

Com essas modificações é possível tornar o sistema menos falho, possibilitando prestar uma assistência de qualidade com maior resolutividade, eficiência e segurança.

## REFERÊNCIAS

ASPERHEIM, Mary Kaye. Farmacologia para enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2004. 255p.

BAHIA, ASCOM – Assessoria de Comunicação, REVISTA SAÚDE BAHIA – Informativo da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador: M2, 2010 – Semestral. O Gigante da Saúde. Ano 2, Nº 2, p. 30 e 31. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/portalsesab/index.php?option=comcontent&view=article&id=254:saudebahia&catid=16:bibliotecavirtual&Itemid=56> Acesso em 14 de junho de 2010.

CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli et al. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.5, pp. 781-789. ISSN 0104-1169. Acesso em 09 de maio de 2010.

CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev. bras. enferm. [online]. 2005, vol.58, n.1, pp. 95-99. ISSN 0034-7167. Acesso em 07 de março de 2010.

FAKIH, Flávio Trevisani; FREITAS, Genival Fernandes de e SECOLI, Sílvia Regina. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 132-135. ISSN 0034-7167. Acesso em 05 de março de 2010.

FERNANDES, Almesinda Martins O.; DAHER Marcelo Cecílio; HANGUI, Wagner Yoshio. Manual de normas e rotinas hospitalares. Goiânia: AB, 2006.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Administração de medicamentos: Revisando uma prática de enfermagem. 9. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2003. 270p.

GIOVANI, Arlete M. M. Enfermagem: Cálculo e administração de medicamentos. 12. ed. São Paulo: Scrinium, 2002. 288p.

ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Disponível em [http://www.ismp-brasil.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19&Itemid=27](http://www.ismp-brasil.org/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=27) Acesso em Maio de 2010.

MIASSO, Adriana Inocenti et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006, vol.14, n.3, pp. 354-363. ISSN 0104-1169. Acesso em 07 de março de 2010.

OPITZ, Simone Perufo. Sistema de Medicação: Análise dos Erros nos Processos de Preparo e Administração de Medicamentos em um Hospital de Ensino. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-163213/> Acesso em 06 de março de 2010.

RUIZ, João Álvaro. Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SANTOS, Clovis Roberto, NORONHA Rogéria T. Silva. Monografias Científicas – TCC – Dissertação – Tese. São Paulo: Avercamp, 2005.

TELLES FILHO, Paulo Celso Prado and CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.3, pp. 533-540. ISSN 0104-1169. Acesso em 07 de março de 2010.

## CAPÍTULO 07

### PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS DO CLUBE DE REPOUSO IRMÃ DULCE E DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PIRAPORA

#### **Gregória de Jesus dos Santos Coêlho**

Pós-graduada pela Faculdade Inspirar – PR, Brasil. Fisioterapeuta pela Universidade CEUMA – MA, Brasil  
E-mail: gregoriacoelho@hotmail.com

#### **José Newton Lacet Vieira**

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), CE, Brasil, Msc pela Universidad de La Republica, (UDELAR) Uruguai, Dr pela Universidad San Lorenzo (UNISAL) Paraguai. Ex – prof. Titular da Universidade CEUMA – MA, Brasil  
E-mail: newtonlacet@hotmail.com

**Resumo: Introdução:** A Incontinência Urinária (IU) é analisada como um problema social e de higiene. Os casos de IU aumentam exponencialmente tanto com o avanço da idade, como as modificações funcionais e estruturais no sistema urinário e com o comprometimento da independência funcional. **Objetivo:** Estimar a prevalência de incontinência urinária em idosas. **Materiais e Métodos:** Tratou-se de um estudo, com abordagem descritiva, e natureza quantitativa observacional transversal, com 50 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, realizado no Clube de Repouso Irmã Dulce, e na Unidade de Saúde da Família do Pirapora, no período de agosto a outubro de 2015. Foi utilizado o questionário Gaudenz-Fragebogen. **Resultados:** A prevalência da incontinência urinária entre as idosas da amostra foi de 96%. Entre as mulheres com incontinência, o tipo mais frequente foi a de esforço. **Conclusão:** Há uma elevada prevalência de Incontinência Urinária em idosas, apesar de não existir relação significativa quanto à idade mais avançada destas e a incontinência urinária.

**Palavras-chave:** Avaliação; Idosas; Incontinência urinária.

**Abstract:** Urinary Incontinence Prevalence in Elderly Women **Introdução:** Urinary incontinence (UI) is analyzed as social and hygiene issues. Cases of UI increase exponentially both with advancing age, as the functional and structural changes in the urinary system and the impairment of functional independence. **Objective:** To estimate the prevalence of urinary incontinence in elderly women. **Materials and Methods:** This study was developed by using descriptive approach, and cross-sectional observational quantitative, with 50 women aged from 60 years old on. It was held in the Rest Sister Dulce Club, and Health Unit Pirapora Family in the period from August to October 2015. The Gaudenz-Fragebogen questionnaire was used in this research. **Results:** The prevalence of urinary incontinence among older sample was 96%. Among women with incontinence, the most common type was the effort. **Conclusion:** There is a high prevalence of urinary incontinence in elderly women, although there was no significant relationship on the age of these people and urinary incontinence itself.

**Keywords:** Evaluation; Elderly; Urinary incontinence

## 1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é analisada como um problema social e de higiene. Em 2005, houve uma atualização da Sociedade Internacional de Continência (ICS) assim passou a ter novas nomenclaturas e definições das disfunções do trato urinário inferior, definindo a IU como toda perda involuntária de urina. Passou a ser classificada como: IU de esforço (IUE) - perda da urina simultaneamente a um esforço físico como pular, tossir, espirrar; IU de urgência (IUU) - perda da urina antecedida de urgência miccional; e IU mista (IUM) - perda da urina nas duas circunstâncias anteriores (ABRAMS et al., 2005).

O tema incontinência urinária raramente é pesquisado pelos profissionais de saúde, e os estudos sobre sua prevalência e incidência na literatura nacional são praticamente nulos. Embora os estudiosos a considere como um problema de saúde pública (SANTOS; SANTOS, 2009).

Estudos realizados com idoso demonstrou uma prevalência de disfunções do assoalho pélvico (AP) incluindo incontinência urinária, a incontinência anal e fecal e o prolapso genital, que aumenta-rá de acordo com a idade e com as comorbidades apresentadas. Essas situações causam grande impacto negativo na qualidade de vida, comprometendo em vários aspectos como no contato social, atividades laborais, higiene e na vida sexual das mulheres (BARTOLI; AGUZZI; TARRICONE, 2010).

As modificações funcionais e estruturais no sistema urinário e com o comprometimento da independência funcional são outras condições que podem levar ao aumento de casos de IU. Deste modo avalia-se que, com o aumento da população de idosos, aumente assombrosamente os episódios de IU (HAYLEN et al., 2010).

Averiguação populacional realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS entre idosos com mais 60 anos de idade na cidade de São Paulo encontrou prevalência de 26,2% de IUE entre as mulheres (TAMANINI et al., 2009).

Questionários específicos é outra forma de auxiliar no método de identificação do tipo de IU. Praticamente inexistente no Brasil, a concepção e desenvolvimento dessas ferramentas para tal finalidade. Investir no desenvolvimento de ferramentas que os profissionais do serviço de saúde e pesquisa possam usar, possui grande valia e avanço para serviço de saúde pública. Entre diversos desenvolvidos no exterior, o

instrumento específico para diagnóstico diferencial de incontinência urinária feminina - GaudenzFragebogen - que recebeu popularidade nos países de língua alemã desde a sua publicação em 1979. Foi validado e traduzido para o português por Oliveira, Guirardello, Lopes (2012).

O emprego do Gaudenz-Fragebogen consiste no estabelecimento de um diagnóstico inicial e diferencial de IU, sem que haja averiguação urodinâmica, a partir do qual pode ser indicado o tratamento apropriado ou analisado que ainda tenha a real necessidade do estudo urodinâmico (OLIVEIRA; GUIRARDELLO; LOPES, 2012).

O diagnóstico diferencial dado pelo escore final é simples e clinicamente eficaz. Como não se trata de um método invasivo, os profissionais que atuam com mulheres com IU podem utilizá-lo caso exista ocorrência do aumento de casos (OLIVEIRA; GUIRARDELLO; LOPES, 2012).

A fisioterapia vai atuar na IU em tratamentos visando à restauração da continência urinária dos pacientes e conseqüentemente melhorar sua qualidade de vida. Há várias alternativas de tratamento para pacientes incontinentes, dentre elas: biofeedback, cones vaginais, cinesioterapia e eletroterapia. Resultados mostram que a diminuição da perda urinária de 30 a 50% dentro de um período de doze meses. Outra forma eficaz de tratamento é a contração de forma adequada dos músculos do assoalho pélvico, especialmente o músculo elevador do ânus (SANTOS et al., 2009).

A fisioterapia é uma ciência dinâmica que participa dos níveis primário e secundário

de atenção à saúde, avaliando, identificando as disfunções que possam acometer o corpo humano, e direcionando para um correto tratamento, o que justifica a relevância deste estudo, que teve como objetivo estimar a prevalência de incontinência urinária em idosas, descrevendo a frequência da incontinência urinária de esforço e urgência, e comparando a frequência da incontinência urinária por faixa etária.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Tratou-se de um estudo, com abordagem descritiva, e natureza quantitativa observacional transversal.

A população foi constituída por 50 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, e foi realizada no Clube de repouso Irmã Dulce, e na Unidade de Saúde da Família Pirapora, durante o período de agosto de 2015 a outubro de 2015.

Os critérios de exclusão foram: mulheres que com idade inferior de 60 anos, ou que se recusaram a participar do estudo.

Para instrumento de coleta de dados foi utilizado o questionário GaudenzFragebogen (1979) é um instrumento validado e específico para o diagnóstico diferencial da IU, desenvolvido originalmente na língua alemã por Reto Gaudenz. É constituído por 16 itens dicótomos em forma de questões que possibilitam dois escores finais, o urge-escore (U-E) que pontua para a incontinência urinária de urgência (IUU) e o *escore de estresse* (E-E) para a incontinência urinária de esforço (IUE) (OLIVEIRA; GUIRARDELLO; LOPES, 2012).

Após a autorização das idosas, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), iniciou-se à pesquisa tendo como comprometimento a garantia do sigilo absoluto sobre a identificação das mulheres estudadas bem como informações obtidas. Esse estudo foi baseado na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que envolve pesquisa com humanos.

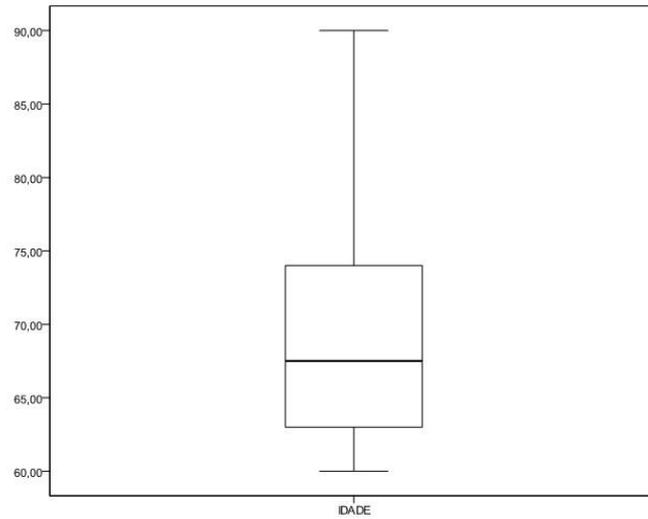
O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos (CEP) da Universidade CEUMA, estando em tramitação em decorrência de pendência documental.

Os dados foram digitados e analisados no SPSS 18.0. Na estatística descritiva, as variáveis quantitativas são apresentadas em mediana, mínimo e máximo, enquanto as variáveis qualitativas são apresentadas através de frequências absolutas e relativas. Na comparação da incontinência entre as faixas etárias, foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson, sendo estabelecido nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

### **3. RESULTADOS**

Foram inseridas no estudo 50 mulheres com idade mediana de 67 anos, sendo o mínimo 60 e o máximo 90 (gráfico 1).

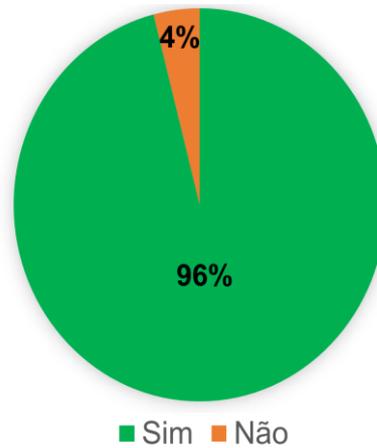
Gráfico 1: Idade das idosas da amostra. São Luis – MA, 2015



Fonte: Os autores

A prevalência da incontinência urinária entre as idosas da amostra foi de 96% (gráfico 2)

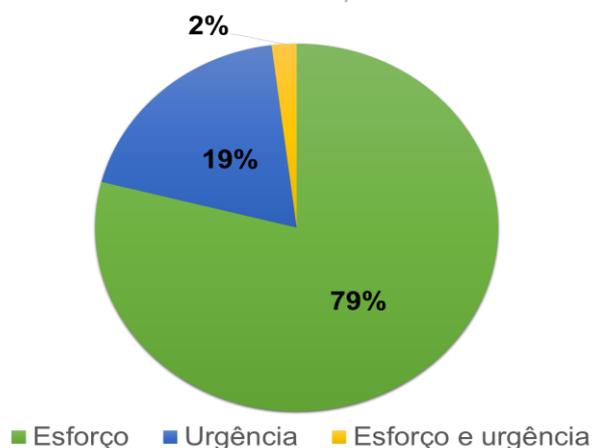
Gráfico 2: Prevalência de incontinência urinária entre idosas. São Luis – MA, 2015



Fonte: Os autores

Entre as mulheres com incontinência, o tipo mais frequente foi a de esforço (gráfico 3).

Gráfico 3: Tipo de incontinência urinária entre idosas. São Luis – MA, 2015



Fonte: Os autores

Gráfico 4: Relação entre a incidência e a faixa etária das idosas, realizada no clube de repouso irmã Dulce e Pirapora. São Luis – MA, 2015



Fonte: Os autores

Entre as mulheres com incontinência urinária, 64,6% (34) tinham entre 60 e 70 anos, 27,1% (13) entre 71 e 80 anos e 8,3% (4) entre 81 e 90 anos. Na análise bivariada para descobrir se existe uma relação significativa entre incontinência urinária e faixa etária, o valor do  $\chi^2$  foi de 4,86 com uma possibilidade associada (p-valor) de 0,08, mostrando que tal relacionamento é bastante provável apenas como resultado do erro amostral (ao acaso).

#### 4. DISCUSSÃO

Poucos trabalhos científicos atuais têm se destinado ao estudo da prevalência da incontinência urinária em idosas e quanto à prevalência do tipo de IU, o que atrapalha na comparação dos resultados descobertos neste estudo com aqueles divulgados na literatura, geralmente relacionados a certos grupos populacionais específicos como idosos no geral, mulheres jovens e diabéticos. Porém mesmo perante aos temas de diferentes abordagens, foi possível verificar que existe um consenso de que a IU é um problema que deve merecer mais atenção por parte dos profissionais da saúde, visto os altos índices de prevalência encontrados.

Neste estudo a faixa etária mediana das idosas incontinentes foi 67 anos, sendo que 64,6% tinham entre 60 e 70 anos, 27,1% entre 71 e 80 anos e 8,3% entre 81 e 90 anos, ou seja, não houve relação entre a incidência de incontinência urinária e a faixa etária. No estudo Busato Júnior e Mendes (2007), no qual avaliou a incontinência urinária em idosos, foram avaliadas quatro instituições nos municípios de Blumenau e Itajaí, abrigando cerca de 150 idosos. Sendo 91 de mulheres e 59 homens, 62,6% dessas mulheres apresentaram IU, o estudo também mostrou alta prevalência de IU, outros dados semelhantes foram observados dentre os participantes com idade entre 60 a 70 anos 62% tinham incontinência. Também não houve relação entre incontinência urinária e a variável idade nesse grupo etário investigado.

No estudo de Abreu et al. (2007) realizado com idosas mostrou que ha uma relação entre faixa etária e a prevalência da incontinência urinária, porém por amostra não poder ter sido aumentada, esse dado não pode ser comprovado através desse estudo.

As participantes deste estudo são do sexo feminino, com idade entre 60 a 90 anos, sendo que das 50 participantes, 96% apresentaram incontinência urinária Melo et al. (2012), em seu estudo com 27 idosas, com idade entre 60 e 80 anos verificaram prevalência de incontinência urinária em 44,4%.

Os dados parecem confirmar os resultados obtidos no estudo de Silva, Souza e D'Elboux (2011) na sua amostra de 100 idosos a maioria do sexo feminino a prevalência de IU encontrada foi de 65% em idosas, valor superior ao que foi descrito na literatura nacional e internacional.

Em relação à prevalência do tipo de IU entre idosas no presente estudo foi de 79% esforço, enquanto 19% urgência e apenas 2% mista. No estudo semelhante de Virtuoso, Mazo e Menezes (2012) foram relatados 28,7% esforços, 14,9% urgência e 10,5% mista. De acordo com o estudo de Lopes e Silva (2009) alguns fatores que podem estar associados à incontinência urinária por esforço justificando sua prevalência como: a deficiência esfíncteriana uretral intrínseca, aumento da pressão intra-abdominal, hipermobilidade, período gestacional, elevado número de partos, trauma obstétrico, obesidade, tabagismo, doenças neurológicas, doenças respiratórias crônicas e tratamentos cirúrgicos ginecológicos.

No estudo de Busato Júnior e Mendes (2007) Incontinência urinária de esforço foi a mais prevalente 39%, seguida pela incontinência de urgência 36%. Já Sousa et al. (2011) em seu estudo as idosas apresentaram queixa clínica de IUE de 63,64% e de IUM 36,36%.

Pela escassez de artigos dando ênfase ao tipo de IU sua prevalência quanto ao tipo ainda é ambígua, pois a incidência e a prevalência da incontinência urinária são extremamente variáveis, dependendo da faixa etária e da população estudada podemos encontrar diversos artigos se contradizendo. Entretanto no presente estudo teve a prevalência de IUE, esse achado pode estar relacionado à amostra, pois não pode ser prolongada por conta do cronograma estabelecido neste estudo.

Baseado no que foi exposto, acredita-se que os dados coletados neste estudo serão de grande importância para futuras intervenções em outros serviços de fisioterapia e nos já existentes nessas instituições, que se preocupam somente com patologias ortopédicas e neurológicas, e a abordam na área de uroginecologia é escassa.

## **5. CONCLUSÃO**

Com base nos resultados deste estudo, foi possível concluir que é elevada a prevalência de Incontinência Urinária em idosas através do questionário aplicado, apesar de não existir relação significativa quanto à idade mais avançada destas e a incontinência urinária. É necessário realizar novos estudos com a população de mulheres idosas, para que se possa comprovar a relação da idade avançada com a incontinência urinária.

As idosas, por desconhecimento, convivem com esta queixa como algo inerente ao envelhecimento. Desta forma, é oportuno adotar medidas de intervenção e orientação para minimizar ou eliminar os inconvenientes ocasionados pela IU, proporcionando assim qualidade de vida a esta crescente população.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. **Incontinence: recommendations committee evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence.** Bristol: 3 International consultation on incontinence, 2005.

ABREU, N. S. et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Rev Bras Fisioter**, v. 11, n. 6, p. 429-36, 2007.

BARTOLI, S.; AGUZZI, L.; TARRICONE, R. Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. **Urology**, v.75, n. 3, p. 491-500, 2010.

BUSATO W. F. S. JR.; MENDES, F. M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Homologa a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. **Diário da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun, Seção 1, p. 59, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2008.

HAYLEN, B. T. et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourol Urodyn**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

LOPES, M. H. B. M.; SILVA L. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 43, n. 1, p. 72-8, 2009.

MELO, B. E. S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

NEUMANN, P. B.; GRIMMER, K. A.; DEENADAYALAN, Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. **BMC Women's Health**, v. 28, p. 6-11, 2006.

OLIVEIRA, L. D. R.; Guirardello, E. B.; Lopes M. H. B. M. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do gaudenz-fragebogen. **Rev. Esc. Enferm, USP**, v. 46, n. 3, jun. 20012.

SANTOS, C. R. S. S.; SANTOS, V. L. C. G. S. Epidemiologia das incontinências urinária e anal combinadas. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 328-30, 2009.

SANTOS, P. F. et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 9, p. 447-52, 2009.

SILVA, V. A.; SOUZA, K. L.; D'ELBOUX, M. J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 45, n. 3, p. 672-8, 2011.

SOUSA, J. G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter Mov**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2011.

TAMANINI, J. T. N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the municipality of são paulo, brazil: sabe study (health, wellbeing and aging). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-62, 2009.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioter Mov**, v. 25, n.3, p. 571-82 2012.

**APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
UNIVERSIDADE CEUMA-UNICEUMA CURSO: FISIOTERAPIA**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA  
Rua Josué Montello No. 1, Renascença II, CEP: 65075-120**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida você pode procurar: Prof. Msc. José Newton Lacet Vieira, Fone: 98403 88 43/ 98168 75 94, e-mail: newtonlacet@hotmail.com.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do Estudo:

**PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS**

Você está sendo convidada a participar de um estudo de pesquisa que se destina a avaliação do tipo de incontinência urinária em pessoas idosas. Este estudo é importante porque irá estimar a prevalência de incontinência urinária em idosas, através GaudenzFragebogen; para posteriormente verificar os resultados obtidos pelo questionário, e relacionar a participação da fisioterapia, neste contexto. Esse estudo começará em agosto e terminará em outubro de 2015.

O estudo será feito da seguinte maneira: amostra será constituída por um grupo de 50 pessoas idosas que serão submetidas à avaliação da incontinência urinária.

O benefício que você deverá esperar com a sua participação, mesmo que indiretamente será: descrever a incontinência urinária em pessoas idosas, e posteriormente se identificada esta disfunção no sistema urinário, recomendá-las a participar de um programa de fisioterapia preventiva a nível secundário.

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar

participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Não haverá qualquer risco a sua integridade física durante a realização deste estudo. Você será indenizada por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas estão garantidos os recursos.

---

Pesquisador responsável

Prof. Msc. José Newton Lacet Vieira (Orientador)

CREFITO-12 nº 13.168-F/ MA

Gregória de Jesus dos Santos Coêlho (Orientanda)

São Luis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do sujeito ou responsável

### **Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações**

Pesquisador Responsável: José Newton Lacet Vieira

Endereço e Telefone para contato: Avenida Nova Iorque, quadra 05 E, casa-03  
Araçagy, São José de Ribamar-MA, CEP: 65110-000, telefones: 984038843 ou  
981687594.

### **Comitê de Ética em pesquisa da Universidade CEUMA**

Endereço e Telefone do CEP (Rua Josué Montello, Nº 1, Renascença II, CEP  
65.075-120, Fone: 98- 3214 42 77)

**ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA  
GAUDENZFRAGEBOGEN**

**Favor assinalar com um X a questão que mais se aplica a você.**

1. Quantas vezes você perde urina de maneira involuntária?  
 raramente, às vezes  
 diariamente algumas vezes durante o dia, constantemente
2. Qual a quantidade de urina que você perde?  
 algumas gotas  
 quantidades maiores
3. A perda de urina...  
 somente às vezes me incomoda  
 me incomoda demais
4. Em quais situações você perde urina?  
 ao tossir e espirrar  
 sentada e deitada
5. Você deu à luz?  
 Sim  
 Não
6. Quantas vezes por dia você precisa urinar?  
 de 3 a 6 horas  
 de 1 a 2 horas
7. Você precisa urinar durante a noite?  
 nunca a 1 vez  
 2 a 4 vezes, com mais frequência
8. A caminho do banheiro você perde urina?  
 nunca, raramente  
 quase sempre
9. Ao sentir vontade de urinar você precisa ir imediatamente ou pode esperar?  
 posso esperar, preciso ir em breve (10-15 minutos)  
 preciso ir imediatamente

10. Você sente repentinamente vontade de urinar e logo em seguida perde urina sem poder impedir?

- )Nunca
- )às vezes, frequentemente

11. Você perde urina a noite durante o sono?

- )não, nunca
- )frequentemente, regularmente

12. Você sente com frequência a necessidade de urinar que não pode ser reprimida?

- )praticamente nunca, somente às vezes
- )frequentemente, me limita muito

13. A frequente necessidade de urinar que é difícil de reprimir

- )para mim, não é realmente um problema
- )incomoda, me limita muito

14. Você tem a sensação que após urinar a sua bexiga está completamente vazia?

- )Sim
- )Não

15. Você pode interromper o jato de urina voluntariamente?

- )Sim
- )Não

16. Qual é o seu peso?

- )acima de 70 kg
- )igual ou abaixo de 70 kg

## CAPÍTULO 08

### ESPECTRO ESTRUTURAL PARA DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO, AUTOLESÃO E RECURSO À DROGA: DA FRAGILIZAÇÃO À FALÊNCIA DA FANTASIA

#### **Julia da Silva Cunha**

Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e estudos da Subjetividade em Emergências Humanitárias  
E-mail: juliacunha.psi@gmail.com

#### **Maria Stela Costa Vliese Zichtl Campos**

Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e estudos da Subjetividade em Emergências Humanitárias  
E-mail: stelazichtl1@gmail.com

#### **Thalles Cavalcanti dos Santos Mendonça Sampaio**

Mestre em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Pesquisador do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e estudos da Subjetividade em Emergências Humanitárias E-mail: thallesampaio@msn.com

#### **Cláudia Henschel de Lima**

Professora Associada II. Universidade Federal Fluminense (Volta Redonda). Professora Permanente do PROFIAP/UFF. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Coordenadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e estudos da Subjetividade em Emergências Humanitárias  
E-mail: claudiahlima@yahoo.com.br

**Resumo:** O trabalho tem como tema central a pesquisa etiológica do sofrimento psíquico contemporâneo. E, neste sentido, expõe o eixo em comum de quatro pesquisas em psicopatologia psicanalítica, desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGP/UFRJ), sobre a etiologia psíquica dos quadros de sofrimento psíquico contemporâneo. Por sofrimento psíquico contemporâneo designamos os fenômenos clínicos de cortes na pele, recurso à droga, depressão, anorexia, bulimia, ataques de pânico. A orientação epistemológica da psicanálise isolou traços comuns nessas formas de sofrimento: experiência de vazio, declínio do sentimento de vida, redução do sentido inconsciente, ascensão de passagens ao ato e formação de uma personalidade monossintomática que assume a forma de “eu sou”. A presença desses traços sintomáticos impõe uma dificuldade especial para o analista: a ordenação da queixa em torno do monossintoma, aderente à um tratamento por meio de psicotrópicos e a dificuldade de se formular uma direção diagnóstica a partir dos critérios distintivos para neurose e psicose, definidos classicamente por Freud. O objetivo desse artigo é apresentar o desenvolvimento da hipótese de pesquisa, desenvolvida no PPGP/UFRJ, de que a etiologia do sofrimento psíquico contemporâneo reside na ocorrência de uma desestabilização pulsional. Tem-se por metodologia a pesquisa bibliográfica e

documental o levantamento de textos científicos a respeito do tema, dando destaque para obras freudianas.

**Palavras-chave:** Psicanálise, Psicopatologia, Depressão, Recurso à Droga, Cortes na Pele.

## 1. INTRODUÇÃO

O objetivo do presente artigo é apresentar os resultados de três pesquisas desenvolvidas junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGP/UFRJ) entre os anos de 2019 e 2021. O artigo tem como tema central a pesquisa etiológica do sofrimento psíquico contemporâneo. E, neste sentido, expõe o eixo em comum de três pesquisas em psicopatologia psicanalítica, sobre a etiologia psíquica dos quadros de sofrimento psíquico contemporâneo, cuja hipótese etiológica reside na ocorrência de uma desestabilização pulsional, decorrente da perturbação na fusão entre autoerotismo e fantasia.

O artigo apresenta um recorte da pesquisa mais ampla desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia, da UFRJ. A parte apresentada nesse recorte utilizou como método o levantamento bibliográfico das referências de Freud, com ênfase na constituição do psiquismo. No que se refere aos textos iniciais de Freud, o destaque recaiu nos conceitos de autoerotismo, fantasia e sintoma, além dos seus escritos iniciais, pré-psicanalíticos sobre as neuroses atuais, em especial as neuroses de angústia. E, ainda, num segundo momento, foi dada especial atenção aos textos elaborados já no marco da teoria da pulsão de morte, cuja ênfase recaiu nos temas da angústia e do masoquismo. Além da teorização sobre as psicoses e o processo de rejeição.

A partir da orientação epistemológica da psicanálise buscou-se entender o que de comum haveria na etiologia psíquica desses quadros clínicos, em especial a depressão, a autolesão e o recurso à droga. O espectro estrutural para tais diagnósticos encontrou como eixo central a constituição do psiquismo, mais especificamente no momento de soldadura entre o autoerotismo e a fantasia, como já haviam teorizado Henschel de Lima, Cunha, Sampaio e Zichtl Campos (2021).

Encontrou-se como resultado a fundamental importância da fantasia para a constituição de um sintoma e os efeitos nefastos gerados desde sua fragilização – na depressão e na autolesão – até sua falência – no recurso a droga.

## 2. DA EXPERIÊNCIA PRIMÁRIA DE SATISFAÇÃO À FORMAÇÃO DA FANTASIA

Nessa sessão temos como objetivo desenvolver a hipótese de que os sofrimentos psíquicos contemporâneos, como recurso à droga, depressão e a autolesão, estão ligados à fragilização da fantasia, ou até mesmo, à falência desta. Para esse objetivo selecionamos um conjunto de textos freudianos que fazem menção direta e indiretamente aos processos de constituição do psiquismo. Recorremos então, à bibliografia freudiana para destacar e isolar a proposição de que algumas patologias contemporâneas funcionariam, para alguns casos, como procedimento de defesa contra o caráter tóxico das pulsões.

Na obra freudiana não é possível encontrar escritos que caracterizariam as formas de sofrimento psíquico que especificamos neste trabalho, porém é possível localizar referências onde Freud trabalha com a noção da desregulação pulsional assim como o limite dos processos psíquicos de defesa, permitindo a sistematização de uma hipótese psicanalítica que localiza a etiologia psíquica de desencadeamento para o recurso à droga, a depressão e a autolesão. O conjunto de referências que nos debruçaremos teorizam sobre os processos em jogo na constituição do psiquismo a partir da dinâmica pulsional.

Com a publicação da *Carta 79*, datada de 22 de dezembro de 1897 (1897/2006) e endereçada a Fliess, Freud discorre sobre o vício em álcool, morfina e tabaco. E nela, o autor estabelece uma relação entre masturbação e vício primário. É a partir da avaliação do funcionamento psíquico da estrutura, em especial, a neurose histérica que o autor irá se debruçar sobre os determinantes psíquicos que estão em jogo nas adições. Ressalta-se que essa publicação apresenta uma hipótese anterior à formulação do conceito de pulsão, sendo assim, não deixa evidente a relação entre o funcionamento pulsional desregulado e o vício. Freud (1897/2006) inicia esta carta da seguinte forma:

“Comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o “vício primário”, e que é somente como sucedâneo e substituto dela que outros vícios - álcool, morfina, tabaco etc. – adquirem existência.” (Freud, 1897/2006, p. 323)

O trecho acima relaciona diretamente o vício e a masturbação, uma vez que o autor define a masturbação como adição primária e os vícios como substitutos da masturbação. Podemos afirmar, então, que o vício da masturbação está intimamente

ligado ao autoerotismo e aponta para o fato de que os vícios respondem às pulsões sexuais não satisfeitas. A *Carta 79* (1897/2006), mostra-se, portanto, de extrema relevância para o desenvolvimento deste artigo, pois apesar de Freud se referir especificamente sobre recuso ao álcool e outras drogas – e não dos sofrimentos psíquicos contemporâneos–, a citação acima nos é fundamental por localizar no autoerotismo o modo de funcionamento da pulsão antes da soldadura da pulsão e da fantasia. Freud, neste momento, irá definir a constituição do psiquismo, pelo processo de recalçamento das pulsões, resultando na fantasia e na formação do sintoma e o marco desta elaboração sobre o psiquismo é o avanço conceitual em relação a masturbação: o autoerotismo.

O conceito de autoerotismo é definido apenas oito anos após a publicação da *Carta 79* (1897/2006) em *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* (1905/2016). Este conceito define-se em relação direta com o funcionamento pulsional: a pulsão se satisfaz no próprio corpo, sem o investimento nas representações psíquicas de pessoas e coisas. Portanto, o autoerotismo indicaria o momento em que a satisfação pulsional ocorre separada da dependência do objeto da autoconservação e em uma relação íntima com a experiência alucinatória de satisfação. Com isso, Freud assinala a coincidência entre objeto pulsional e fonte e a não ligação da pulsão à representação de pessoas e coisas.

A partir da base conceitual apresentada acima, avançando o desenvolvimento teórico proposto neste artigo, Freud em *As fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade* (1908/2015), formula alguns desenvolvimentos cruciais acerca da distinção entre autoerotismo e masturbação que esclarecerão o vício primário definido na *Carta 79* (1897/2006), trabalhando a relação direta entre autoerotismo e masturbação.

O autor ao avançar em sua formulação, argumenta que a masturbação seria dividida em duas partes, sendo elas: a evocação de uma fantasia e o modo como o sujeito irá conduzir sua satisfação sexual. Antes da fusão dessas duas partes existe um tempo em que vigoram os movimentos ativos e mecânicos, que ele definirá como *puro autoerotismo*. Podemos observar esse argumento na seguinte passagem:

“O ato masturbatório (no sentido mais amplo) compunha-se então de duas partes, da evocação de uma fantasia e da operação concreta de autossatisfação no auge daquela. Tal composição é, sabidamente, o resultado de uma soldagem. Originalmente, a ação era uma medida puramente autoerótica, para a obtenção de prazer de determinada parte do

corpo, que denominamos erógena. Mais tarde esta ação fundiu-se com uma representação de desejo da esfera do amor objetal e serviu para a realização parcial da situação em que culminou essa fantasia.” (Freud, 1908/2015, p.343)

Com a citação temos a evidência de, pelo menos, dois tempos de constituição do funcionamento psíquico, distintos do que se configurou na *Carta 79* (1897/2006): I) O funcionamento autoerótico das pulsões: independente do marco da fantasia, independente da ligação com a representação psíquica; II) A soldadura das pulsões à fantasia, que conseqüentemente as soldariam às representações psíquicas (ideias plenas de desejo), constituindo-se de fantasia e masturbação – sendo a formação da fantasia que asseguraria a regulação das pulsões.

Ou seja, podemos afirmar que a masturbação seria caracterizada, então, no momento em que houvesse a solda entre o autoerotismo e a fantasia. Logo, as atividades masturbatórias eram autoeróticas, implicando que primeiramente era o puro autoerotismo que vigorava e que, apenas posteriormente, são adicionadas as fantasias. O funcionamento autoerótico das pulsões, independente do marco da fantasia, seria o primeiro tempo. Só em um segundo tempo, as pulsões se soldariam à fantasia, às representações psíquicas, compondo-se de masturbação e fantasia.

Freud, seguindo na mesma direção teórica dos textos citados acima, afirma em *Considerações gerais sobre o ataque histérico* (1909/2015) que esses ataques se destinam a substituir uma satisfação autoerótica que foi praticada no passado, isso porque houve a soldura dessa satisfação, anteriormente, autoerótica com a fantasia. Portanto, vemos, mais uma vez que para que o psiquismo avance no autoerotismo é necessária a soldura com a fantasia, formação essa, típica da neurose.

“O surgimento do ataque por elevação da libido e a serviço da tendência primária, como consolo, também repete exatamente as condições em que tal satisfação autoerótica, no passado, foi buscada intencionalmente pelo doente. A anamnese deste revela os seguintes estágios: a) satisfação autoerótica sem conteúdo ideativo; b) a mesma coisa, ligada a uma fantasia que acaba no ato de satisfação; c) renúncia ao ato, conservando a fantasia; d) repressão dessa fantasia, que então, ou inalterada ou modificada e adaptada a novas impressões trazidas pela vida, afirma-se no ataque histérico; e) eventualmente, ela chega a trazer de volta o ato de satisfação que lhe correspondia, supostamente abandonado. Um típico ciclo de atividade sexual infantil: repressão, malogro da repressão e retorno do reprimido.” (Freud, 1909, p. 416)

Essa passagem traz um achado que é extremamente importante para essas pesquisas, pois lendo as formulações de Freud à luz desta referência, interrogamos se haveria no fundamento do recurso à droga, da depressão e da autolesão a

ocorrência de uma perturbação na formação da fantasia e a irrupção da pulsão autoerótica se refletindo diretamente sobre os dois processos constitutivos do psiquismo: Verwerfung (rejeição) e Verdrangung (recalcamento).

Essas formulações são aprofundadas segundo a especificidade do processo de recalcamento a partir de 1915, quando Freud elabora seus ensaios sobre a metapsicologia. É apenas com a formalização conceitual do processo de constituição do psiquismo, tendo-o como agente central do processo de defesa contra a pulsão, que Freud consegue elucidar o que ele teorizou anteriormente como sendo a soldadura da pulsão à fantasia e ao sintoma. Tomando *O Recalcamento* (1915/2015) como referência, o funcionamento psíquico consistiria, resumidamente no seguinte processo lógico-temporal, como mostra a tabela 1 adaptada de Henschel de Lima, Cunha, Sampaio e Zichtl Campos (2021):

Tabela 1: Tempos da Constituição do Psiquismo – Distinção lógico-temporal

|   |
|---|
| <i>Tempo 0</i> : Autoerotismo e experiência alucinatória de satisfação: Funcionamento das pulsões parciais. |
| <i>Tempo 1</i> : Defesa - Ação do recalcamento originário.  |
| <i>Tempo 2</i> : O autoerotismo se funde à fantasia masturbatória/Formação do sintoma.                      |

Fonte: Henschel de Lima, Cunha, Sampaio e Zichtl Campos, 2021

Retomando *As fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade* (1908/2015), percebemos em Freud uma indicação que no Tempo 0 há um funcionamento autoerótico, alucinatório e não soldado à fantasia, evidenciando que autoerotismo e funcionamento da fantasia não ocorrem juntos. Conseqüentemente, entre os tempos 0 e 2, será necessário a ocorrência de um processo que possibilite essa soldadura. E é a ação do recalcamento originário, que promoverá essa fusão do autoerotismo à fantasia e à formação do sintoma.

A partir das referências até aqui mencionadas, interrogamos se as formulações conceituais em Freud apresentadas ao longo dessa sessão, não poderia, atualmente, servir de base para investigar a etiologia de formas de sofrimento psíquico contemporâneo e localizar nessas o caráter aditivo correspondente à essa perturbação do funcionamento pulsional. Lançar luz sobre esse ponto nos permite avançar na direção de propor uma clínica diferencial do sofrimento contemporâneo com base nas referências freudianas à sua etiologia psíquica.

### 3. A FRAGILIZAÇÃO DA FANTASIA E A NEUROSE DE ANGÚSTIA

#### 3.1 ESTADOS DEPRESSIVOS

Segundo Sampaio (2021), a hipótese de algumas formas de sofrimento psíquico contemporâneos, teriam sua etiologia diretamente relacionada a fragilidade da fantasia, como uma tentativa de solução para a angústia que, em função da fragilidade da fantasia, guarda em si grande tonalidade destrutiva, indeterminada e repetitiva. Fragilidade que aparece – e que pode ser observada no processo de constituição do psiquismo – na debilidade da sua soldadura com a pulsão. Esse cenário seria o produtor da neurose de angústia, uma neurose pouco ancorada na fantasia, sem sintoma (histérico, obsessivo e fóbico) com fenomenologias corporais, tais como falta de ar, taquicardia e tremores, cujo afeto tende a não passar pelo psíquico e se esgota no corpo.

A referencia a esta angústia pouco ancorada na fantasia, nos conduz a um retorno a escritos freudianos que remontam ao início da formalização da Psicanálise enquanto marco teórico na década de 1890, no momento de seu primeiro esforço de organização nosográfica. Tal organização origina a distinção entre as neuropsicoses de defesa e as neuroses atuais, que concentram em suas etiologias divergências fundamentais. O grupo das neuropsicoses de defesa evidenciam mecanismos defensivos na base de sua formação sintomática. De acordo com Zichtl Campos (2021) o conceito de defesa define os processos psíquicos presentes nas neuropsicoses de defesa, que operam para afastar da consciência representações psíquicas incompatíveis ou indesejáveis ao Eu e que suscitam afetos aflitivos. A partir deste movimento, há a separação da representação psíquica de seu afeto. Sendo assim, a origem das neuropsicoses na defesa se ergue diante do conflito provocado por duas forças, que exercem exigências contrárias sobre o psiquismo e a partir disso, segundo Freud (1894/1987, p.56): “[...] o eu *transforma essa representação poderosa numa representação fraca*, retirando-lhe o afeto – a soma de excitação - do qual está carregada [...]”. Se por um lado, a centralidade do processo de defesa possibilitou estabelecer uma nosografia das formas clínicas das neuropsicoses de defesa, por outro lado, ela também possibilitou delimitar o grupo nosográfico das neuroses atuais.

As neuroses atuais têm suas etiologias relacionadas a interferências na satisfação sexual da vida atual, sem a mediação de fatores psíquicos relacionados a processos defensivos. No quadro das neuroses atuais, de acordo com a teorização freudiana, torna-se claro que o mecanismo da neurose de angústia é tomado como o modelo de apreensão da angústia. Justamente nas neuroses de angústia, pertencentes ao campo das neuroses atuais, a ausência de elaboração psíquica da tensão sexual somática tem por resultado a transformação direta desta em angústia, sem mediação psíquica. No *Rascunho E* (1894/2006) Freud delimita que a etiologia da angústia nas neuroses atuais apontava para a excitação sexual ou libido, que foi rejeitada ou não tivera sua satisfação estabelecida, encontrando descarga direta sob a forma de angústia. Desta forma, estabelecera-se a hipótese de uma relação estreita entre libido e angústia, em que o acúmulo de libido era descarregado como angústia, subtraindo-se os mecanismos de defesa presentes nas neuropsicoses de defesa. Pois, de acordo com Freud (1894/2006):

“[...] a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física não sendo ligada, é transformada em angústia”. (FREUD, 1894/2006, p. 273)

Somando-se a isso em *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895/2006), Freud estabelece que a neurose de angústia se constitui como resultado dos fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada. As formulações teóricas deste importante texto retificam a ocorrência de uma perturbação na descarga da tensão sexual – fator central da etiologia da neurose de angústia, de acordo com a tese freudiana. O autor avança,

Em primeiro lugar, havia nossa suspeita de que estávamos diante de um acúmulo de excitação; e havia ainda o fato extremamente importante de que não se podia atribuir a nenhuma origem psíquica a angústia que subjaz aos sintomas clínicos da neurose. (FREUD, 1895/2006, p. 105)

Sendo assim, de acordo com Zichtl Campos (2021) Freud circunscreve duas das principais características etiológicas da neurose de angústia: 1. O acúmulo de excitação somática; 2. Este acúmulo de excitação que não tem referência a fatores psíquicos, ou a um conflito defensivo. Sendo assim, a insuficiência de elaboração psíquica, um de seus traços principais, marcando uma cisão entre o afeto de angústia

e sua inscrição psíquica. Há, portanto, uma cisão entre o afeto de angústia e os representantes psíquicos.

O retorno a estes textos nos permite identificar os mecanismos etiológicos da angústia, com a indicação que a neurose de angústia tem por fundamento um acúmulo de excitação que não encontra descarga e que não atravessa a fronteira do somático para o psíquico, revelando o impedimento de elaboração psíquica da tensão sexual ou libido. A demarcação dos principais traços da angústia nas neuroses de angústia aponta para a pesquisa a identificação teórico-clínica de que o núcleo de angústia presente em algumas psicopatologias, como os estados depressivos e a autolesão, pertence à esfera da neurose de angústia.

Questões diversas relacionadas aos estados depressivos ganham muita relevância na atualidade, de forma que à sua expansão atribuiu-se o estatuto de epidemia. Estudos epidemiológicos da World Health Organization (WHO, 2017) divulgou em seu último relatório sobre depressão e outros transtornos mentais que mais de 300 milhões de pessoas em todo mundo sofrem de depressão, e que o Brasil é o país com o maior número de casos na América Latina, somando mais de 11 milhões e atingindo, assim, 5.8% da população brasileira.

Tendo em vista este panorama, observamos o expressivo volume de publicações científicas no Brasil e em outros países do mundo, distribuído por diversas áreas do saber, não se restringindo apenas a Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise. Ressaltamos, então, que não há concordância no meio científico em relação a depressão, seja por sua etiologia, pela forma de tratamento, dentre outros aspectos relacionados a mesma. Desta forma, configura-se neste cenário de concepções dissonantes, debates entre “fundamentos psíquicos e/ou neuroquímicos, neurose ou psicose, estrutura unitária particular ou afeto básico, definições etiológicas e distinções dos quadros, definições dos termos, epidemia atual, doença da alma ou da natureza humana etc” (Teixeira, 2012, p. 11).

Zichtl Campos (2021) demarca uma distinção importante com relação a compreensão da etiologia dos estados depressivos: não é um transtorno em si – conforme se apresenta no DSM-5, por meio da categoria nosológica de transtornos depressivos, mas também não está diretamente identificado com uma estrutura psíquica como é o caso, por exemplo, da neurose e da psicose. Partindo desta questão, outra questão se impõe: de acordo com Quinet (2013) a depressão não é

compreendida como uma entidade clínica, muito menos deve ser considerada como um sintoma no sentido psicanalítico. O sintoma concebido pela psicanálise não é centrado no modelo de compreensão da doença orgânica, como o é no entendimento psiquiátrico. Então, o sintoma é a expressão do conflito psíquico entre as exigências pulsionais e as interdições, que se revela como uma divisão subjetiva no campo das neuroses (Zichtl Campos, 2021). Sendo assim, o autor caracteriza a depressão como “[...]um estado caracterizado por dor, tristeza e falta de vontade. Ela é a perda do brilho que ilumina o viver e que colore o mundo [...]; as trevas do sol negro de Gérard de Nerval são um sinal de seu eclipse” (Quinet, 2013,p. 221). Em consonância com essa referência, optou-se pelo uso do termo estados depressivos. De modo que este estado pode se apresentar nos diferentes contextos clínicos, de maneira transestrutural.

Tendo em vista estas considerações, a pesquisa se direciona para o aprofundamento da investigação sobre a etiologia dos estados depressivos neuróticos no contexto contemporâneo, a partir da hipótese de que as vicissitudes de tais estados revelam o desamparo, a vulnerabilidade do funcionamento psíquico frente à irrupção de angústia.

Com o avanço da investigação cautelosa de alguns pontos em textos clássicos de Freud como, *Rascunho B* (1893/2006); *Rascunho E* (1894/2006); *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895/2006); *Inibições, sintomas e angústia*, (1926[1925]/2014); algumas interrogações se impuseram: 1. A etiologia dos estados depressivos na neurose obedece à lógica de formação dos sintomas? 2. Seria a angústia, não inscrita na cadeia das representações psíquicas, um fator etiológico explicativo dos estados depressivos?

Estas perguntas tem por base a noção de que a presença do declínio do sentimento de vida nos estados depressivos expresso na forma do lamento, da exaustão, da inércia e da experiência de que não há mais nada a dizer, dificultam sua direção de tratamento por escamotear a estrutura psíquica que está em sua base ( Henschel de Lima, Santos Valiante, Barbosa Fernandes e Pedrosa Lopes, 2015).

Sendo assim, se torna imprescindível retomar algumas referências freudianas que reúnem elaborações preciosas sobre a angústia, permitindo importantes contribuições para o estudo dos estados depressivos. No primeiro momento de teorização freudiana sobre a angústia, o isolamento dos principais traços da neurose

de angústia como já mencionado anteriormente neste trabalho, permitiram importantes delineamentos para a pesquisa. Um primeiro ponto essencial fora a localização freudiana (1893/2006), da ausência de elaboração psíquica da angústia nas neuroses atuais, impedida de se inscrever nas malhas representativas e que não evidencia a formação sintomática como no campo das neuropsicoses de defesa.

Com essas colocações, destaca-se um ponto essencial do *Rascunho B* (1893/2006) para a elaboração da hipótese de pesquisa, pois fundamenta primariamente a correlação entre estados depressivos e angústia. Neste texto, Freud localiza a depressão periódica como uma terceira forma de neurose de angústia, como se demonstra no seguinte trecho:

Devo examinar a depressão periódica, como um ataque de angústia com duração de semanas ou meses, como uma terceira forma de neurose de angústia. Essa forma de depressão, em contraste com a melancolia propriamente dita, quase sempre tem uma conexão aparentemente racional com um trauma psíquico. Este, no entanto, é apenas a causa precipitante[...] (Freud, 1983/2006, p. 261)

A partir desta identificação freudiana da depressão periódica como uma neurose de angústia, há uma indicação fundamental para o estabelecimento da hipótese de um núcleo de angústia nos estados depressivos. De fato, como formulado anteriormente, é estabelecida uma interrogação sobre a natureza da relação entre a formação sintomática e os estados depressivos, que sustentou que tais estados se aproximam das neuroses de angústia. De acordo com Zichtl Campos (2021) nestas primeiras elaborações, podemos isolar os seguintes traços da angústia: 1. Angústia sem referência a conflitos psíquicos e processos defensivos, como verificado nas neuropsicoses de defesa; 2. Insuficiência de elaboração psíquica; 3. A não evidência de formações sintomáticas; 4. A não inscrição psíquica.

Estes traços destacados com relação a angústia nas neuroses de angústia se alinham com a associação entre angústia e desamparo no âmbito teórico de um texto bem posterior: *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926[1925]/2014). Neste texto, Freud (1926[1925]/2014) condensa a elaboração de sua segunda teoria da angústia, garantindo lugar de destaque ao nascimento, compreendido como o trauma original. Diante deste trauma, o desamparo é o estado de imaturidade biológica e psíquica que marca a condição dos seres humanos ao nascer. Com este panorama, ele estabelece uma relação entre angústia e desamparo, delineando novos contornos à teoria da angústia, ao marcar com precisão seu estatuto: é a reação original ao desamparo no

trauma do nascimento, sendo reproduzida em situações que apresentassem traços de similaridade com o desamparo.

A localização da angústia como a reação original ao desamparo no trauma permite desdobramentos fundamentais para a teoria da angústia. Á partir disto, Freud (1926[1925] /2011) opera uma distinção entre angústia como um sinal, relacionadas às neuropsicoses de defesa e angústia como uma reação automática, identificadas às neuroses atuais. Esta angústia automática irrompe no funcionamento psíquico por moções econômicas que se assemelham ao trauma original. A associação da angústia automática ao campo das neuroses atuais foi um importante índice para a pesquisa sobre os estados depressivos neuróticos, pois de acordo com a trajetória traçada, identifica-se o núcleo de angústia destes estados, como pertencente a neurose de angústia, uma neurose atual. O que conduziu a investigação a supor esta irrupção da angústia automática no cerne dos estados depressivos.

Esta breve retomada dos principais pontos desta pesquisa, possibilitou identificar que a angústia não inscrita na cadeia de representativa, que se apresenta de forma automática e divorciada da possibilidade de formação de um sintoma como solução para a angústia, estaria na base dos estados depressivos na neurose. Sendo assim, a condução da pesquisa aponta para os estados depressivos como a irrupção da angústia no funcionamento psíquico, sem qualquer evidência de formações sintomáticas que permitissem uma solução para a angústia.

### **3.2 A AUTOLESÃO**

Sampaio (2021) traz que em *Conferências introdutórias à psicanálise*, em particular na *Conferencia XXV - O Estado Neurótico Comum* (1917[1916-1917]/1996), Freud avança na compreensão de que a formação do sintoma é uma tentativa de regulação da pulsão, aparecendo, portanto, como uma tentativa de defesa contra a irrupção da angústia. De modo que, a ascensão da angústia seria inversamente proporcional ao funcionamento do sintoma. Sem deixar de lado o fato de que, o sintoma neurótico não é impeditivo do surgimento da angústia, mas é, sim, impeditivo do seu imperativo no funcionamento psíquico do sujeito, algo próximo ao seu caráter tóxico verificado nas neuroses atuais.

“A angústia pode aparecer, na histeria, como acompanhamento dos sintomas histéricos, ou em alguma situação fortuita de excitação, na qual certamente esperaríamos alguma manifestação de afeto, mas jamais de angústia; ou pode surgir separada de quaisquer fatores determinantes e ser incompreensível tanto para nós como para o paciente, na forma de acesso de angústia isolado.” (Freud, 1917[1916-1917]/1996, p. 105)

Onde a angústia é hegemônica, o funcionamento do sintoma não se verifica. E o funcionamento do sintoma, tomado pela angústia, evidencia uma perturbação na constituição da própria neurose. O que acontece então para que apareçam quadros clínicos que não se adequam a definição de sintoma? Enquanto, na neurose, a pulsão, a princípio, está ligada a uma representação psíquica, a angústia, por sua vez, não pode ser traduzida. O que Freud (1926[1925]/2014) explica como sendo consequência do desamparo frente a uma invasão pulsional, que não possui objeto específico e que não pode de ser elaborada psicicamente.

A partir das articulações à respeito do autoerotismo, do sintoma e da fantasia, assim como a hipótese de que a neurose de angústia seria resultado de uma fragilidade da última, Sampaio (2021) apresenta a hipótese sobre a conjuntura de desencadeamento da autolesão. À saber de que sua etiologia está na ocorrência de uma perturbação na constituição do psiquismo que resultaria em uma experiência de angústia indeterminada, repetitiva, destrutiva, pouco ancorada na fantasia. O recurso à lâmina na autolesão viria no lugar da fantasia, como uma tentativa de solução para essa angústia que, em função da fragilidade da fantasia, guarda a mesma tonalidade destrutiva.

Somando a teorização freudiana a respeito das neuroses atuais, em especial a neurose de angústia, Sampaio (2021) avança o extremo da teoria freudiana, trabalhando textos mais tardios já formulados no quadro do conceito de pulsão de morte<sup>1</sup>, sendo eles: *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924/2011) e *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926[1925]/2014).

Em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926[1925]/2014), munido do conceito de neuroses transferenciais, Freud estabelece uma hipótese sobre a angústia, como um afeto para o qual não houve um destino dado pelo recalçamento. Afirmando ainda que existem outras muitas neuroses que não apresentam indícios de angústia. O autor

---

<sup>1</sup> O conceito de pulsão de morte foi elaborado por Freud em 1920, tendo como marco de sua publicização, o texto *Além do Princípio de Prazer*. A partir de sua elaboração, Freud reestrutura conceitualmente sua concepção dualista do funcionamento pulsional, definindo-o a partir de então, pela distinção entre pulsões de vida (libido e interesse) e pulsão de morte.

exemplifica isso, apontando que casos graves de histeria de conversão, não são acompanhados de angústia. E diz:

Apenas esse fato já nos aconselharia a não ver uma relação muito firme entre angústia e formação de sintomas. De resto, as fobias se acham tão próximas das histerias de conversão que me senti autorizado a classificá-las de “histerias de angústia”. Mas ainda ninguém pôde indicar as condições que determinam se um caso toma a forma de uma histeria de conversão ou de uma fobia, ou seja, ninguém averiguou as condições para o desenvolvimento da angústia. (Freud, 1926 [1925]/2014. p.46)

Essa citação é de fundamental importância porque nela Freud diz justamente que o aparecimento da angústia aponta para uma falha na formação do sintoma, que, de certo modo, deveria dar conta da maior parte da angústia. Isso muito nos interessa, precisamente por conta desta equação formulada por Freud entre angústia e sintoma: a angústia aponta para uma falha na formação do sintoma. Essa equação possibilita localizar na autolesão, indícios de uma angústia que retorna no ponto em que falha a formação do sintoma. A autolesão, temporariamente some com a angústia, mas não oferece uma solução para ela, como as clássicas conversões histéricas. De modo que isso permite afastá-lo do sintoma.

Freud (1926[1925]/2014) aponta que a concepção da angústia, como angústia **diante de** algo. Mas que nela há também uma característica de **indeterminação**. Há nela a **ausência de um objeto específico, uma vez que pode, comumente, aparecer repetidamente como sinal de perigo e de desamparo diante deste perigo**. A importância dessa formulação está justamente no apontamento da angústia como um sinal de desamparo psíquico. A angústia produzida pelo desamparo, se articulada com a teorização da fragilização da fantasia, que já aponta para uma impossibilidade de formação do sintoma. De modo que o sujeito é exposto para uma condição psíquica em que a angústia não pode ser barrada e é, portanto, recorrente. Estaria aí a desestabilização da neurose. E Freud nos dá uma pista de porquê recorre-se a autolesão:

Na dor física há um forte investimento no local dolorido do corpo, investimento esse que podemos chamar narcísico, que aumenta cada vez mais e age sobre o Eu de modo, digamos, “esvaziador”. É sabido que, ao sentir dor em órgãos internos, temos noções espaciais e de outro tipo das partes do corpo envolvidas, que normalmente não são representadas na imaginação consciente. Também o fato notável de que, havendo distração psíquica gerada por um interesse de outra espécie, as mais intensas dores físicas não aparecem (aqui não se pode dizer “permanecem inconscientes”), acha explicação no fato de haver concentração de investimento no representante psíquico do local dolorido do corpo. (Freud, 1926[1925]/2014. p.122)

À luz dessa colocação é possível entender que a autolesão tem papel de produção de dor, e, portanto, ela será a responsável por desviar a atenção do aparelho psíquico – ainda que momentaneamente –, da angústia para a dor, “esvaziando” o sujeito.

O Problema Econômico do Masoquismo (1924/2011), oferece ainda mais avanços no entendimento da razão pela qual a solução da angústia se encontra num ataque direto ao Eu, seu causador. Isso é explicado, especialmente pelo conceito de masoquismo moral. Freud (1924/2011) em uma das suas colocações iniciais sobre o masoquismo moral, afirma que “[...] o masoquismo moral, o masoquismo moral, é digna de nota principalmente por haver atenuado sua relação com aquilo que reconhecemos como sexualidade.” (Freud, 1924/2011, p. 194). Algo que Freud já apontava ao falar sobre as neuroses de angústia.

Freud (1924/2011) ainda permite o afastamento de um entendimento perverso-sádico do corte ao dizer que a volta do sadismo contra o eu, surge justamente quando grande parte da pulsão de morte não encontra destino no mundo externo e nos objetos.

Ao avançar nesse texto, Freud (1924/2011) reconhece que esse sofrimento, voltado ao eu, é produto do movimento pulsional. A agressividade (a pulsão de morte) que não pode ser externada é o que retorna para o Eu. O Eu só se torna alvo dessa agressividade, quando falha a possibilidade de direcioná-la para o meio externo. E, sobre o masoquismo moral, completa: “[...] Seu caráter perigoso se deve ao fato de proceder do instinto de morte, correspondendo à parte deste que escapou de ser voltada para fora como instinto de destruição.” (Freud, 1924/2011 p. 202)

Por fim, retomando nossa pista inicial, sobre um afrouxamento entre sujeito e sexualidade que ocorre no masoquismo moral, acrescento uma nova citação ao que até aqui teorizamos. Freud diz:

“O sofrimento que acompanha a neurose é justamente o fator que a torna valiosa para a tendência masoquista. Também é instrutivo perceber que, contrariamente a toda teoria e expectativa, uma neurose que desafiou todos os esforços terapêuticos pode desaparecer quando a pessoa se envolve na miséria de um casamento infeliz, perde seu patrimônio ou adquire uma temível doença orgânica. Uma forma de sofrimento é então substituída por outra, e vemos que importava apenas poder conservar uma certa medida de sofrimento.” (Freud, 1924/2011. p. 195)

Essa citação é fundamental, uma vez que explicita o movimento substitutivo que pode aparecer dentro do aparelho psíquico: a substituição de uma neurose, por

uma tragédia. Ao falar da substituição de uma neurose por uma “escolha infeliz” ou uma doença orgânica perigosa, Freud (1924/2011) traz à luz uma situação em que o sofrimento do sujeito aparece como substitutivo da neurose. E não seria a autolesão a produção – muitas vezes perigosa – de uma tentativa de solução?

Ao retomar a hipótese inicial de que a etiologia psíquica da autolesão se localiza na ocorrência de uma perturbação na constituição do psiquismo que resultaria em uma experiência de angústia indeterminada, repetitiva, destrutiva, pouco ancorada na fantasia, entende-se que essa experiência irrompe justamente pela impossibilidade da produção de um sintoma que atuaria como solução para a angústia. A escolha do eu, como ponto de “estabilização” se daria por dois motivos: 1. Pela produção da dor; 2. Pela gradativa destruição do próprio corpo, explicada pelo masoquismo moral, que localiza o sujeito como “culpado” das situações que o acometem e do qual não é possível qualquer tipo de defesa.

Desse modo, Sampaio (2021) hipotetiza que ao cortar a pele e ferir o próprio corpo, o sujeito “soluciona” a angústia temporariamente. Essa se estabiliza por um período curto de tempo por meio de um substituto: a dor. Mas, ao passo que a dor cessa, a angústia reaparece e, então, o corte reaparece. Criando um ciclo que não combate a hegemonia da angústia no aparelho psíquico e que, lentamente, conduz o sujeito a destruição do próprio corpo. Sampaio (2021) apresenta caráter inovador em sua hipótese, uma vez que propõe o ponto exato, na constituição do aparelho psíquico, em que está a etiologia da *autolesão*. E que o corte não é sintoma, nem solução concreta. Mas sim uma tentativa falha se solucionar a angústia.

Em síntese, para Sampaio (2021) o recurso à lâmina na autolesão viria no lugar da fantasia, como uma tentativa de solução para essa angústia indeterminada, que viria unida da impossibilidade da produção de um sintoma neurótico que atuaria como solução definitiva para a maior parte da angústia. A autolesão, apareceria como defesa falha contra a angústia – pela via da dor.

#### **4. A FALÊNCIA DA FANTASIA E O RECURSO A DROGA**

Com a finalidade de prosseguir o desenvolvimento teórico aqui realizado, Cunha (2021) avança, portanto, nas formulações à respeito do recurso à droga, retomando os achados anteriores sobre a constituição do psiquismo, demonstrando a

retração pulsional até o autoerotismo no recurso à droga e como essa retração determina a falência da fantasia, uma vez que o psiquismo não avança para a formação do sintoma.

Freud (1908/2015) ao afirmar que a masturbação seria dividida em duas partes, sendo elas a evocação de uma fantasia e o modo como o sujeito irá conduzir sua satisfação sexual, torna a hipótese que fizera sobre o recurso à droga na *Carta 79* (1897/2006) complexa. Ao situar o recurso aditivo à droga como formação substitutiva ao vício primário da masturbação, há uma implicação de que ocorre um curto-circuito na formação da fantasia. Dessa forma, questiona-se se haveria no fundamento do recurso à droga a ocorrência de uma perturbação na formação da fantasia e a irrupção da pulsão autoerótica com seu modo de satisfação alucinatória similar à que Freud (1911/2010) observou na investigação sobre a etiologia da psicose de Schreber.

Com a publicação de *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia [Caso Schreber]* (1911/2010), ancorado no marco da primeira teoria das pulsões, Freud elabora uma hipótese etiológica sobre o desencadeamento da psicose. O desenvolvimento teórico de Freud se complexifica à medida em que sua investigação do Caso Schreber avança para a hipótese claramente formulada de que a etiologia da esquizofrenia reside na retração da pulsão, que abandona o investimento objetal e se fixa no autoerotismo. Dessa maneira teríamos o seguinte caminho: 1. A retração da pulsão, anteriormente investida em outras pessoas e objetos; 2. Sua fixação no autoerotismo; 3. A eclosão dos fenômenos hipocondríacos.

A formulação da distinção entre as formas clínicas da psicose – paranoia e esquizofrenia – que Freud (1914/2010) realiza, situa com precisão a etiologia da esquizofrenia: nela, fica evidente a hegemonia do autoerotismo e coloca, ainda para nós, a hipótese de que na base do recurso à droga, pode estar presente uma fixação no autoerotismo da mesma natureza da que se verifica na esquizofrenia, o que é, para Freud em *Introdução ao Narcisismo* (1914/2010), o fator etiológico da esquizofrenia. Essa formulação torna relevante a retomada das referências mais diretas, em Freud, sobre o recurso à droga à luz da hipótese sobre o funcionamento pulsional mais específico da esquizofrenia.

A leitura de *Luto e Melancolia* (1917[1915]/2010), parece ir na mesma direção dos achados de Freud de 1914, ao especificar o traço estrutural da melancolia:

esvaziamento do Eu por supressão do dispêndio subjetivo com o recalque. Freud (1917[1915]/2010) observa essa supressão também no funcionamento da mania e nos casos de embriaguez alcoólica: “A embriaguez alcoólica, que pertence à mesma classe de estados, poderá — na medida em que for alegre — ser explicada da mesma forma; trata-se provavelmente da suspensão, obtida por via tóxica, do dispêndio com o recalqueamento.” (Freud, 1917[1915]/2010, p. 188). Essa citação nos coloca diante da possível função do recurso ao álcool na psicose: auxiliar na suspensão do recalqueamento. Com isso Freud (1917[1915]/2010), posiciona o recurso ao álcool em relação a suspensão do funcionamento de um processo psíquico com todos os efeitos de liberação da pulsão que essa suspensão possa acarretar.

Isto posto, para Cunha (2021) a embriaguez, resultante do consumo de álcool tem um efeito liberador da pulsão, fazendo com que o recurso ao álcool obedeça à lógica da desestabilização pulsional e, particularmente, à ascensão de uma satisfação autoerótica e de caráter alucinatória. A relação entre autoerotismo e fantasia ganha uma nova dimensão: o autoerotismo é tóxico porque está associado à desestabilização pulsional e a ascensão de um modo alucinatório de satisfação.

Com base nas formulações freudianas sobre o destino da pulsão na psicose, sobre a função da droga na suspensão do recalqueamento, sobre a hegemonia do autoerotismo em ambas as situações e que o mesmo e a formação do sintoma são soluções estruturalmente distintas, Cunha (2021) afirma que o recurso à droga tem ligação direta como funcionamento autoerótico, indicando que o psiquismo não alcançou o Tempo 1<sup>2</sup>, havendo, dessa forma, uma retração pulsional fazendo com que o sujeito recorra a droga como forma de conter a pulsão invasiva em seu corpo. Ou seja, a hipótese de Cunha (2021) evidencia dois pontos de grande relevância para discussão aqui proposta: 1. o recurso à droga está intimamente ligado ao funcionamento autoerótico das pulsões e 2. é clara a perturbação na fusão entre autoerotismo e fantasia, acarretando na falência na formação da fantasia inconsciente.

É ao questionar a ocorrência de uma perturbação na formação da fantasia e a irrupção da pulsão autoerótica com seu modo de satisfação alucinatória, similar à que Freud (1911/2010) observou na investigação sobre a etiologia da psicose de Schreber que foi possível aprofundar a teorização da psicose e, conseqüentemente, sobre o

---

<sup>2</sup> Como exposto na tabela 1.

processo de rejeição. O trabalho conceitual de Freud acerca do funcionamento psíquico da psicose<sup>3</sup> se verifica desde suas cartas trocadas com Fliess (1887-1904). A partir dessas cartas torna-se evidente que sua pesquisa em torno da etiologia do sofrimento psíquico se estende para além da neurose, ainda que esteja submetida à teoria do recalçamento. Freud parte do pressuposto que a etiologia da psicose se explica pela ocorrência de uma defesa contra a invasão da pulsão no psiquismo.

Com a publicação de *Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia Relatado em Autobiografia [Caso Schreber]* (1911/2010) Freud formula um processo psíquico adicional em relação ao recalçamento das pulsões, denominado de rejeição. Para o autor esse processo explicaria que o que foi recusado pode retornar como se fosse algo externo, dessa forma, formula, também, o delírio como a tentativa de reorganização do aparelho psíquico.

Relendo o texto citado anteriormente à luz das referências de *Introdução ao Narcisismo* (1914/2010), é possível especificar a retração pulsional na esquizofrenia: o processo de retração pulsional se estende ainda mais, abandonando completamente o investimento no objeto e se fixando exclusivamente, no autoerotismo e dando origem aos fenômenos hipocondríacos. Dessa forma foi possível identificar na hipótese etiológica da forma clínica da esquizofrenia, os mesmos índices identificados no recurso à droga: a falência da constituição da fantasia inconsciente com o desligamento do investimento pulsional em objetos e pessoas e a retração da pulsão na direção do autoerotismo.

Com a elaboração do conceito de pulsão de morte, Freud (1920/2011) inaugura sua segunda teoria das pulsões, e a partir dessa elaboração as hipóteses formuladas ao longo das referências acima sobre o processo de rejeição e da retração da pulsão formuladas por Freud no contexto da primeira teoria das pulsões não são abandonadas, porém a partir desse novo marco, essas referências são pensadas à luz da teoria da pulsão de morte, em que o paradigma do recalçamento deixa de ser a pedra angular para o entendimento da constituição psíquica da psicose e seu desencadeamento.

É, dessa forma, que Freud em *O Eu e o Id* (1923/2011) trabalhando a partir de uma nova tópica definida pelo Eu, Supereu e Id, e do novo dualismo pulsional confere

---

<sup>3</sup> *As Neuropsicoses de Defesa* (1894/2006); *Rascunho G* (1895/2006); *Rascunho H* (1895/2006); *Rascunho K* (1896/2006); *Observações Adicionais Sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896a/2006).

um novo destino pulsional: a desfusão pulsional. Para Freud a desfusão decorre do desinvestimento pulsional nos objetos e no investimento no Eu. É essa fragilidade do investimento pulsional em objetos e pessoas, com retração até o autoerotismo, que explica a ocorrência da desfusão na psicose (em especial, na esquizofrenia), para além das observações de Freud (1923/2011) sobre a sublimação, conforme elaborado neste texto.

Avançando na investigação sobre a desfusão pulsional e a suposição sobre sua possível ocorrência na psicose, recorre-se ainda ao texto *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924/2011). Nele, Freud afirma que, em alguns casos, a dor e o desprazer já não funcionam mais como advertências ao sujeito, mas como objetivos em si mesmos, em uma espécie de paralisia do princípio do prazer: “o guardião de nossa vida psíquica é como que narcotizado” (Freud, 1924/2011, p. 185). Para Cunha (2021) essa formulação de Freud (1924/2011) revela, para nós, o avanço dado por ele no problema clínico-conceitual da desfusão pulsional para além da sublimação. Em alguns casos, a desfusão revela a retração mais radical do investimento pulsional em relação aos objetos e a fragilidade do princípio de prazer. Assim, da mesma forma que a pulsão de morte força o psiquismo na direção de reestruturar o investimento pulsional nos objetos a partir da sublimação, ela também pode ameaçar o funcionamento psíquico colocando em risco seu funcionamento.

Com o desenvolvimento teórico realizado até o momento podemos afirmar que o recurso à droga apresenta sua consistência em um quadro de funcionamento psíquico com a nítida falência da fantasia e a hegemonia de uma desfusão pulsional que explica tanto a retração da pulsão até o autoerotismo como também a fixação tóxica na pulsão de morte.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste artigo, apresentou-se o desenvolvimento da pesquisa conduzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro através do Laboratório de Psicopatologia Fundamental em Estudos sobre a Subjetividade e Emergências Humanitária. Visou-se com este artigo interrogar a etiologia de formas de sofrimento contemporâneo, com ênfase especial nos estados depressivos, na autolesão e no recurso à droga, à luz das formulações freudianas

sobre a dinâmica pulsional. Trabalhou-se, portanto, a hipótese etiológica da ocorrência de uma perturbação na fusão entre pulsão e fantasia. Trata-se de uma hipótese no campo da psicopatologia psicanalítica, que possibilita uma direção de pesquisa que preserva a referência ao psiquismo no entendimento das formas de sofrimento psíquico no contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

CUNHA, J. S. Índices Psicopatológicos Para o Diagnóstico de Psicose no Recurso à Droga: Uma Formulação a Partir das Referências de Freud. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 166. 2021.

FREUD, S. (1893) Rascunho B. Publicações Pré-Psicanalíticas e esboços inéditos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1990, v. I

FREUD, S. (1894). Rascunho E.. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. I. 2006.

FREUD, S. (1895) Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'. In. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, v. III

FREUD, S. (1897). Carta 79. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. I. 2006

FREUD, S. (1905). Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. In: Obras Completas. São Paulo: Cia das Letras. Vol. 6. 2016.

FREUD, S. (1908). Fantasias Históricas e sua Relação com a Bissexualidade. In: Obras Completas. São Paulo: Cia das Letras. Vol. 8. 2015.

FREUD, S. (1908). Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. VIII. 2006.

FREUD, S. (1909) Considerações gerais sobre o ataque histérico. In: Obras Completas. São Paulo: Cia das Letras. Vol. 8. 2015.

FREUD, S. (1911) Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia [Caso Schreber]. In: Obras completas, volume 10. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1914) Introdução ao Narcisismo. In: Obras completas, volume 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1915). O Recalcamento. In: Obras completas, volume 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010..

FREUD, S. (1917 [1915]) Luto e Melancolia. In: Obras completas, volume 12. São Paulo: Cia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1917[1916-1917]) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXV - O Estado Neurótico Comum. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI. 1996.

FREUD, S. (1923) O ego e o Id. In: Obras completas. São Paulo: Cia das Letras. Vol. 16. 2011.

FREUD, S. (1924) O Problema Econômico do Masoquismo. In: Obras completas. São Paulo: Cia das Letras. Vol. 16. 2011.

FREUD, S. (1926[1925]) Inibição, Sintoma e Angústia. In: Obras Completas. São Paulo: Cia das Letras. Vol. 17. 2014.

HENSCHER DE LIMA, C. CUNHA, J. S. SAMPAIO, T. C. S. M.; ZICHTL CAMPOS, M. S. V. A etiologia psíquica das formas de sofrimento psíquico contemporâneo: depressão, recurso à droga e autolesão. In: Ezequiel Martins Ferreira. (Org.). Psicologia: A Ciência do Bem-Estar. 01ed.Ponta Grossa - Paraná: Atena Editora, 2021, v. 01, p. 26-38.

HENSCHER DE LIMA, C; SANTOS; BARBOSA; PEDROSA. Clínica psicanalítica da neurose histérica na contemporaneidade. In. estudos contemporâneos da subjetividade, 2015, Ano 5, vol. 1, p. 95-107.

QUINET, A. (2013). Psicose e Laço Social: Esquizofrenia, paranóia e melancolia. (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar

SAMPAIO, T.C.S.M. *Cortes na Pele: Analisando a Autolesão à Luz dos Índices de Diagnóstico Clínico da Neurose de Angústia*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 168. 2021.

TEIXEIRA, M, A, R. Das neuroses de transferência às neuroses narcísicas: contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia. Tese (Doutorado em Psicologia), UNESP/Assis, 2012, 395.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017.

ZICHTL CAMPOS, M,S,C,V. Um estudo sobre os estados depressivos à luz da formulação dos índices de diagnóstico de neurose de angústia. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 156. 2021.

## CAPÍTULO 09

### BRINCAR E O INCREMENTO DAS HABILIDADES FÍSICAS FUNDAMENTAIS

**Maria Tainá Alves Figueirêdo**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE  
E-mail: mtainaaf@gmail.com

**Ágna Retyelly Sampaio de Souza**

Universidade Regional do Cariri - URCA  
E-mail: agnaretyelly@hotmail.com

**Anderson dos Santos Oliveira**

Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF  
E-mail: profanderson@frn.uespi.br

**André Luis do Nascimento Mont Alverne**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE  
E-mail: andremukasey@outlook.com

**Anna Karine Queiroga Guimarães**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE  
E-mail: akqueiroga@hotmail.com

**Camilla Ytala Pinheiro Fernandes**

Universidade Regional do Cariri - URCA  
E-mail: camillaytala@hotmail.com

**José Edson Ferreira da Costa**

Secretaria de Educação do Estado do Ceará - SEDUC  
E-mail: edsoncostaef@hotmail.com

**Rosana Cabral Pinheiro**

Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF  
E-mail: sanapinheiro2015@gmail.com

**Wesley Breno Silva Oliveira**

Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF  
E-mail: wesley.breno@discente.univasf.edu.br

**Thamires Santos do Vale**

Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF  
E-mail: tammy\_h12@hotmail.com

**Richardson Dylsen de Sousa Capistrano**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE  
E-mail: richardsoncapistrano@gmail.com

**Resumo:** As experiências motoras são de grande importância para o indivíduo em desenvolvimento como também estão ligadas às brincadeiras, uma vez que são uma das principais atividades corporais realizadas frequentemente pelas crianças, possibilitando-as que as mesmas tenham um bom desenvolvimento motor. Objetivo analisar a relação do brincar e a consistência na realização das Habilidades Motoras Básicas Locomotoras e Manipulativas de Escolares do Ensino Fundamental. O estudo caracterizou-se como descritivo, quantitativo de campo. A amostra foi composta por 20 crianças de ambos os sexos. Para coleta das informações elaborou-se um questionário sobre os hábitos de brincar e brincadeiras diárias, as etapas de desenvolvimento proposto por Gallahue e Ozmun (2001) e o questionário de Valentini e Toigo (2006), sobre as consistências de realização do movimento. Realizou-se cálculos de frequência simples e percentuais. Resultados: Verificou-se que as brincadeiras tradicionais são as mais relatadas, bem como a casa, a rua e a escola são os locais preferidos para essas brincadeiras. Nas habilidades motoras, 10% das meninas precisam praticar o salto horizontal, o arremessar e o quicar e 40% precisam praticar o movimento de rebater. Já os meninos, 10% apresentaram dificuldade em andar, 30% em saltitar e 10% no rebater e quicar. Conclusão: as crianças que brincam no seu cotidiano tem as habilidades melhores desenvolvidas, tendo a experiência como um fator primordial para um bom desempenho dessas habilidades. Sugere-se mais estudo e aprofundamento das relações entre o brincar e o desenvolvimento das habilidades motoras básicas.

**Palavras-chave:** Brincadeiras; Crianças; Desenvolvimento motor; Habilidades Motoras.

**Abstract:** The experience of getting the body to move is greatly important for the development of an individual as well as it is associated to recreational activities since it is one of the main body tasks often performed by kids, which allows such children to acquire good development of physical movement. The objective of this study is to analyze the relationship between recreational activity and how consistent Locomotion and Manipulative Basic Movement Skills is for High School Students. This is a descriptive, quantitative and qualitative field study. The sample was compound of children from both sexes. Data collection was made by means of questionnaire asking about recreational habits and everyday play activities – development steps proposed by Gallahue and Ozmun (2001) and the questionnaire of Valentini and Toigo (2006), about the consistency of movement performing. Simple and percentage frequency calculus was made. Results: it was noticed that traditional recreational activities were the most mentioned, and also, house, street and school are the favorite places to hold these play activities. As for physical movement skills, 10% of girls need long jump, throwing and bouncing training and 40% need practice on return hitting the ball. As for the boys, 10% had a hard time on walking, 30% on jumping and 10% on bouncing and return hitting. As a conclusion, children who play every day have their skills better developed, having the body movement experience as a key factor for a proper performance such skills. It is suggested further studies and an in-depth research on the relationship between recreational activities and the basic body movement skills development.

**Keywords:** Play; Children; Motor development; Motor skill.

## 1. INTRODUÇÃO

As brincadeiras populares, importantes para o desenvolvimento das habilidades motoras básicas das crianças, são atividades que não podem ser vistas apenas como forma de distração ou entretenimento para o indivíduo. O brincar além de contribuir para desenvolver determinadas habilidades motoras, também contribui para estruturação do 'ser social'. No momento da brincadeira as crianças constroem relações, expõem sentimentos e aprimoram a autonomia para realizar as atividades.

Segundo Santos (1999) *apud* Dallabona e Mendes (2016) o brincar pode ser entendido em cinco dimensões distintas a filosófica, e sociológica a psicológica, criatividade e a pedagógica.

1- do ponto de vista filosófico, o brincar é abordado como um mecanismo para contrapor à racionalidade. A emoção deverá estar junta na ação humana tanto quanto a razão; 2 - do ponto de vista sociológico, o brincar tem sido visto como a forma mais pura de inserção da criança na sociedade. Brincando, a criança vai assimilando crenças, costumes, regras, leis e hábitos do meio em que vive; 3 - do ponto de vista psicológico, o brincar está presente em todo o desenvolvimento da criança nas diferentes formas de modificação de seu comportamento; 4 - do ponto de vista da criatividade, tanto o ato de brincar como o ato criativo está centrado na busca do "eu". É no brincar que se pode ser criativo, e é no criar que se brinca com as imagens e signos fazendo uso do próprio potencial; 5 - do ponto de vista pedagógico, o brincar tem se revelado como uma estratégia poderosa para a criança aprender.

Desta forma, pode se perceber que as brincadeiras vão muito além de todo processo de interação social, não sendo apenas para fins motores, mas através destas atividades, várias funções encontram-se interligadas e trabalhadas em conjunto, podendo ser analisadas individualmente, mas não exercidas sem ligação uma com as outras.

Diante de tantas funções e habilidades que podem ser observada em uma atividade lúdica e descompromissada das crianças, nosso enfoque neste trabalho é pautado nas funções motoras, sendo apresentado por Gomes (2009):

Motor é tudo que impulsiona, faz mover, põe em movimento. A motricidade (do latim motus) deve ser entendida, do ponto de vista fisiológico, como a propriedade que certos neurônios possuem de determinar a contração muscular quando excitados, os quais seriam responsáveis pela ação motora [...]. (p. 131).

Com isso, através das brincadeiras podemos observar os movimentos apresentados e que podem ser explorados nelas, cada atividade pode desenvolver habilidades específicas, como atividades que desenvolvam mais a capacidade de

correr, outras, de caminhar, pular, entre outras. Existem atividades que podem exercer apresentar habilidades motoras não tão específicas, sendo exploradas diversas habilidades, que causam um determinado equilíbrio da ação. Brincadeiras como pega-pega e bola podem exercer tanto as funções de corrida, como caminhada e até mesmo a prática do pular, tudo em uma mesma brincadeira.

As brincadeiras populares durante décadas estiveram presentes no cotidiano das crianças, contudo, sofreram modificações ao decorrer do tempo. Hoje as crianças quando se encontram nas ruas, realizaram atividades sem tanto movimento como antigamente, e as atividades que exigiam e exigem mais movimento não perderam sua importância no desenvolvimento das habilidades motoras básicas.

Brincar na rua é em muitas cidades do mundo uma espécie em vias de extinção. As mudanças sociais ocorridas nos últimos 20 a 30 anos alteraram significativamente a estrutura de vida familiar. Os hábitos quotidianos transformaram-se radicalmente, os ritmos e as rotinas das crianças também. O tempo espontâneo, da imprevisibilidade, da aventura, do risco, do confronto com o espaço físico natural, deu lugar ao tempo organizado, planejado, uniformizado (NETO 2000, p.1).

Atualmente é mais difícil encontrar crianças brincando nas calçadas. A substituição das brincadeiras pela tecnologia, a violência nos centros urbanos e a depreciação dos espaços públicos implicam diretamente nas mudanças do hábito diante do brincar. Pode-se perceber um grande número de crianças sedentárias, obesas, com problemas de comunicação e saúde devido à redução de atividades que antes eram praticadas com frequência. Hoje, encontramos comumente crianças fazendo uso de celular, correndo e caminhando pouco. Dificilmente temos que parar o carro ou diminuir a velocidade devido às crianças estarem jogando bola no meio da rua, fica cada vez mais difícil encontrarmos essa cena em nosso cenário atual globalizado e sedentário. Müller *apud* Arruda e Müller (2010) afirma que nos cotidianos infantis de “[...] pobres e ricos há entre outros, esta diferença: uns brincam com o que desejam brincar e os outros brincam com o que tem e principalmente com o que não tem” (p.3). É claro o entendimento de que muitas crianças que ainda não estão com a tecnologia facilmente presente em seu cotidiano, podem ainda continuar com a tradição de família, em brincar nas calçadas. Observando em um parâmetro bem amplo, até mesmo nos interiores do Estado, não vemos mais com tanta frequência tantas atividades que exijam movimento motor frequente. Esta problemática inibe e

coíbe cada vez, nossas crianças na exceção e melhoria de suas habilidades que exijam movimento e coordenação motora.

Diante do exposto o presente estudo teve como objetivo analisar a relação do brincar e a consistência na realização das Habilidades Motoras Básicas Locomotoras e Manipulativas de Escolares do Ensino Fundamental.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 Caracterização do Estudo**

Essa pesquisa é de caráter descritivo, com abordagem quantiquantitativa, de campo. A amostra foi do tipo não-probabilística intencional. Onde de acordo com Mattar (p. 132) é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo.

### **2.2 População e amostra**

A amostra foi composta por 20 crianças de ambos os sexos, sendo 10 meninas e 10 meninos, estudantes do terceiro, quarto e quinto ano do ensino fundamental da Escola de 134 Ensino Fundamental São Pedro, localizado na cidade de Juazeiro do Norte, CE.

### **2.3 Instrumentos e variáveis de estudo**

Inicialmente foi elaborado um questionário pelos aplicadores com oito questões complementares com intuito de investigar intencionalmente as suas brincadeiras diárias, assim como também os tipos, locais, e se em grupo ou sozinha.

Também utilizou-se um teste proposto por Gallahue e Ozmun (2001) onde o mesmo possui duas etapas, um auto avaliativo em que consiste em avaliar sua capacidade de realizar a habilidade, bem como, sua afinidade em realizar esses movimentos. O teste consta 10 ilustrações em que os alunos iriam marcar se conseguiam fazer ou não conseguem realizar, bem como foram aplicados testes de

habilidades básicas locomotoras e manipulativas (Quadro 01), como também, se gostavam ou não de realizá-las. Em contrapartida, os aplicadores do teste depois de estudos sobre o desenvolvimento humano, fizeram uma análise, 146 se todos os participantes conseguiram ou não realizar o movimento de forma correta, mas sem a intervenção dos aplicadores usando como critério o questionário de Valentini e Toigo (2006).

Quadro 1: Habilidades Motoras Básicas de Locomoção e Manipulação

| <b>LOCOMOTIVAS</b> | <b>MANIPULATIVAS</b> |
|--------------------|----------------------|
| Caminhar           | Arremessar           |
| Correr             | Receber              |
| Salto Horizontal   | Chutar               |
| Saltitar           | Rebater              |
| Deslizamento       | Quicar               |

Fonte: Os autores

## 2.4 Procedimentos utilizados na coleta de dados

O estudo realizou-se na escola de Ensino Fundamental São Pedro, localizada no município de Juazeiro do Norte – Ceará, na rua Santa Rosa, Nº 876, Salesianos. A escolha baseou-se no critério de viabilidade de realização da pesquisa, pela facilidade de acesso à escola e pelo interesse dos docentes. Inicialmente foi realizado um contato pessoal com a direção, onde foi explicado o objetivo da pesquisa e também solicitar a sua colaboração nesta. Após isso foi agendado a data e horário para aplicação do questionário e teste. Os questionários foram aplicados nas salas de aula, durante os dez minutos iniciais. Ao responder foram todos os alunos das séries selecionadas, que estivessem presentes no momento da aplicação do questionário para o anexo da escola, onde funcionam as aulas práticas da referida disciplina, para realização das habilidades propostas pelos os aplicadores. Todos os participantes (responsáveis) assinaram o TCLE, seguindo as diretrizes de pesquisa com seres humanos Resolução CNS Nº 466/12.

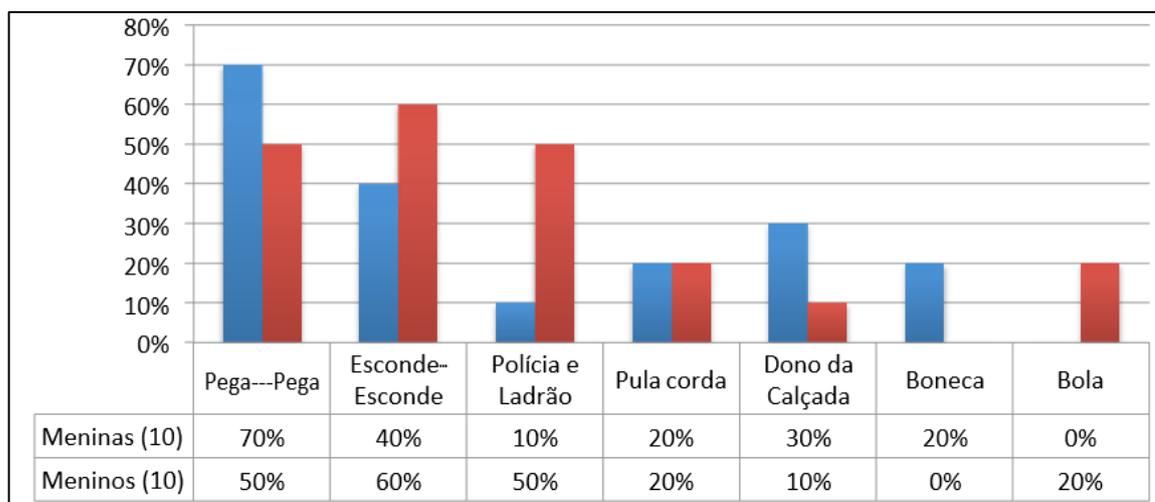
## 2.5 Plano Analítico

Para a tabulação dos dados utilizou-se o programa *Excel for Windows 2010*®, onde realizou-se cálculos de frequência simples e percentuais. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na figura 01 são verificadas as brincadeiras mais comuns entre as crianças. Ao observar a figura constata-se que as brincadeiras são bem tradicionais. Pode-se dizer que isto é um ponto positivo, uma vez que, em uma sociedade repleta de tecnologia, as crianças ainda têm as brincadeiras tradicionais como sendo suas prediletas, ajudando na preservação desta cultura popular.

Figura 1: Brincadeiras mais praticadas entre as crianças

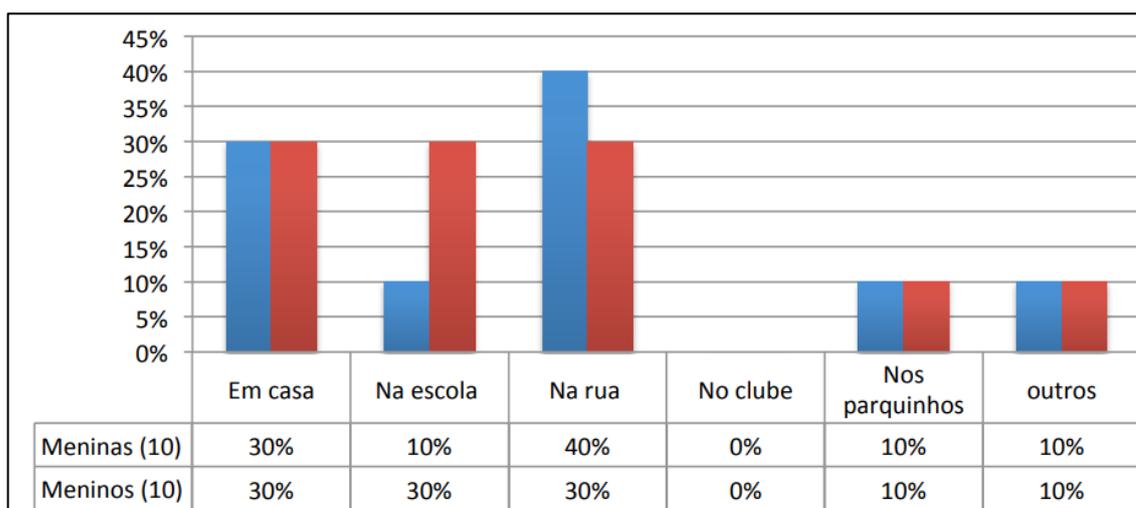


Fonte: Os autores

Questões relacionadas ao gênero e a idade, influencia na percepção dos jogos e das brincadeiras. As mesmas vão se modificando em função do tempo, para Bernardes (2005) na primeira infância a um predomínio das brincadeiras de rodas, tais como ciranda cirandinha, atirei o pau no gato e canoa virou. Contudo outros jogos mais tradicionais fazem parte do seu dia a dia, dentre esses podemos citar, pula corda, amarelinha, esconde esconde, bandeirinha e estátua. Verifica-se que essas brincadeiras tradicionais também fazem parte do cotidiano das crianças pesquisadas.

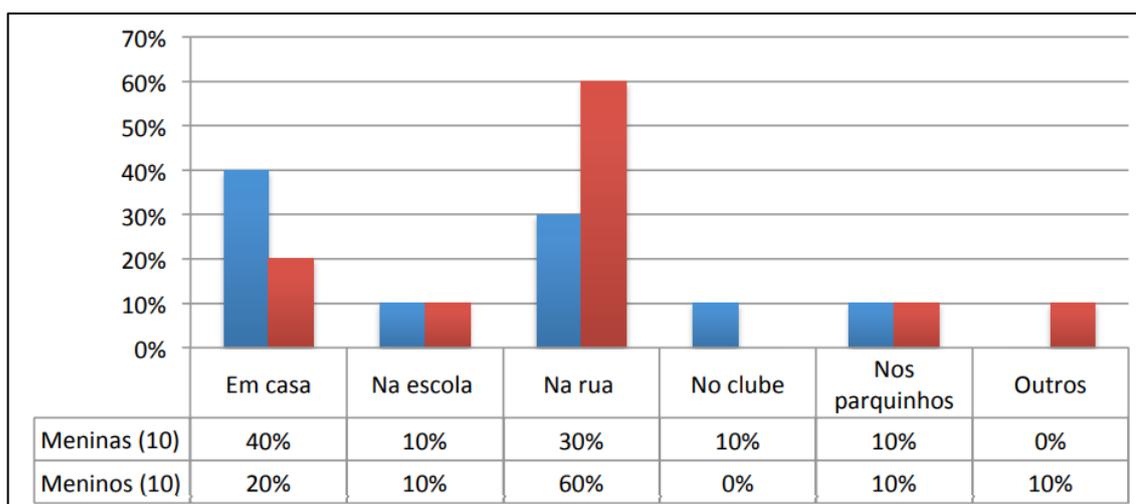
Na figura 2 mostra os lugares onde as crianças costumam brincar. Verificou-se que números iguais de meninos e meninas têm o hábito de brincar em casa. Já na escola, há uma maior predominância dos meninos. O que se destacou foi a maior porcentagem do número de meninas para brincar na rua, apesar do número de meninos ter sido relevante mesmo não sendo igual. E nos clubes, parquinhos e outros lugares houve caráter menos predominante de ambos os sexos.

Figura 2: Lugar onde as crianças costumam brincar



Fonte: Os autores

Figura 3: Lugar onde as crianças gostariam de brincar



Fonte: Os autores

Fazendo um comparativo entre a figuras 2 e 3 é possível afirmar que há uma certa divergência, não atendendo por completo as expectativas e querer das crianças em relação ao local de brincar.

Ao analisar as figuras 2 e 3 o resultado foi o esperado em relação a figura 1, uma vez que nas figuras 2 e 3 a rua foi o local mais apontado pelas crianças de ambos os sexos. Matsudo (*apud* NETO *et al.* 2004) afirma que as características da sociedade atual, em que as crianças são diferentes das de duas décadas atrás: já não brincam mais livremente pelas ruas das cidades dado o problema de falta de segurança, levando os pais a privar cada vez mais os filhos dos espaços livres, fazendo com que cada vez menos as crianças utilizem o corpo para explorar e descobrir o mundo que as rodeia. Já esta pesquisa mostrou que as crianças que participaram da pesquisa são umas das poucas que não foram privadas de brincar nas ruas, mantendo viva as brincadeiras tradicionais da sua região e tendo ainda a oportunidade de desfrutar de espaços livre para trabalhar de forma lúdica o corpo desenvolvendo e/ou aperfeiçoando suas habilidades motoras.

Quadro 2: Representabilidade das Habilidades Motoras Realizadas pelas Crianças

| HABILIDADES MOTORAS | HABILIDADES CONSISTENTES |              | PRECISA PRATICAR |              |
|---------------------|--------------------------|--------------|------------------|--------------|
|                     | MENINAS (10)             | MENINOS (10) | MENINAS (10)     | MENINOS (10) |
| ANDAR               | 100%                     | 90%          | 0%               | 10%          |
| CORRER              | 100%                     | 100%         | 0%               | 0%           |
| SALTO HORIZONTAL    | 90%                      | 100%         | 10%              | 0%           |
| SALTITAR            | 100%                     | 70%          | 0%               | 30%          |
| DESLIZAMENTO        | 100%                     | 100%         | 0%               | 0%           |
| ARREMESSAR          | 90%                      | 100%         | 10%              | 0%           |
| RECEBER             | 100%                     | 100%         | 0%               | 0%           |
| CHUTAR              | 100%                     | 100%         | 0%               | 0%           |
| REBATER             | 60%                      | 90%          | 40%              | 10%          |
| QUICAR              | 90%                      | 90%          | 10%              | 10%          |

Fonte: Os autores

Ao analisarmos todas as habilidades motoras de locomoção e manipulação realizadas pelas crianças, obtivemos os seguintes dados: 10% das meninas precisam praticar o salto horizontal, bem como o arremessar e o quicar, e 40% precisam praticar o movimento de rebater. Já os meninos, 10% apresentaram dificuldade em andar, 30% em saltitar, e 10% no rebater e quicar. Ressaltando que as dificuldades em realizar estes movimentos foi encontrado em minoria das crianças de ambos os sexos, como também na minoria das habilidades propostas no teste. A partir do que foi exposto, é possível afirmar, que a maioria das crianças apresenta um bom desempenho ao realizar as habilidades motoras. Segundo Gallahue e Ozmun (2005) cada indivíduo tem um tempo peculiar para a aquisição e para o desenvolvimento de habilidades motoras. Embora o "relógio biológico" seja bastante específico quando se trata da sequência de aquisição de habilidades motoras, o nível e a extensão do desenvolvimento são determinados individual e dramaticamente pelas existências da tarefa em si. Diante deste conceito, pode-se dizer que ele justifica o fato de algumas crianças terem tido algumas dificuldades apesar de terem a faixa etária bem próxima.

#### **4. CONCLUSÃO**

Quanto às brincadeiras verifica-se que as crianças costumam brincar de jogos e brincadeiras tradicionais. A rua, o ambiente doméstico e a escola são os locais preferidos para essas práticas.

Quanto às habilidades motoras verificou-se que estão consistentes em sua realização, porém alguns resultados demonstraram uma necessidade de mais prática.

Considerando a relação entre o brincar e as habilidades motoras, percebeu-se que as crianças que brincam no seu cotidiano tem as habilidades melhores desenvolvidas, ou seja, seguem o ciclo correto do seu desenvolvimento, tendo a experiência como um fator primordial para um bom desempenho dessas habilidades.

Portanto, pode-se dizer que as brincadeiras executadas pelas crianças no seu dia-a-dia, favorecem para o bom desempenho das suas habilidades motoras, ficando notória a importância das brincadeiras, em especial as de rua, no desenvolvimento motor das mesmas.

Sugere-se mais estudo e aprofundamento das relações entre o brincar e o desenvolvimento das habilidades motoras básicas.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, F. M; MULLER, V. R. Brincadeiras e espaços urbanos: um estudo da prática lúdica de crianças de diferentes classes sociais da cidade de Maringá - PR. **Licere**. v. 13, n. 4, p. , 2010.

BERNARDES, Elizabeth Lannes. Jogos e brincadeiras: ontem e hoje. **Cadernos de História da Educação**. n. 4, p. 45-54, 2005. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/che/article/view/384/365> . Acesso em: 31 mai. 2016

DALLABONA, S. R; MENDES, S. M. S. O lúdico na educação infantil: jogar, brincar, uma forma de educar. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**. v. 1, n. 4, p. 107 112, 2004. Disponível em:<https://conteudopedagogico.files.wordpress.com/2011/02/o-lidico-na-educao-infantil.pdf> . Acesso em: 31 mai. 2016.

GALLAHUE, D.L; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Porte Editora, 7ª ed, p. 481, 2005.

NETO, C. O jogo e tempo livre nas rotinas de vida quotidiana de crianças e jovens. **Seminário de Tempos Livres: A Criança, o Espaço, a Ideia**. p. 11-20, 2000. . Disponível em: <file:///C:/Users/sanap/Downloads/O%20JOGO%20E%20TEMPO%20LIVRE%20NAS%20ROTINAS%20DE%20VIDA%20QUOTIDIANA%20DE%20CRIAN%C3%87AS%20E%20JOVENS.%20Carlos%20Neto.%20Faculdade%20de%20Mocidade%20Humana%20Universidade%20T%C3%A9cnica%20de%20Lisboa.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

NETO, Antonio Stabelini. *et al.* Relação entre fatores ambientais e habilidades motoras básicas em crianças de 6 e 7 anos. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. Ano 3, n. 3, p. 165 140, 2004. Disponível em:[https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Cursos/Educacao\\_Fisica/REMEFE-3-3-2004/art11\\_edfis3n3.pdf](https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Cursos/Educacao_Fisica/REMEFE-3-3-2004/art11_edfis3n3.pdf) . Acesso em: 27 set. 2016.

VALENTINI, N.C.; TOIGO, A. **Ensinando Educação Física nas séries iniciais: desafios e estratégias**. Canoas: Salles Editora, v. 500, p. 152, 1. ed. 2005.

## CAPÍTULO 10

### ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: A COMPREENSÃO DAS CAUSAS

**Thamyris Andrade de Oliveira**  
Biomédica

**Resumo:** A anemia hemolítica autoimune é uma doença caracterizada pela presença de autoanticorpos dirigidos contra estruturas presentes na membrana eritrocitária, que são detectados e reconhecidos pelo sistema reticulo-endotelial e geram a destruição precoce dos eritócitos. Essa produção de autoanticorpos se dá porque o sistema imune adaptativo sofre uma provável falha no seu mecanismo supressor, e passa a reconhecer antígenos do próprio corpo como substâncias estranhas e iniciam uma resposta autoimune com o objetivo de eliminá-las. O diagnóstico imunohematológico é feito através do Teste de Antiglobulina Direto, também chamado de Coombs Direto. Além disso, podem ser solicitados a pesquisa de aloanticorpos aderidos aos anticorpos, o Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA), e o Teste direto de Polybrene (TPD). O tratamento é baseado na eliminação da causa subjacente, quando esta existir, administração de anticorpos monoclonais, fármacos imunossupressores, e esplenectomia, em alguns casos.

**Palavras-chave:** Anemia hemolítica autoimune; Doença das crioglobulinas; Tratamento.

**Resumo:** Autoimmune hemolytic anemia is a disease characterized by the presence of autoantibodies directed against structures present in the erythrocyte membrane, which are detected and recognized by the reticulo-endothelial system and cause early erythrocyte destruction. This production of autoantibodies occurs because the adaptive immune system suffers a probable failure in its suppressor mechanism, and starts to recognize the body's own antigens as foreign substances and initiate an autoimmune response in order to eliminate them. The immunohematological diagnosis is made through the Direct Antiglobulin Test, also called Direct Coombs. In addition, the search for alloantibodies adhered to the antibodies, the Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA), and the Direct Polybrene Test (TPD) may be requested. Treatment is based on eliminating the underlying cause, if any, administration of monoclonal antibodies, immunosuppressive drugs, and splenectomy, in some cases

**Palavras-chave:** Autoimmune hemolytic anemia; Cryoglobulin disease; Treatment.

## 1. INTRODUÇÃO

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é um distúrbio hematológico caracterizado pela destruição de hemácias por autoanticorpos. A AHAI pode ser classificada de acordo com sua etiologia, primária ou secundária, sendo a forma primária mais comum ou de acordo a temperatura de reatividade dos anticorpos aos eritrócitos: autoanticorpos quentes (temperatura 37°C) ou frios e temperatura entre 4-18°C. Ainda existe a AHAI de forma mista, onde há o predomínio dos dois tipos de anticorpos. A anemia hemolítica (AH) induzida por fármaco. Anos atrás, os fármacos mais frequentemente associados à AH eram a metildopa e a penicilina<sup>1</sup>; entretanto na última década, houve o aumento da incidência de AH relacionada às cefalosporinas de segunda e terceira geração.

Sintomas mais comuns: dispnéia, fadiga, palpitações e cefaléia, com curso de doença variável. O paciente pode cursar assintomático ou desenvolver quadros de astenia e inapetência, letargia, confusão e dispnéia, esplenomegalia <sup>(1)</sup>

O paciente pode cursar assintomático ou desenvolver quadros de astenia, inapetência, letargia, confusão e dispnéia.

Ao exame físico, os pacientes podem apresentar sinais de descompensação da doença.

O uso de medicamentos, infecções virais, infecção pelo HIV, lúpus eritematoso sistêmico, linfomas não Hodgkin, leucemia linfóide crônica são as principais condições clínicas relacionadas com esse tipo de AHAI (HOFFMAN, 2009; LEAF et al. 2017)

Os exames: hemograma, dosagem de reticulócitos, desidrogenase lática (DHL), bilirrubina total e frações de sangue periférico e coombs direto. Provas de hemólise, anemia hemolítica os quais seriam: elevação de bilirrubina indireta, aumento do DHL, presença de esferócitos no esfregaço de sangue periférico e teste de coombs direto positivo para IgG e/ou C3d. <sup>(2)</sup> Os exames laboratoriais utilizados para o diagnóstico da doença são exames hematológicos e bioquímicos; os testes imunohematológicos mais utilizados para detecção da doença são teste direto da anti-globulina humana (TAD), Teste de antiglobulina indireto (TAI) e Pesquisa de aloanticorpos aderidos a autoanticorpos; os testes de imunoensaio mais utilizados são Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) e o Teste direto de Polybrene (TPD).

Quando é clinicamente indicado, o tratamento da AHAI pode incluir glicocorticóides, esplenectomia, agentes imunossupressores e transfusão de glóbulos vermelhos. Pacientes que necessitam de transfusão sanguínea pois ocorre dificuldade na identificação de concentrado de hemácias (HC) compatíveis exigindo técnicas específicas de aplicação da hemoterapia para minimizar as chances de gerar reações transfusionais além de tratamento.

## **2. METODOLOGIA**

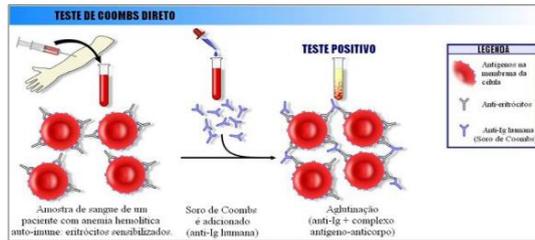
Realizou-se uma pesquisa bibliográfica através de análise detalhada de materiais publicados na literatura anteriormente, examinando tópicos sobre a anemia hemolítica, sua fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Foram utilizadas as bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e SciELO. Os artigos selecionados foram publicados nos últimos 15 anos, sem restrições quanto ao idioma. As palavras-chaves utilizadas foram anemia hemolítica autoimune, diagnóstico, tratamento, citopenias autoimunes, e suas respectivas traduções na língua inglesa.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nas anemias hemolíticas, a medula óssea se mostra excepcionalmente hiperplásica. Os eritroblastos, que normalmente constituem menos de 20% das células da medula óssea, chegam a 60% ou mais, e este dado é fundamental para a monitorização da eritropoiese. Durante a anemia hemolítica, a produção de eritrócitos pode ser seis a sete vezes maior que a produção normal. (1) AHAI foi apenas definida pela presença dos cinco critérios seguintes: queda acentuada dos níveis de hemoglobina (acima de 2 g/dl), reticulocitose, aumento de DHL, aumento de bilirrubina indireta e teste de Coombs positivo; púrpura trombocitopênica foi definida pela presença de sangramento e trombocitopenia (plaquetas abaixo de  $100.000/\text{mm}^3$  por um período mínimo acima de um mês); leucopenia e linfopenia com leucócitos e linfócitos abaixo de  $4.000/\text{mm}^3$  e  $1.500/\text{mm}^3$ , respectivamente.

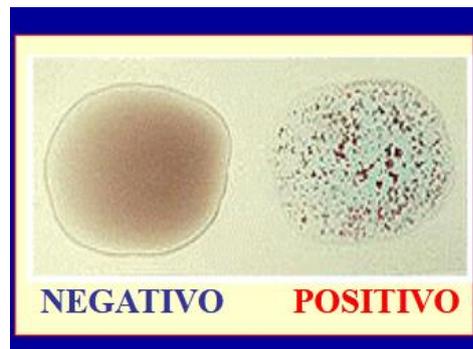
É caracterizada pela destruição precoce das hemácias devido à fixação de imunoglobulinas ou complemento na superfície da membrana das hemácias. Detectada através do Teste de Coombs

Figura 1: Resultados e Discussão



Fonte: BOLDIN; FALCÃO E PASQUININI

Figura 2: Resultados e Discussão

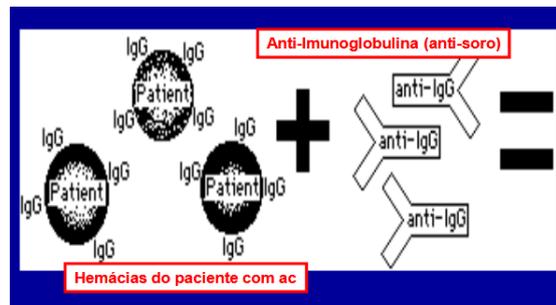


Fonte: CAMARA, BRUNNO

O teste de Coombs direto detecta anticorpos fixados na superfície das hemácias do paciente. As hemácias são incubadas com anti- imunoglobulina humana (anti-IgG). Se houver anticorpos nas hemácias, ocorrerá a aglutinação.

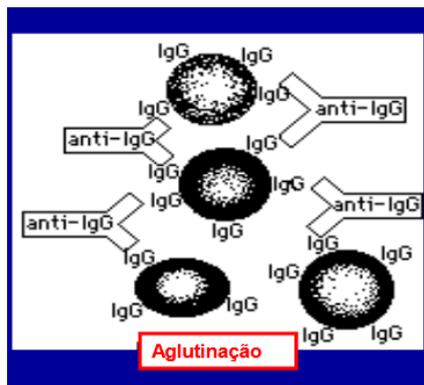
O teste de Coombs direto (TCD) tem sido empregado para demonstrar a sensibilização de hemácias in vivo auxiliando o diagnóstico de AHA. O soro de Coombs poliespecífico contém, obrigatoriamente, anticorpos com atividade anti IgG e anti C3d, podendo conter, também atividade anti C4, anti IgM e anti IgA.

Figura 3: Resultados e Discussão



Fonte: MORSELLI

Figura 4: Resultados e Discussão



Fonte: MORSELLI

A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) pode-se apresentar de forma primária (idiopática) ou secundária a doenças difusas do tecido conjuntivo (DDTC), infecções, neoplasias linfoprolifera-tivas ou induzida por drogas. O mecanismo pato-gênico da AHAI se dá pela destruição extravascular dos eritrócitos, mediada por autoanticorpos dirigidos contra antígenos da superfície dessas células. Esses anticorpos são principalmente da classe IgG, também chamados de “anticorpos quentes”. Alternativamente, pode haver anemia hemolítica de fundo auto-imune com participação de anti-corpos IgM fixadores de complemento e hemólise intravascular (anticorpos frios).

Todos os eritrócitos possuem certa quantidade de imunoglobulina G (IgG) ligada à sua superfície. Habitualmente, indivíduos normais possuem menos de 50 moléculas de IgG por glóbulo vermelho, enquanto, geralmente, as hemácias de pacientes com AHAI estão recobertas com grande quantidade de IgG .

Doenças linfoproliferativas e infecciosas como micoplasma são causas desse tipo de anemia hemolítica.

Classificação das anemias hemolíticas imunes 1- Anemia Hemolítica auto-imune (AHAI) 2 – Anemia Hemolítica imune induzida por drogas podem induzir a formação de anticorpos dirigidos contra às proteínas da membrana eritrocitária formando imunocomplexos.

Anemia hemolítica induzida por droga: 1-Adsorção de droga (penicilina, cefalosporina) 2-Formação de imunocomplexos (quinidina, cefalosporina) 3-Adsorção imunológica de proteínas(cefalotina) 4-Indução de auto-imunidade (metildopa, procainamida) entre outras.

O mecanismo proposto para explicar a AH induzida por fármaco inclui: adsorção, formação de imunocomplexos, modificações de membrana celular e formação de anticorpos. Os anticorpos produzidos podem reagir com o fármaco, com o complexo fármaco-hemácia ou apenas com a membrana da hemácia. A apresentação clínica é comumente abrupta, com palidez, taquipneia, insuficiência cardiorrespiratória e choque. Insuficiência renal aguda (IRA) foi relatada em 41% dos casos. A hemo-globinúria resultante da hemólise é nefrotóxica particularmente. A AH induzida pelo ceftriaxona tende a ser mais aguda e grave em crianças quando comparada com adultos, sendo iniciada imediatamente após a infusão ou dentro de um período máximo de 45 minutos. quando acomete o túbulo proximal. O tratamento mais efetivo de pacientes que desenvolvem AH relacionada ao fármaco é a sua imediata descontinuação.

A esplenectomia é usualmente a segunda linha no tratamento de pacientes que não respondem a corticosteroides ou que necessitam de altas doses (uso crônico) para controle da doença.

O princípio desta terapia é a remoção do principal sítio de hemólise extravascular. Em cerca de 50% dos pacientes submetidos a esplenectomia, o uso de corticosteroide ainda será necessário, porém em doses inferiores àquelas utilizadas anteriormente ao procedimento.

Acompanhamento pós-tratamento .Os pacientes com AHAI idiopática devem ser acompanhados ao longo de toda a vida, uma vez que o curso da doença é normalmente crônico. Os com AHAI secundária, em especial aqueles associados a medicamentos e pós-infecciosos, têm bom prognóstico, sendo a recorrência incomum. O acompanhamento deve buscar sinais e sintomas de anemia. A avaliação laboratorial deve aferir níveis de hemoglobina e provas de hemólise, buscando indícios laboratoriais de recorrência.

#### **4. CONCLUSÃO**

Reações adversas a fármacos são um grande problema clínico, somando 2% a 6% de todas as admissões hospitalares

Anemia hemolítica autoimune (AHAI) induzida por cefalosporinas é rara. Entretanto, na última década, as cefa-losporinas de 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> geração têm sido a causa mais comum de AH fármaco induzida.

A esplenectomia é usualmente a segunda alternativa no tratamento de pacientes que não respondem a corticosteroides ou que necessitam de altas doses (uso crônico) para controle da doença. Desta forma, a retirada do baço promove a remoção do principal sítio primário de hemólise extravascular, além de diminuir a produção de anticorpos.

A transfusão de concentrados de hemácias deverá ser reservada para pacientes em crise aplásica ou hemólise grave.

## REFERÊNCIAS

1. Bordin JO. Anemias hemolíticas imunes. In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. Hematologia: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 329-37.
2. Rose W, Bussel J, Ortel T. Challenges in managing autoimmune disease. In: McArthur JR, Schechter GP, Platt OS, editors. Hematology. Washington (DC): American Society of Hematology; 1997. p. 92-4. [The American Society of Hematology Program Book]
3. Petz LD, Garratty G. Management of autoimmune hemolytic anemias. In: Petz LD, Garratty G, editors. Acquired immune hemolytic anemias. New York: Churchill Livingstone; 1980. p. 392-440.
4. Schwartz RS, Berkman EM, Silberstein LE. Autoimmune hemolytic anemias. In: Hoffman RH, Benz EJ Jr, Shattil SJ, Furie B, Cohen HJ, Silberstein LE, editors. Hematology: basic principles and practice. 3rd ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2000. p. 611-30.
5. Gerhrs BC, Friedberg RC. Autoimmune hemolytic anemia. [Review] Am J Hematol 2002; 69:258-271.
6. Akpek G, McAneny D, Weintraub L. Comparative response to splenectomy in Coombs-positive autoimmune hemolytic anemia with or without associated disease. Am J Hematol 1999; 61:98-102.
7. Garratty G, Petz LD. Approaches to selecting blood for transfusion to patients with autoimmune hemolytic anemia. Transfusion 2002; 42:1390-2.
8. Moyo VM, Smith D, Brodsky I, Crilly P, Jones RJ, Brodsky RA. High-dose cyclophosphamide for refractory autoimmune hemolytic anemia. Blood 2002; 100:704-6.
9. Morselli M, Luppi M, Potenza L, Facchini L, Tonelli S, Dini D, et al. Mixed warm and cold autoimmune hemolytic anemia: complete recovery after 2 courses of rituximab treatment. Blood 2002; 99:3478-9.
10. Zecca M, De Stefano P, Nobili B, Locatelli F. Anti-CD20 monoclonal antibody for the treatment of severe, immune-mediated, pure red cell aplasia and hemolytic anemia. Blood 2001; 97:3995-7.
11. Sansonno D, Lauletta G, Tucci FA, Boiocchi M, Dammacco F. Monoclonal antibody treatment of mixed cryoglobulinemia resistant to interferon  $\alpha$  with an anti-CD20. Blood 2003; 101:3818-26.
12. GIRELLO Ana Lucia; KUHN, Telma Ingrid B. de Bellis. Fundamentos da imunohematologia eritrocitária. 3. ed. São Paulo: Senac, 2002.
13. CAMARA, Bruno. Teste de Coombs direto. 2010. Disponível em: <<http://www.biomedicina.padr.com.br/2010/11/teste-de-coombs-direto.html>>. Acesso em: 20 ago. 2015
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Imunohematologia laboratorial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

15. Gertz MA. Management of cold haemolytic syndrome. *Br J Haematol.* 2007;138(4):422-9.
16. CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Anemia Hemolítica Autoimune. Ministério da Saúde, 2018.
17. Go RS, Winters J L, Kay NE. How I treat autoimmune hemolytic anemia. *Blood.* 2017; 129(22):2971-2979.

## CAPÍTULO 11

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO NA ODONTOPEDIATRIA: UM RELATO COM ABORDAGENS DAS ALTERAÇÕES DENTÁRIAS DE DESENVOLVIMENTO

**Marynny Teixeira Silva**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: maryntexs@gmail.com

**Caio Fernando dos Santos da Cruz**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: cruzcaio58@gmail.com

**Anna Clara Sousa Santos**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: anna.sousa1015@gmail.com

**Ana Patrícia Nogueira Antunes**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: ananogueira176@gmail.com

**Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: franciscoxpcsimoes@hotmail.com

**Rita de Cássia Dias Viana Andrade**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: ritadias784@gmail.com

**Maria da Conceição Andrade de Freitas**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
E-mail: conca.freitas@hotmail.com

**Resumo:** A maioria das anomalias de erupção dentária, de número e de forma são diagnosticadas na clínica odontológica pela identificação nos exames imagiológicos de rotina. Mas o odontopediatra se depara com as seguintes dúvidas: qual a morfologia e a localização exata do dente supranumerário? E a sua relação com o permanente no atraso de erupção? Qual o envolvimento deles com as estruturas dento-alveolares adjacentes? Em que estágio de formação radicular este dente com desvio eruptivo se encontra? Tais questões são aqui debatidas pelo relato de um caso clínico de uma criança diagnosticada com a presença de dente supranumerário associado a atraso eruptivo do incisivo permanente na região anterior da maxila sob a ótica da tomografia computadorizada de feixe cônico. Neste contexto, vale ressaltar a importância desta ferramenta como exame complementar na odontopediatria para o diagnóstico de alterações dentárias de desenvolvimento e na escolha da abordagem cirúrgica e/ou ortodôntica.

**Palavras-chave:** Anomalia Dentária; Odontopediatria; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico.

## 1. INTRODUÇÃO

As anomalias de erupção, de número e de forma dentárias são diagnosticadas pelo odontopediatra durante os exames clínicos e radiográficos de rotina principalmente na dentição mista (ANDRADE *et al.*, 2017). O diagnóstico clínico de uma alteração na trajetória eruptiva de um dente pode ser questionado frente alguns indicadores, como: a mobilidade precoce excessiva ou a esfoliação do decíduo antecessor sem uma causa clínica aparente; o atraso na erupção dos dentes permanentes ou a interrupção do processo eruptivo com o aparecimento parcial da coroa clínica. Diante desses sinais clínicos, a avaliação destes distúrbios de erupção e desenvolvimento só pode ser concluída com exames radiográficos (TODAY-SALGADO *et al.*, 2021).

A presença de dentes supranumerários pode acarretar uma posição ectópica ou um trajeto eruptivo anormal de outras unidades, principalmente na região anterior da maxila, levando-os à um distúrbio temporário ou definitivo na cavidade oral, diastemas, deslocamentos, formação de patologias odontogênicas e reabsorção radicular dos dentes adjacentes, acarretando problemas estéticos, fonéticos e emocionais ao paciente (HE *et al.*, 2017; SYRIAC *et al.*, 2017). Gurler e colaboradores (2017), ao investigar 47 dentes supranumerários diagnosticados pela Tomografia Computadorizada do Feixe Cônico (TCFC) de 34 pacientes relataram que 42,5% impediram a erupção dos dentes permanentes, 10,6% apresentaram reabsorções nos dentes adjacentes e 4,4% deslocamento dentário.

As técnicas radiográficas bidimensionais como as periapicais e panorâmicas não revelam com precisão a localização do dente supranumerário e conseqüentemente do permanente que está com atraso eruptivo, bem como a estreita relação deles com outras estruturas dentárias adjacentes e anatômicas como seio maxilar, fossa nasal e canal mandibular. Estudos evidenciam o uso da TCFC na odontopediatria como uma ferramenta essencial para o diagnóstico e plano de tratamento das alterações dentárias de desenvolvimento e processos patológicos orais intra-ósseos pela sua alta qualidade de imagem, detalhes em largura, altura e profundidade e por não haver sobreposições (GURLER *et al.*, 2017; VALENTE *et al.*, 2016; MEHTA & AHMAD, 2020). HE e colaboradores (2017), avaliaram 417 imagens de TCFC com abordagem na relação entre dentes supranumerários e os permanentes

com desvios da trajetória eruptiva na região anterior da maxila no período da dentição mista e observaram uma prevalência em torno de 23,1% de dentes supranumerários associados aos incisivos com impedimento de manifestação na cavidade oral. Os autores relataram que a morfologia conóide do supranumerário possui uma menor probabilidade de relação com incisivos não impactados e que a posição palatal não estava significativamente associada ao impedimento da trajetória eruptiva dentária.

Em relação ao momento ideal para extração dos dentes supranumerários na região anterior da maxila na dentição mista, estudos salientam a remoção cirúrgica imediata do dente supranumerário no intuito de promover a erupção espontânea do permanente com rizogênese incompleta. Gurler e colaboradores (2017), evidenciaram a erupção espontânea do dente permanente em torno de 42,5% nestes casos. Outros autores alertam sobre o estágio de desenvolvimento dentário e possíveis iatrogenias nos dentes adjacentes ao supranumerário, ponderando também sobre o risco do trauma cirúrgico na criança e quantidade de remoção óssea na realização de uma abordagem cirúrgica precoce (DIAS *et al.*, 2019). HE e colaboradores (2017) recomendam um plano de tratamento individualizado após um diagnóstico mais acurado. A seguir será apresentado o relato de um caso clínico de uma criança com abordagem do uso da tomografia computadorizada do feixe cônico para determinar a posição do incisivo central superior permanente esquerdo não irrompido pela presença de um dente supranumerário na região anterior da maxila.

## **2. RELATO DE CASO**

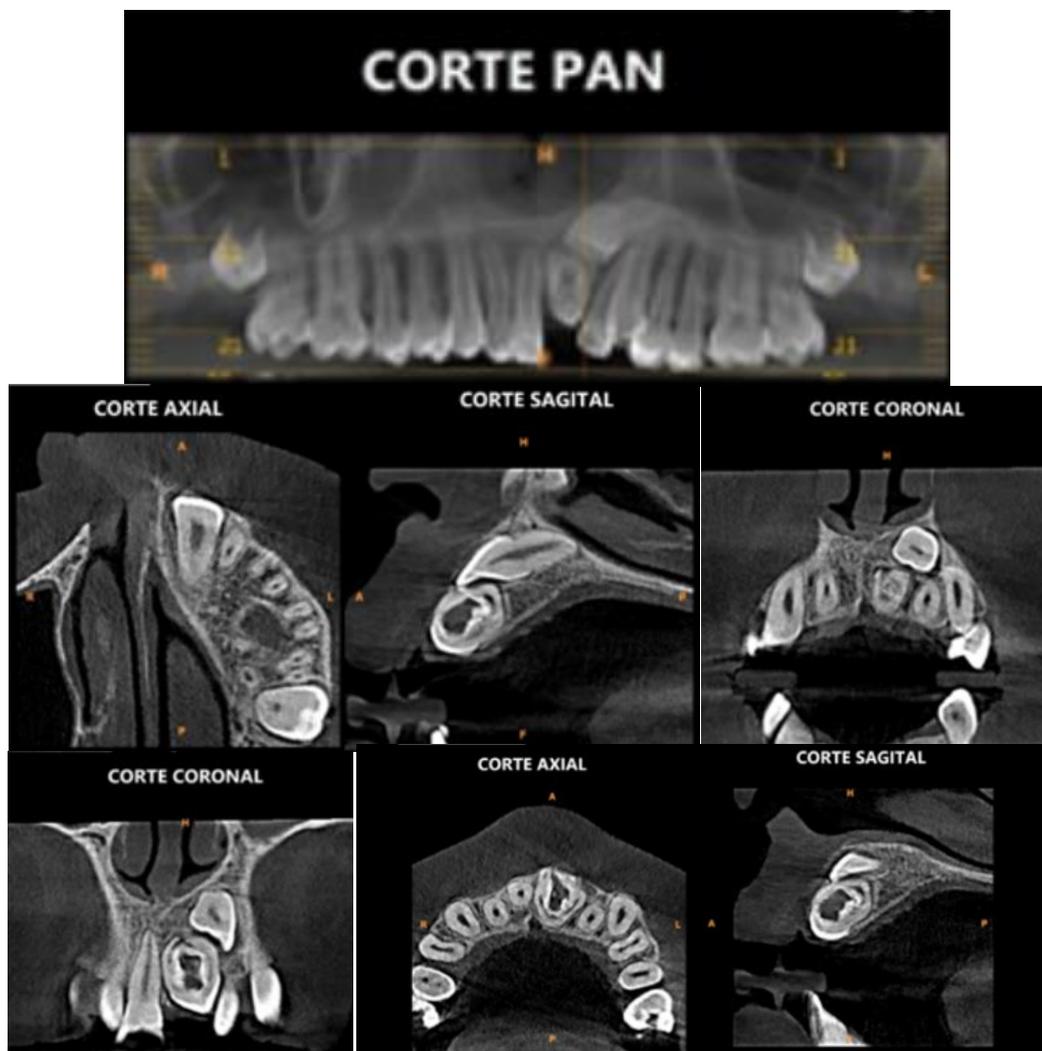
A paciente, sexo feminino, onze anos de idade, acompanhada por sua responsável, procurou serviço odontológico em clínica especializada na Bahia, tendo como queixa principal a não erupção do incisivo central permanente superior esquerdo. Ao realizar a anamnese não houve relato de história médica. Durante o exame clínico intra oral, observou-se que a paciente apresentava-se no final do segundo período transitório da dentição mista. Possuía oclusão dentária satisfatória mas com ausência do incisivo central superior na cavidade oral pelo padrão normativo de cronologia de erupção dentária.

Na avaliação da radiografia panorâmica verificou-se uma imagem radiopaca compatível com hiperdontia na região da linha média da maxila, impedindo a erupção

dentária do incisivo central permanente superior esquerdo. Para obtenção de um diagnóstico mais preciso foi solicitado o exame tomográfico para reconstrução tridimensional da região do incisivo central superior permanente direito ao canino superior permanente esquerdo. As imagens foram realizadas em aparelho de tomografia computadorizada volumétrica pela utilização da técnica de renderização volumétrica, com intervalo entre os cortes seccionais de 200 $\mu$ m e espessura de 1mm, obtendo-se cortes axiais, sagitais, coronais, assim como reconstruções panorâmicas e 3D. As imagens tomográficas, nos cortes axiais e sagitais, revelaram o incisivo central permanente superior esquerdo retido na região anterior da maxila, em posição transversa com a coroa voltada para vestibular com lâmina dura íntegra sem anquilose, bem como aumento do folículo pericoronário no corte coronal. Verificou-se também imagem hiperdensa compatível com dente supranumerário na região de incisivo central superior esquerdo, localizado na parte anterior da maxila, com anomalia de forma de coroa e raiz em posição centro-alveolar. As demais estruturas dento-alveolares apresentavam aspectos tomográficos sem anormalidades (Figuras 1 e 2).

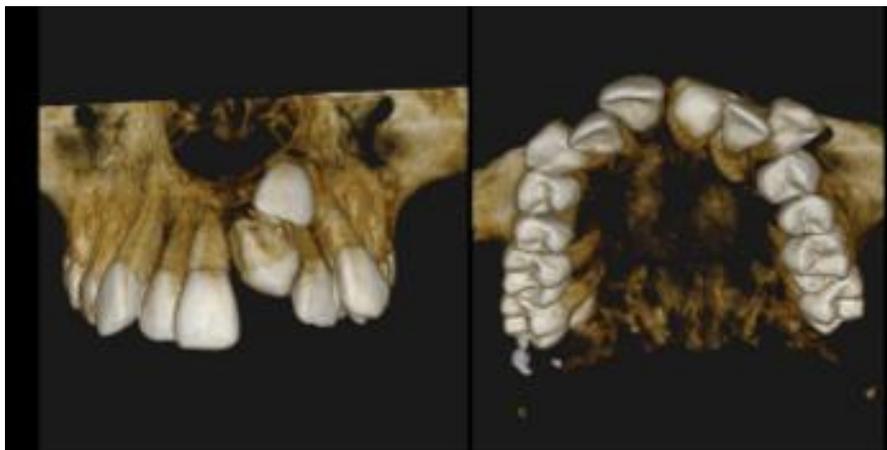
Nesse âmbito, o plano de tratamento consistiu na remoção cirúrgica imediata do dente supranumerário. Na avaliação da TCFC, foi observado o fechamento completo do ápice radicular do incisivo central permanente superior esquerdo (Figura 1. Corte sagital) e indicado o tracionamento ortodôntico desta unidade dentária, a fim de permitir a sua exposição na arcada superior e posterior alinhamento e nivelamento com mecânica ortodôntica fixa corretiva.

Figura 1: Imagens da tomografia computadorizada do feixe cônico do paciente revelando a morfologia conóide do dente supranumerário na região entre os incisivos superiores permanentes. Nota-se o incisivo central permanente superior esquerdo retido em posição transversa com a coroa voltada para vestibular e com a morfologia coronária e radicular dentro dos padrões de normalidade.



Fonte: Os autores

Figura 2: Reconstrução 3D com visualização do dente 21 retido e localizado por vestibular do dente supranumerário de forma conoide, proporcionando assim uma maior informação.



Fonte: Os autores

### 3. DISCUSSÃO

Na literatura, as unidades dentárias que excedem a quantidade normalmente presentes nas arcadas são denominados supranumerários e frequentemente podem estar associados ao retardo de erupção e impaction de dentes permanentes com maior prevalência na região anterior da maxila (SYRIAC *et al.*, 2017; MITTAL & SULTAN, 2010), como pode ser visto neste caso clínico de uma criança diagnosticada com estas anomalias de número e de erupção dentárias na região ântero-superior. Estudos evidenciam uma prevalência de dentes supranumerários três vezes maior no sexo masculino (74,8%) do que no feminino (25,2%) na área anterior da maxila, contradizendo nosso relato de caso (HE *et al.*, 2017).

Segundo Ferri *et al.*, (2015), os dentes supranumerários apresentam diferentes características quanto à forma, quantidade e localização, podendo ser encontrados na forma de molar, tubérculo ou cônico; isolados ou múltiplos; erupcionados ou impactados, ocorrendo tanto em mandíbula quanto em maxila. Neste sentido, a TCFC é uma grande aliada na odontopediatria, pois apresenta cortes axial, coronal e sagital, revelando a localização exata de cada estrutura dento-alveolar (CARVALHO *et al.*, 2007; LIU *et al.*, 2017). A utilização da TCFC neste caso clínico possibilitou a avaliação do posicionamento coronal do dente supranumerário. He e colaboradores (2017), salientam que esse tipo de posicionamento favorece a impaction do incisivo superior permanente, como foi observado neste relato. Os autores também

verificaram que o formato molariforme e o aumento do número de dentes supranumerários foram identificados como fator de risco para promoção de impaction do incisivo permanente visto que ocuparia mais espaço na região anterior da maxila. No presente caso, só foi identificado um dente supranumerário com morfologia conoide, corroborando com a literatura sobre a maior prevalência do formato cônico para os mesiodens.

Durante a infância, a arcada dentária está em constante transformação, com os dentes em desenvolvimento, fase essa que deve ser assistida por um odontopediatra pelo monitoramento da cronologia de erupção dentária com auxílio dos exames de imagens complementares, tornando-se apto a identificar alterações de erupção, número e forma, e intervir com um diagnóstico precoce (DIAS *et al.*, 2019). No presente relato de caso, houve um diagnóstico tardio do atraso eruptivo do incisivo superior permanente, uma vez que o paciente apresentava-se com 11 anos de idade, no final do segundo período transitório da dentição mista. De acordo com Gurler e colaboradores (2017), posteriormente a remoção cirúrgica do dente supranumerário, a depender do estágio de formação radicular, o dente permanente não irrompido pode retornar espontaneamente seu trajeto eruptivo e alcançar o plano incisal ou oclusal se assim houver espaço na arcada dentária ou ficar impactado. Neste relato, o tracionamento ortodôntico foi indicado após a exodontia do supranumerário, visto que o incisivo apresentava fechamento completo do ápice radicular. A técnica de tracionamento ortodôntico objetiva a reabilitação da oclusão dos dentes beneficiando a deglutição, fonação e estética (BOAS *et al.*, 2004).

#### **4. CONCLUSÃO**

Apesar de sua baixa prevalência, os dentes supranumerários podem proporcionar complicações estéticas e funcionais, como observado no presente relato de caso clínico com a repercussão do distúrbio eruptivo dentário. O diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica precisa com auxílio da TCFC são essenciais para minimizar estas sequelas e evitar tratamentos cirúrgicos e ortodônticos complexos.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C.E.S; LIMA, I.H.L; SILVA, I.V.S; VASCONCELOS, M.G; VASCONCELOS, RG. As principais alterações dentárias de desenvolvimento. **Salusvita**, Bauru, v. 36, p. 533-563, 2017.
- BOAS, P.C.V; BERNARDES, L.A.A; PITHON, M.M; ENGEL, D.P. Tracionamento ortodôntico de incisivos central e lateral superiores impactados: caso clínico. **Revista Clínica de Ortodontia Dental Press**, Maringá, v. 3, p. 79-86, 2004. Anual.
- CARVALHO, A.A.B; CORRÊA, L.A.A.F; FREITAS, F.F; DIAS, P.C. Importância da tomografia computadorizada de feixe cônico na avaliação de canino incluso na maxila. **Revista Brasileira de Odontologia: Artigo de Revisão de Literatura/Radiologia Odontológica e Imaginologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 143, 2017. Semanal. Associação Brasileira de Odontologia Rio de Janeiro(ABORJ). <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v74n2.p.143>.
- DIAS, G.F. et al. Diagnosis and treatment of supernumerary teeth in the pediatric clinic - case report. **Revista Cefac**, Campinas-SP, v. 21, n. 6, p. 143, 2019. Semanal. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/201921616318>.
- FERRI, E.A. et al. Tratamento multidisciplinar de incisivos centrais superiores impactados. **Ortho Sci., Orthod. sci. pract**, v. 8, n. 30, p. 217-225, 2015.
- GURLER, G.; DELILBASI, C.; DELILBASI, E. Investigation of impacted supernumerary teeth: a cone beam computed tomograph (cbct) study. **Journal Of Istanbul University Faculty Of Dentistry**. Istanbul, p. 18-24. 2017.
- HE, D.; MEI, L.; WANG, Y.; LI, J.; LI, H. Association between maxillary anterior supernumerary teeth and impacted incisors in mixed dentition. **Journal Of The American Dental Association**, [s. l], v. 148, n. 8, p. 595-603, 2017. Semanal.
- LIU, D. et al. Three-dimensional evaluations of supernumerary teeth using cone-beam computed tomography for 487 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 103, n. 3, p. 403-411, 2007.
- MEHTA, V.; AHMAD, N. Cone beamed computed tomography in pediatric dentistry: Concepts revisited. **Journal Of Oral Biology And Craniofacial Research**. Eua, p. 210-211. 2020.
- MITTAL, M; SULTAN, A. Clinical management of supernumerary teeth: a report of two cases. **Journal Of Indian Society Of Pedodontics And Preventive Dentistry**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 219, 2010. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.73794>.
- SYRIAC, G.; J., E.; RUPESH, S; PHILIP, J; CHERIA, S.A; MATHEW, J. Prevalence, Characteristics, and Complications of Supernumerary Teeth in Nonsyndromic Pediatric Population of South India: A Clinical and Radiographic Study. **Journal Of Pharmacy & Bioallied Sciences**, [s. l], v. 9, n. 1, p. 231-326, 2017. Semanal.
- TETAY-SALGADO, S. et al. Prevalence of impacted teeth and supernumerary teeth by radiographic evaluation in three Latin American countries: A cross-sectional study. **Journal Section: Oral Medicine And Pathology**, Perú, p. 363-368, 2021. Semanal.
- VALENTE, N.A. et al. A importância da TCFC no diagnóstico e localização de dentes supranumerários. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 55.

2016. Semanal. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/201921616318>.

## CAPÍTULO 12

### O OBJETO TRANSACIONAL E A SUA IMPORTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO HUMANO

#### **Ana Mateus da Silva**

Professora Auxiliar Universidade Aberta, Lisboa, Portugal

Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais – CEMRI-SCD

E-mail: anai.silva@uab.pt

**Resumo:** Algumas crianças selecionam um objeto transacional que as acompanha ao longo de alguns anos, outras não. Este objeto transacional que pode ser um peluche, um lençol, ou outra coisa, não deve ser-lhe retirado, uma vez que transmite segurança à criança. A adolescência caracteriza-se essencialmente por uma transição da dependência para a autonomia. Já ser um adulto jovem implica a resolução de algumas tarefas a nível do desenvolvimento, da autonomia, identidade, independência e segurança, para construir, progressivamente, o seu projeto de vida. No presente estudo vamos analisar se o objeto transacional, na criança, no adolescente e no adulto jovem, influencia ou não o desenvolvimento na autonomia (adolescente) e na autonomia, iniciativa e segurança (adulto jovem). O estudo é comparativo entre a ilha de São Miguel - Açores e Portugal Continental e a análise quantitativa, descritiva e longitudinal.

**Palavras-chave:** Objeto transacional; Desenvolvimento; Criança; Adolescente; Adulto Jovem

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da criança tem sido alvo de vários estudos, quer a nível físico, quer psicológico. Salienta-se a relação do equilíbrio neste desenvolvimento enquanto criança e como tal equilíbrio vai influenciar o desenvolvimento do adolescente, do adulto e do idoso.

A relação com a mãe vai fornecer ao bebé o princípio da sua experiência com o material da comunicação e das ligações humanas, uma vez que o bebé observa tudo o que a mãe faz, o que podemos considerar as primeiras interações sociais entre a criança e o mundo que a rodeia. Estas interações serão diferentes dependendo da cultura em que o bebé está inserido (RAMOS, 1990; SILVA, 2011; 2020).

Para que a criança tenha um desenvolvimento intelectual e social equilibrado é necessário que as relações emocionais afetivas das crianças sejam positivas. As relações emocionais vão interferir nas interrelações pessoais, essencialmente vão ajudar as crianças a distinguir quais os comportamentos mais adequados. Esta aprendizagem faz-se através do dar e receber entre as crianças e os adultos que cuidam delas. Estas relações vão proporcionar à criança aprender a pensar. (BRAZELTON E GREENSPAN, 2003; SILVA, 2011, 2020).

Ao observar algumas crianças, verificamos que normalmente apresentam um comportamento de apertar um objeto com muita força na mão e levá-lo à boca para chuchar. Na maioria das vezes é um objeto macio – pode ser uma fralda de pano, um pedaço de cobertor, um lençol, um peluche, entre outros. A este objeto WINNICOTT (1951-1953) deu a definição psicanalítica de objeto transacional (SILVA, 2020 apud WINNICOTT, 1975). Mas acrescenta que não é o objeto que é transacional, mas sim o representar esse objeto a transição do bebé de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com a mãe como algo externo e separado (WINNICOTT, 1975).

Esta experiência da criança, segundo WINNICOTT (1975) apud SILVA, 2020, é muito importante, na medida em que é escolhida pelo bebé e não por acaso, voluntariamente e com determinação, representando a primeira posse do não-eu do bebé. Verificamos nas várias crianças que observamos, e nas entrevistas que fizemos às mães, que a criança mesmo incentivada a mudar de objeto não aceita e atira o

mesmo ao chão. E de acordo com WINNICOTT (2000) o objeto transacional não deve ser mudado a não ser que seja o próprio bebê a fazê-lo

Como nos refere uma mãe:

“Tentamos outros peluches, mas ela atirava para o chão”.

Outra mãe refere como tentaram que a criança aceitasse outro, mas igual e comprado na mesma loja, aos 3 anos de idade, uma vez que o inicial estava muito velho de andar sempre com ela, sem o mesmo efeito, pois diz-nos:

“Aos 3 anos de idade compramos um Doudu igual, mas ela já dizia que era um coelho e não o Doudu”.

As crianças brincam com os objetos transacionais para além de andarem sempre com eles, levam-nos para todo o lado e, se os esquecem, choram até adormecer de cansaço como salienta uma mãe:

“Quando saímos e não levamos o tigrezinho, ela não para de chorar, temos que voltar a casa para o vir buscar ...”

Podemos pensar que a brincadeira e a aprendizagem podem começar com o objeto transacional e que mais tarde para as experiências culturais, o que vem ao encontro de WINNICOTT ao referir: “Há uma evolução direta dos fenômenos transacionais para o brincar, do brincar ao brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais”. (WINNICOTT, 1975 p. 76).

Podemos pensar que o objeto transacional na infância poderá ter ou não influência no desenvolvimento equilibrado do adolescente. Procuramos verificar que existe uma relação entre a criança ter tido ou não um objeto transacional e alguns comportamentos ou atitudes na adolescência (SILVA, 2020). Adolescente significa em latim “crescer” e indica um período de mudanças. Assim, adolescência é caracterizada, essencialmente, por alterações sequenciais e interligadas, que vão desde o corpo, ao pensamento, à vida social e ao Eu (REYMOND, 1983; SILVA 2004; SILVA 2020).

Lembramos a Organização Mundial da Saúde (OMS), que salienta que os limites cronológicos da adolescência são definidos entre os 10 e 19 anos, enquanto pela Organização das Nações Unidas (ONU) situam-se entre os 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária dos 20 a 24 anos de idade. Nos nossos dias deparamo-nos, mais por conveniência, com o agrupar de ambos os critérios e

denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de *protagonismo juvenil*. (EISENSTEIN, 2005; SILVA 2020).

Vários são os autores que referem que a autonomia é uma das tarefas mais importantes da adolescência (FLEMING, 2004). O processo de transição da dependência para a autonomia é uma etapa longa e densa a nível emocional e a nível de conflitualidade psicológica (STEINBERG, 1987, CIT. POR FLEMING, 2004; SILVA, 2020). Nesse sentido a autonomia encontra-se ligada a um processo de individuação, de separação e de formação de identidade; envolve um movimento de independência em relação aos pais na tomada de decisão, nos valores, um desapego emocional e comportamental (STEINBERG, 1985, APUD. POR STEPHEN, EASTMAN & CORNELIUS, 1988; SILVA 2020).

Mas, se pensamos que o ter ou não objeto transacional influencia o desenvolvimento na adolescência, também podemos refletir que este mesmo objeto transacional pode influenciar todo o desenvolvimento do ser humano. Assim, vamos incluir nesta nossa reflexão os adultos jovens ou adulez emergente que é caracterizada para além de outras dimensões a nível da autonomia.

A conquista da autonomia constitui-se como outra tarefa a nível do desenvolvimento essencial na transição para a idade adulta. Exige a separação psicológica das figuras parentais que deve ocorrer, de acordo com BLOS (1979), ao longo do processo de separação-individuação, durante a passagem da adolescência para a idade adulta. Esta separação é progressiva e faz-se através dos objetos infantis internalizados e que se adquire uma maior independência/autonomia em relação aos pais (BLOS, 1979). Nesta perspetiva é de extrema importância que haja uma separação psicológica das figuras parentais para que haja uma construção da autonomia por parte do jovem adulto. Normalmente, aparece associada a uma melhor capacidade de adaptação em relação às exigências sociais, uma vez que o desenvolvimento da autonomia vai permitir que este se afirme ao nível do desempenho do seu papel de adulto (ANDRADE, 2016).

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Objetivo da investigação**

Iniciamos esta investigação em 2000 numa Unidade Curricular do Mestrado Comunicação em Saúde na Universidade Aberta e à qual demos continuidade em 2010 e 2020. No estudo em 2000 o nosso objetivo foi identificar se as crianças tinham objeto transacional e qual a sua relação com os mesmos. Em 2010 o nosso objetivo principal foi verificar se havia alguma relação entre as crianças que tinham objeto transacional e o grau de autonomia na adolescência (SILVA, 2020) e em 2020 foi verificar se havia alguma relação entre as crianças que tinham objeto transacional, o grau de autonomia na adolescência e o grau de autonomia no adulto jovem, iniciativa e segurança.

### **2.2 Método**

#### Participantes

Em 2000 a amostra não probabilística de conveniência foi composta por 20 crianças (7 do género masculino e 13 do género feminino) com idades compreendidas entre os 3-5 anos: 10 crianças viviam na Ilha de São Miguel, Açores na freguesia de Arrifes, arredores da cidade de Ponta Delgada, a que damos o nome de grupo n.º 1 e 10 vivam em Santarém, Portugal Continental, grupo n.º 2.

O critério de inclusão foi frequentarem o mesmo infantário.

Em 2010, a amostra foi constituída pelos mesmos 20 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos (SILVA, 2020).

Em 2020, a amostra foi constituída pelos mesmos 20 adolescentes com idades compreendidas entre 23 e 25 anos. O grupo 1 que nasceu na Ilha de São Miguel e vivia nos arredores de Ponta Delgada, manteve-se na ilha de São Miguel e terminaram o 12º ano, encontrando-se já a trabalhar e já constituíram família.

O grupo 2 que vivia em Santarém, encontra-se na sua maioria a estudar e apenas dois elementos já trabalham. Os que estudam mantêm-se em Santarém, enquanto os dois que trabalham já constituíram família e vivem na zona da grande Lisboa.

## 2.3 Procedimentos

Realizámos um estudo comparativo entre um grupo residente na ilha de São Miguel - Açores e um grupo residente em Santarém, Portugal Continental.

A presente investigação é quantitativa, descritiva e longitudinal

## 2.4 Material

Na investigação realizada em 2000 utilizámos entrevista aos pais e observação em sala de infantário das 20 crianças; em 2010 utilizámos entrevistas aos adolescentes e aplicação de um questionário elaborado por nós, tendo por base o Questionário de Autonomia nos Adolescentes (NOOM, 1999; ADAPTADO POR GRAÇA, CALHEIROS & MARTINS, 2010).

Este questionário foi composto por 14 perguntas tipo Likert, com escala de respostas de 5 pontos (1=Nada característico de mim; 5=Muito característico de mim), que refletem o grau em que os jovens são autónomos em relação a quatro dimensões. A primeira dimensão com 5 perguntas diz respeito à autodeterminação, corresponde a uma conduta confiante e autorregulada. A segunda dimensão com 3 perguntas é relativa à independência que corresponde a uma conduta em que sozinho/a consegue ter iniciativa. A terceira dimensão com 3 perguntas, a Autonomia cognitiva diz respeito à capacidade do jovem tomar decisões e estabelecer objetivos pessoais. A quarta dimensão com 3 perguntas, a Autonomia emocional refere-se ao sentimento de autoconfiança e ausência de necessidade excessiva de validação social (SILVA, 2020 p.25).

Em 2020 aplicamos um questionário elaborado por nós, tendo por base o Inventário de separação psicológica das figuras parentais Psychological Separation Inventory, de Hoffman (1984), para avaliar a autonomia, iniciativa e segurança. Elaboramos um questionário tipo likert com 21 questões com escala de respostas de 5 pontos (1=Discordo Inteiramente; 5=Concordo Inteiramente), que refletem o grau em que os adultos jovens se encontram a nível das três áreas que avaliamos.

A primeira dimensão com 7 perguntas diz respeito à autonomia, corresponde a o jovem tomar decisões e estabelecer objetivos pessoais. A segunda dimensão com 7 perguntas é relativa à iniciativa que corresponde a uma conduta em que o jovem

sozinho/a consegue ter iniciativa. A terceira dimensão com 7 perguntas, salientando-se a segurança, diz respeito à capacidade do jovem ter uma conduta confiante.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados, bem como a discussão dos mesmos a nível da criança e adolescente, encontram-se já publicados, no entanto não faria qualquer sentido não os colocarmos neste texto em virtude de serem cruciais para a nossa reflexão.

As crianças do grupo n.º 1 viviam em famílias alargadas, em que toda a família cuida das crianças, mesmo aquelas que vão para o jardim de infância, a meio do dia, os avós ou tios vão buscá-las para fazerem as refeições com as mesmas.

Em termos de escolaridade, 16 pais têm o ensino secundário e 4 licenciatura, os avós 16 possuem o ensino básico e 4 o secundário.

Há uma grande interação entre toda a família e uma grande interajuda; as tarefas são divididas, sendo a criança o centro das atenções de todos, a criança é incluída em toda a dinâmica familiar. Há muita estimulação das crianças e um grande incentivo por parte essencialmente dos avós para que a criança tenha um objeto de relação – um objeto preferido; tentam incentivar a criança desde muito cedo (6-8 meses) a escolher um objeto, colocam-no ao lado dela na cama ou brincam com ela com este objeto, mas tentam diversificar e perceber qual é o que a criança gosta mais, por exemplo, através se fica mais tempo a brincar sem atirar ou levar à boca. Para estas avós é essencial que a criança goste de alguma coisa para mais tarde saber viver, e dizem-nos: "Já a minha mãe me educou assim, e ajudou a criar a minha filha e ela é feliz". É de salientar que as mães trabalham fora, mas as avós estão em casa e, por vezes, algumas tias.

As crianças têm sempre um espaço reservado para brincarem, um sótão (conhecido como falsa) ou um anexo na casa, onde elas possam estar a brincar como e quando quiserem.

Para as crianças que observamos o objeto transacional é um companheiro evolutivo e metacognitivo, que representa a própria história da criança e a sua vivência no mundo, como se pode verificar no quando n.º 1.

Quadro 1: Relação Criança objeto transacional do grupo 1

| <b>Criança</b> | <b>Idade</b> | <b>Objeto transacional</b> | <b>Fala com o objeto transacional</b> | <b>O objeto transacional responde</b> | <b>O objeto transacional tem sentimentos</b> |
|----------------|--------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| David          | 4 anos       | Caezinho - totó            | sim                                   | sim                                   | Sim, idênticos aos da criança                |
| Inês           | 5 anos       | um ursinho – Ursinho       | sim                                   | sim                                   | Sim, idênticos aos da criança                |
| Alice          | 4 anos       | peluche – Tigrezinho       | sim                                   | sim                                   | Sim, diferentes dos da criança               |
| Cátia          | 3 anos       | boneca – Boneca            | sim                                   | sim                                   | Sim, diferentes dos da criança               |
| Ricardo        | 4 anos       | gato de peluche – Amigo    | sim                                   | não                                   | Sim, idênticos aos da criança                |
| Ana Sofia      | 4 anos       | boneca – Lili              | sim                                   | não                                   | Sim, idênticos aos da criança                |
| Susana         | 5 anos       | boneca – Sofia             | sim                                   | não                                   | não  |
| Luís           | 4 anos       | cão de peluche – Begas     | sim                                   | sim                                   | Sim, idênticos aos da criança                |
| Ana Luísa      | 5 anos       | cadela de peluche – Jaqui  | sim                                   | não                                   | não  |
| João           | 4 anos       | boneco – Rechonchas        | sim                                   | sim                                   | Sim, diferentes dos da criança               |

Fonte: Silva,2020, p.26

Da nossa observação, estas crianças ao falarem com os objetos transacionais, estes escutam-nas durante horas, dão-lhes tempo e espaço para exprimirem os seus pensamentos e depois de refletirem sobre aquilo que disseram, para amadurecerem, as suas ideias e conceções do mundo – é uma brincadeira com aprendizagem.

Na maior parte dos casos, ninguém diz à criança o que deve fazer com o seu peluche, no entanto, e interpretando os diálogos com o peluche, a criança tem bem consciência do dever submeter-se a muitas obrigações e deveres que poderiam exprimir-se através do objeto (Silva, 2020, p. 26, 27). Realçamos algumas frases das crianças:

"Só com o meu peluche posso fazer o que quiser"

"... posso mandar-lhe fazer coisas...."

"O meu Begas obedece-me, mais ninguém em casa faz .. "

As crianças do grupo n.º 2 vivem em famílias nucleares, em que não há suporte de família alargada, à exceção de algum período de férias em que, por vezes, cuidam

delas. As crianças ficam nos jardins de infância e, quando estes fecham, vão para a ama. Os pais trabalham em Lisboa ou arredores e as mães por turnos e com duplo emprego. Relativamente à escolaridade, 25 pais possuem o ensino secundário e 15 licenciatura. Vivem em apartamentos em que o quarto de dormir é também o quarto de brincar onde têm televisão com vídeo. É em frente à televisão que a criança passa a grande parte do tempo quando está em casa a ver vídeos ou programas da televisão. Os pais referem que não têm tempo para estarem com elas, não sabem se a criança tem ou teve algum objeto transacional e pensam que elas têm tudo o que precisam, porque tudo o que pedem têm e isso é o mais importante (SILVA, 2020, p.27).

Quadro 2: Relação criança objeto transacional do grupo 2

| <b>Criança</b> | <b>Idade</b> | <b>Objeto transacional</b> | <b>Fala com o objeto transacional</b> | <b>O objeto transacional responde</b> | <b>O objeto transacional tem sentimentos</b> |
|----------------|--------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Margarida      | 4 anos       | Não tem                    |                                       |                                       |  |
| Elsa           | 5 anos       | um ursinho – João          | não                                   | não                                   | não  |
| João Pedro     | 4 anos       | não                        |                                       |                                       |  |
| Filipa         | 4 anos       | fralda – ah, ah            | não                                   | não                                   | não  |
| Rute           | 4 anos       | não                        |                                       |                                       |  |
| José           | 4 anos       | Fralda de pano – sem nome  | não                                   | não                                   | não  |
| Beatriz Maria  | 4 anos       | Casaco da mãe              | não                                   | não                                   | não  |
| Raquel         | 4 anos       | não                        |                                       |                                       |  |
| João Pedro     | 5 anos       | Cão de peluche – Snoopy    | sim                                   | não                                   | não  |
| Beatriz        | 4 anos       | boneco – Carlos            | sim                                   | sim                                   | Sim, diferentes dos da criança               |

Fonte: SILVA, 2020, p.27

Da nossa observação, estas crianças, na sua maioria, não têm relação com um brinquedo, no entanto algumas mantêm uma relação com o que nos parece o 1.º objecto transicional (a fralda, o casaco da mãe), à exceção de uma que tem o Snoopy (cão de peluche).

Ao questionarmos os pais destas crianças sobre porque não incentivam o diálogo com os bonecos, percebemos que pensam que este comportamento é anómalo.

Se compararmos a relação destas crianças com as que observamos na primeira situação, verificamos grandes diferenças essencialmente a nível da criatividade, da imaginação, do autocontrole e da socialização. As primeiras aceitam de uma forma calma as brincadeiras com os colegas e querem sempre inventar mais qualquer coisa para brincarem.

### 3.1 2010

Quadro 3: Adolescente e nível de autonomia do grupo 1

| Adolescente | Autodeterminação | Independência | Autonomia cognitiva | Autonomia emocional | Média |
|-------------|------------------|---------------|---------------------|---------------------|-------|
| David       | 4                | 5             | 5                   | 4                   | 5     |
| Inês        | 4                | 5             | 4                   | 5                   | 5     |
| Alice       | 5                | 4             | 5                   | 4                   | 5     |
| Cátia       | 4                | 4             | 4                   | 5                   | 4     |
| Ricardo     | 2                | 3             | 2                   | 2                   | 2     |
| Ana Sofia   | 2                | 3             | 3                   | 2                   | 3     |
| Susana      | 1                | 2             | 2                   | 3                   | 2     |
| Luís        | 4                | 4             | 4                   | 4                   | 4     |
| Ana Luísa   | 5                | 5             | 5                   | 4                   | 5     |
| João        | 4                | 5             | 5                   | 5                   | 5     |

Fonte: SILVA, 2020, p.28

Quadro 4: Adolescente e nível de autonomia do grupo 2

| Adolescente   | Autodeterminação | Independência | Autonomia cognitiva | Autonomia emocional | Média |
|---------------|------------------|---------------|---------------------|---------------------|-------|
| Margarida     | 2                | 3             | 2                   | 3                   | 3     |
| Elsa          | 2                | 3             | 2                   | 2                   | 2     |
| João Pedro    | 3                | 2             | 3                   | 2                   | 3     |
| Filipa        | 2                | 3             | 2                   | 2                   | 2     |
| Rute          | 2                | 3             | 2                   | 2                   | 2     |
| José          | 2                | 3             | 3                   | 2                   | 3     |
| Beatriz Maria | 1                | 2             | 2                   | 3                   | 2     |
| Raquel        | 2                | 2             | 3                   | 2                   | 2     |
| João Pedro    | 5                | 5             | 5                   | 4                   | 5     |
| Beatriz       | 4                | 3             | 4                   | 4                   | 4     |

Fonte: SILVA, 2020, p.28

Podemos verificar que as crianças que tiveram objeto transacional têm um grau maior de autonomia na adolescência, de acordo com o questionário que foi aplicado e pelos valores que obtivemos (quadro n.ºs 3 e 4). Nos dados do quadro n.º 3, os adolescentes revelam-se mais autónomos do que os do quadro n.º 4. Lembre-se que no grupo n.º 1 a maioria das crianças tinha objeto transacional (SILVA, 2020, p.29).

Espelha-se nas crianças do grupo n.º 1 a teoria de Winnicott, segundo as crianças com objeto transacional têm um ambiente capaz de suportar que o indivíduo dele se discrimine ressaltando, no entanto, que é a presença imprescindível de um cuidado consistente nos momentos de separação que garante a possibilidade de o sujeito realmente ficar só (WINNICOTT, 1998a), sem fracassar e sem se sentir abandonado (SILVA, 2020).

Ao pensarmos nas culturas diferentes que encontramos nestes dois grupos, segundo (LAM ET AL. 1979, 1981, 1982, LEBOVICI, 1983, CYRULNIK, 1989, RAMOS, 2004), verifica-se que na mesma cultura e nas diferentes culturas, há grandes semelhanças e grandes diferenças, as quais vão oferecer certas particularidades ao desenvolvimento, autonomia e funcionamento psicológico da criança (SILVA, 2020).

### 3.2 2020

Quadro 5: Adulto jovem e nível de autonomia, iniciativa e segurança do grupo 1

| Adolescente | Autonomia | Iniciativa | Segurança |
|-------------|-----------|------------|-----------|
| David       | 4         | 4          | 5         |
| Inês        | 4         | 4          | 5         |
| Alice       | 5         | 5          | 5         |
| Cátia       | 4         | 4          | 5         |
| Ricardo     | 2         | 2          | 4         |
| Ana Sofia   | 2         | 3          | 3         |
| Susana      | 2         | 2          | 3         |
| Luís        | 4         | 4          | 4         |
| Ana Luísa   | 4         | 4          | 5         |
| João        | 4         | 5          | 5         |

Fonte: A autora

Quadro 6: Adulto jovem e nível de autonomia, iniciativa e segurança do grupo 2

| Adolescente | Autonomia | Iniciativa | Segurança |
|-------------|-----------|------------|-----------|
| Margarida   | 2         | 4          | 3         |
| Elsa        | 3         | 5          | 2         |
| João Pedro  | 3         | 3          | 4         |
| Filipa      | 2         | 3          | 3         |
| Rute        | 2         | 3          | 2         |
| José        | 2         | 3          | 3         |
| Beatriz     | 1         | 4          | 1         |
| Raquel      | 2         | 3          | 2         |
| João Pedro  | 5         | 5          | 4         |
| Beatriz     | 4         | 4          | 4         |

Fonte: A autora

Ao relacionarmos os resultados que obtivemos em relação à autonomia, iniciativa e segurança, podemos verificar que são níveis diferentes entre o primeiro grupo e o segundo. O primeiro grupo em que todos tiveram objeto transacional e que na adolescência apresentavam um maior grau de autonomia, mantêm um nível mais elevado de autonomia, iniciativa e com valores mais elevados a nível da segurança.

Sabemos que estes adultos jovens não saíram de São Miguel para estudar, caso o tivessem feito, tal experiência poderia ter influenciado estes valores. Também já trabalham e têm a sua própria família, o que poderá ter influenciado estes valores.

No grupo 2, os adultos jovens que revelam valores mais elevados a nível autonomia, iniciativa e segurança são os que tiveram objeto transacional e falavam com o mesmo. Em adolescentes já apresentavam valores mais elevados de autonomia, o que já não acontece com os que tinham objeto transacional, mas não falavam com o mesmo.

Se relacionarmos o objeto transacional como sendo um fator que ajudou a criança no seu desenvolvimento, que na adolescência proporcionou mais autonomia e que no adulto jovem auxiliou a separação psicológica das figuras parentais, então os nossos dados estão de acordo com a teoria de Winnicott – o objeto transacional influencia todo o desenvolvimento humano. Estes adultos jovens estão a construir a sua identidade e a formação do autoconceito que é emergente na adultez, enquanto tarefas fundamentais para a conquista da autonomia e posterior obtenção do estatuto social de adulto. Esta construção da identidade pessoal e social do adulto emergente manifesta-se através do exercício de papéis sociais de adulto, tais como, por exemplo, “brincar” ao papel profissional com o objeto transacional pode contribuir para que este adulto jovem realize as suas tarefas e atividades sem necessitar do apoio emocional e instrumental constante por parte dos pais. (ANDRADE, 2016).

#### **4. CONCLUSÃO**

Neste estudo podemos refletir e salientar três conclusões: a primeira que o objeto transacional foi muito importante para as crianças que observamos, ajudando-as a ficarem longe da mãe, a tornarem-se mais autónomas, a gerirem melhor os seus sentimentos; a segunda, já adolescentes, ao lembrarem-se do objeto/companheiro

que tinham quando crianças, essa lembrança trazia-lhes o conforto e a segurança que sentiam em crianças; a terceira, já adultos jovens, ao fazer-lhes lembrar o objeto transacional que tiveram, referiam um maior grau de autonomia, iniciativa e segurança e os que já tinham filhos já incentivam os mesmos a terem um peluche, boneco ou outro a ser o seu/ companheiro, companheira preferida.

Os resultados, embora de natureza exploratória, permitem contribuir para uma melhor compreensão da influência do objeto transacional, nestes dois grupos. Lembramos que estes resultados devem ser lidos com precaução, uma vez que existem várias variáveis que não foram aqui contempladas, nomeadamente, temos adultos jovens que estudam e outros que trabalham, bem como uns que continuam a viver com os pais e outros que já constituíram família.

Para além deste aspeto, as características da amostra deste estudo também constituem uma limitação para a extrapolação destes resultados para outros grupos. A inclusão de uma amostra de maior dimensão e mais heterogénea e representativa da realidade portuguesa poderá permitir avaliar a consistência destes resultados, bem como o seu aprofundamento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. **A construção da Identidade, Auto-conceito e Autonomia em Adultos Emergentes**. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20 (1), 137-146, 2016.
- BRAZELTON, T., & GREENSPAN, S. **A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem**. Lisboa. Presença, 2003.
- CORDEIRO, M. **Dos 10 aos 15 anos: Adolescentes e Adolescência**. Lisboa: Quatro Margens, 1997.
- EISENSTEIN E. **Adolescência: Definições, conceitos e critérios**. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7, 2005.
- ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**: Rio de Janeiro. Zahar, 1972.
- FLEMING, M. **Adolescência e Autonomia**. Lisboa: Edições Afrontamento, 2004.
- GARVEY, C. **Brincar**. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.
- HOFFMAN, J. A. Psychological separation of late adolescents for their parents. **Journal of Counselling Psychology**, 31, 170-178, 1984.
- GRAÇA, J., CALHEIROS, M., & MARTINS, A. Adaptação do Questionário de Autonomia nos Adolescentes (QAA) para a língua portuguesa. **Laboratório de Psicologia**, 8(2), 237-250, 2010.
- STEPHEN, A. S., EASTMAN, G., & CORNELIUS, S. (1988). Adolescent autonomy and parental stress. **Journal of Youth and Adolescence**, 17, 377-391, 1988.
- RAMOS, N. (1990). Colóquio viver (n)a cidade. Lisboa: LNEC. Ramos, N. **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- REYMOND, R. B. (1983). **O desenvolvimento social da criança e do adolescente**. Lisboa: Editorial Aster, 1983.
- SILVA, A. **Desenvolvimento infantil: dos 0 aos 2 anos**, Lisboa, Climepsi editores, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Desenvolvimento de Competências Sociais na Adolescência**, Lisboa, Climepsi editores, 2004.
- \_\_\_\_\_. A importância do objeto transacional no desenvolvimento da criança através das gerações e culturas. In Pereira, H; Monteiro, S; Esgalho, G; Cunha, A; Leal, I. (edi) **Actas** .Lisboa: ISPA, 2020. ISBN 978-989-8384-58-4. p. 21-30, 2020.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- \_\_\_\_\_. A capacidade para estar só. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 31-37, 1998a.

\_\_\_\_\_. **Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas.** Rio de Janeiro.  
Imago, 2000.

## CAPÍTULO 13

### PROJETO PROMOVENDO A VIDA: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER E A LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA SOBREVIVENTE DO CÂNCER – UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

**Noely Cibeli dos Santos**

Faculdade Adventista do Paraná

E-mail: noely\_cibeli@uol.com.br

**Resumo:** O câncer na infância e adolescência é uma doença com tratamento longo e difícil que pode trazer repercussões físicas, psíquicas e espirituais na criança, trazendo a necessidade de assistência integral durante e após o tratamento. Nesse sentido, a apropriação de referenciais teóricos para orientar a prática assistencial de enfermagem é fundamental. Neste contexto, objetivou-se com este estudo, desenvolver uma prática de Promoção da saúde de um grupo de crianças sobreviventes do câncer como base os conceitos de Capital de saúde de Grossman, a Logoterapia e Análise existencial de Viktor Frankl e do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de caráter qualitativo do tipo Convergente Assistencial (PCA). A PCA, constitui-se a partir de cinco fases, as quais foram seguidas neste estudo de acordo com o rigor metodológico, a saber: de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e interpretação. A pesquisa foi realizada na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Maringá – PR. Fizeram parte deste estudo, crianças que participam do Projeto Terapia da Vida. Para a coleta de dados foi realizado observação, registro fotográfico, filmagem, diário de campo e registro da produção das crianças durante o processo. A análise foi efetuada mediante a execução do processo de apreensão; processo de síntese através da construção de categorias; processo de teorização e transferência dos resultados. Os resultados do presente estudo são descritos a partir dos atributos que constituem a PCA, sendo eles: imersibilidade, por meio de reflexões; simultaneidade, através do levantamento das necessidades apresentadas pelo grupo e aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender; expansibilidade, orientada pela introdução da Logoterapia e Análise Existencial na oficina, que permitiu importantes reflexões acerca da responsabilidade do ser humano ante a administração da própria vida, construção de valores, orientando escolhas mais salutares; por fim, chegou-se ao atributo da dialogicidade, por meio do qual se deu a construção de uma estratégia de promoção de saúde da criança sobrevivente do câncer que pode ser replicada e adaptada em diferentes contextos de atuação da enfermagem. A PCA favoreceu a convergência de dados produzidos pela investigação científica e as ações práticas desenvolvidas, oportunizando o desenvolvimento de novas tecnologias a partir de teorias que enriqueceram primeiro o ser enfermeiro e depois qualificaram a ação, trazendo novos recursos para cuidar da integralidade do ser e assim promover a vida.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Enfermagem Pediátrica; Oncologia.

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença grave com tratamento agressivo que traz para a criança repercussões físicas, psíquicas, sociais e espirituais e nesse sentido, é importante ressaltar que sobreviver à doença, não significa unicamente a cura física, mas a necessidade de reconhecermos que o sucesso do tratamento transcende a esfera biológica, estendendo-se para a dimensão existencial, que inclui inúmeras esferas do existir humano. (WHITAKER et al., 2013)

A criança sobrevivente do câncer e sua família necessitam contar com o apoio dos profissionais para enfrentar os novos desafios e para tanto, é fundamental que a enfermagem esteja embasada em teorias que tragam um olhar integral para o ser humano e uma visão de saúde direcionada para o Modelo Salutogênico.

De acordo com Marasca (2019), o Modelo Salutogênico, também reconhecido como novo Paradigma de Saúde, foi proposto pelo sociólogo Aaron Antonovsky a partir da década 60 e vem progressivamente conquistando espaço, principalmente na medicina integrativa. A palavra Salutogêneses tem, na etimologia, a junção da palavra latina “salus, salutis”, que significa saúde, bom estado, conservação” e “gêneses”, de origem grega, que quer dizer “origem, geração, criação”. Salus + /genesis= salutogêneses (a origem da saúde, isto é, a busca das razões que levam alguém se manter saudável, uma concepção contrária ao paradigma hegemônico da Patogênese).

Nesta perspectiva é fundamental ter claro qual concepção de saúde irá fundamentar e guiar as nossas ações.

Para Canguilhem (2006), não é possível reduzir o conceito de saúde a um termo científico, a medidas estatísticas ou pensar que podemos alcançar este conceito pela comparação entre organismos. O autor propõe que para definir saúde seria necessário partir da dimensão do ser, pois é neste contexto que ocorrem as definições do que é normal ou patológico. O que é considerado normal em um indivíduo pode não ser para outro, não há rigidez nesse processo. A saúde torna-se a capacidade que o ser humano tem de gastar e consumir a própria vida.

Cada vez que o indivíduo fica doente está reduzindo o poder que tem de enfrentar outros agravos, ele gasta o seu seguro biológico, sem o qual não estaria vivo. Entretanto, nem sempre o indivíduo consegue escolher a melhor forma de

“consumir a vida” e nessa concepção é considerada que a vida não admite a reversibilidade, ela aceita apenas reparações. (CANGUILHEM, 2006)

O autor acrescenta que o normal é poder viver em meios às flutuações e aos novos acontecimentos. Não são as medidas estatísticas, mas sim as dificuldades do organismo para lidar com as demandas do meio e a consideração do sofrimento individual que nos possibilita tentar uma definição menos restrita do conceito de saúde.

A partir dessas reflexões podemos dizer que a definição de saúde é algo amplo e com múltiplos significados. Quando pensamos saúde apenas nos aspectos biológicos, ela se caracteriza como ausência de doença e parece muito mais simples, porém o processo saúde e doença é algo complexo e envolve todas as dimensões do ser humano. (Santos, 2019)

Em relação às dimensões, alguns autores descrevem que o ser humano possui uma dimensão biológica que é influenciada por uma dimensão psíquica, que também sofre influência da dimensão socioambiental e todas as dimensões influenciadas pela dimensão ética-espiritual. Então, nessa perspectiva, podemos dizer que saúde, na verdade, é o equilíbrio entre as dimensões, reconhecendo que é uma busca de equilíbrio, pois vivemos num mundo complexo onde um completo bem-estar, um completo equilíbrio parece impossível. Assim, a dimensão ético-espiritual acena com uma importância singular, uma vez que, é responsável pelo nosso querer, pela capacidade de administrarmos a nossa vida. (BRESCIANI, 2000)

Ainda nessa perspectiva de gerenciamento do viver, outra discussão interessante sobre saúde, é o conceito de Capital de Saúde proposto por Michael Grossman, que considera a saúde um capital duradouro que tem como produto tempo de vida saudável. O Capital de Saúde está relacionado com o conjunto de fatores que propiciam bem-estar psicológico, físico, social e ambiental e a capacidade de reagir às demandas do meio ambiente em condições desestabilizadoras. Nesse conceito o tempo de vida depende no máximo de 30% do patrimônio genético, 20% estão relacionados a condições históricas, socioeconômicas e o acaso e os 50% restantes estão sob a nossa responsabilidade de administração, ou seja, nossa capacidade de gerenciar o viver. (GROSSMAN, 1972)

Nesta concepção de saúde incorporamos os conceitos da Logoteoria e Análise Existencial de Viktor Frankl como base para as ações de Educação para a Saúde,

uma vez que as propostas de Frankl trazem a concepção de integralidade do homem e sua responsabilidade pela própria vida.

A Logoterapia de Frankl projeta sua atenção para o futuro e as potencialidades do ser humano, direcionando o paciente para a preocupação de estabelecer e perseguir um objetivo, um sentido que se apoia em três categorias de valores: criadores, vivenciais e atitudinais. Dessa forma, o autor em foco descobre no ser humano uma vontade de sentido, considerado uma atração do ser humano para com os valores. (FRANKL, 2003)

A busca de sentido é o centro gravitacional da existência humana bem como o principal fator de proteção à saúde da dimensão psicofísica. Na medida em que compreende a existência-espiritual humana como “auto transcendente”, Frankl (2003) deixa claro que a liberdade espiritual do ser humano, a qual não se lhe pode tirar, permite-lhe até o último suspiro configurar sua vida de modo que tenha sentido. A pessoa está colocada diante da decisão de transformar sua situação de mero sofrimento numa realização de valores.

A essência da existência está relacionada ao senso de responsabilidade de uma pessoa, fazendo-a pensar, entender e conscientizar-se que o passado ainda pode ser alterado e corrigido, procurando criar no indivíduo uma consciência plena de sua própria responsabilidade, para que opte pelo que, perante que, ou perante quem, ele se julga responsável. (FRANKL, 2008)

Estes conceitos se tornam muito relevantes quando pensamos a Educação para Saúde

### **1.1 Objetivo**

Desenvolver uma prática de Promoção da Saúde em um grupo de crianças sobreviventes do câncer, através do Projeto Promovendo a Vida com base nos conceitos de Capital de Saúde de Grossman, pressupostos da Logoteoria e Análise existencial de Viktor Frankl e no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA), que mantém íntima relação com o contexto da prática para desvelar soluções, realizar mudanças e aperfeiçoamento (TRENTINI; PAIM; SILVA 2014). A PCA, constitui-se de cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.

Na fase de **concepção**, apresentam-se o tema, questão de pesquisa, objetivo, revisão da literatura e o referencial teórico, que neste estudo se trata do Conceito de Capital de Saúde de Grossman, Logoteoria e Análise Existencial de Viktor Frankl e Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Na fase de **instrumentação**, ocorre a descrição do espaço, participantes, aspectos da negociação da proposta e os métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados. A pesquisa está sendo realizada na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Maringá – PR. Participam crianças sobreviventes do câncer e alguns irmãos membros do Projeto Promovendo a Vida.

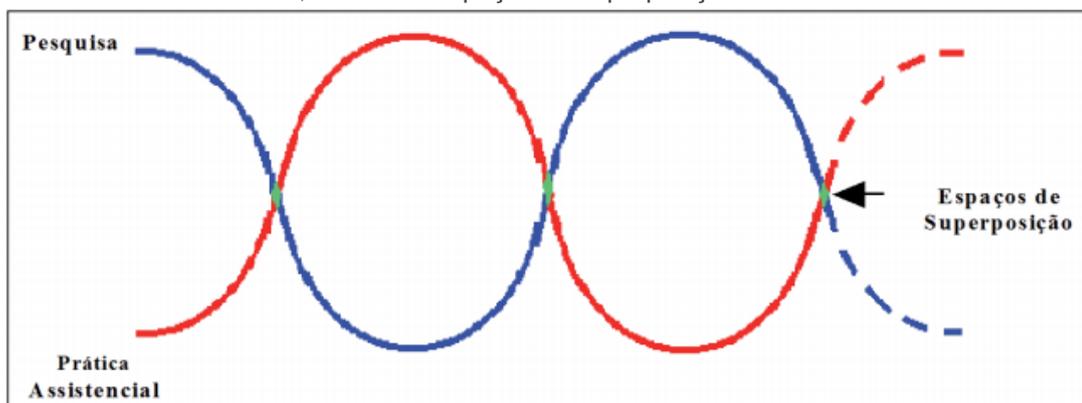
A coleta de dados é realizada através de observação, diário de campo, entrevistas informais, registro fotográfico e filmagem.

Na **perscrutação** ocorre as transformações em todo o contexto da investigação.

A fase de **análise e interpretação** é efetuada mediante a execução do processo de apreensão; processo de síntese através da construção de categorias; processo de teorização e transferência dos resultados.

Obteve-se a partir dessa etapa, a “dança” da convergência (FIGURA 1), onde ocorreu um movimento de aproximação, afastamento e convergência com a prática assistencial de forma a criar espaço de superposição entre a pesquisa e a assistência, no objetivo de mudar a realidade da assistência.

Figura 1: Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades



Fonte: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017.

Esse processo, suscitou inovações na realidade trabalhada, o que implicou em benefícios para os sujeitos envolvidos, a saber: pesquisador, colaboradoras e instituição.

A partir da análise dos dados, trabalhou-se para que a pesquisa, seguindo o aporte teórico da Logoterapia e Análise Existencial e do MPS de Nola Pender, cumprisse seu papel social e ampliasse as fronteiras da prática assistencial de enfermagem à criança sobrevivente do câncer para um viver pleno de sentido com habilidade para vida e conseqüentemente um adulto saudável.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo serão descritos a partir dos atributos que constituem a Pesquisa Convergente Assistencial, os quais são denominados como: imersibilidade, simultaneidade, expansibilidade e dialogicidade.

Nesta perspectiva, compreende-se como imersibilidade, o “mergulho” do pesquisador nas práticas de pesquisa e nas ações da prática assistencial no mesmo espaço físico e temporal da contextualização do estudo. A simultaneidade, por sua vez, manifesta-se na “dança”, sendo este o movimento em recíproca convergência das ações de pesquisa e ações da prática assistencial durante o processo da PCA. Por meio da expansibilidade a PCA tem o poder de ampliar o propósito basal do pesquisador para além de restituir o cenário da prática assistencial em si, oportunizando a descoberta de conhecimentos necessários à construção de novas

teorias. Por fim, a dialogicidade como atributo da PCA, torna compreensível a existência da unidualidade entre assistência e pesquisa; ou seja, as relações das duas instâncias acerca de um fenômeno, sem descaracterizar a unidade, em cada uma delas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na PCA, a assistência, a coleta de dados e análise ocorrem simultaneamente, permitindo aprofundar a compreensão do cenário estudado para descobrir demandas que serão sanadas durante o processo da pesquisa realizando-se assim a “dança da PCA”. (TRENTINI; PAIM; SILVA 2014)

### **3.1 Imersibilidade**

A coleta de dados deu-se a partir dos encontros realizados para a execução do Projeto Promovendo a Vida acontece desde março de 2017 e faz parte do programa Terapia da Vida.

A partir das negociações com a Rede Feminina de Combate ao Câncer para eleger o perfil das crianças, todas já tendo terminado o tratamento, negociações com os pais, análise de recursos como transporte das crianças, preparo de lanche, foi definido que os encontros aconteceriam quinzenalmente com a participação em média de 10 crianças com idade entre seis e onze anos e em 2021 concluiu sua quinta etapa.

Partindo da ideia de capital de saúde proposto por Grossman e a importância do desenvolvimento de atitudes saudáveis, foi apresentado para as crianças o “Cofrinho da Saúde”.

Na primeira etapa, após conhecerem a importância do “Cofrinho da Saúde” iniciaram as atividades lúdicas para compreenderem a importância de oito remédios naturais: água, luz solar, ar puro descanso, alimentação saudável, equilíbrio, exercício físico e confiança em Deus. (Nogueira, 1997)

Durante as atividades surgiram outras demandas como o medo da retirada do cateter de longa permanência e outros procedimentos que foram trabalhados através do brinquedo terapêutico reproduzindo os procedimentos. Na Teoria de Nola Pender são demandas competitivas imediatas que precisam ser consideradas para continuidade da assistência realizando assim o encontro entre a teoria e a prática.

As crianças tiveram total adesão e umas das estratégias para avaliar essa adesão, além da verbalização das crianças e pais, foi a entrega de um “porquinho

cofrinho” e moedinhas da saúde para que a criança colocasse quais os comportamentos saudáveis tinham aderido.

### **3.2 Simultaneidade**

Por meio deste cenário de construções, foi possível partir para o próximo atributo da PCA, onde evidenciou-se mais claramente a “dança” da PCA acontecendo através da análise das ações e seus resultados, que apontavam novas demandas, bem como o impacto e as repercussões das práticas realizadas.

Iniciou-se a segunda etapa do projeto, percebendo-se a necessidade de trazer para as crianças experiências concretas da utilização dos oito remédios naturais e com base nos pressupostos da Logoteoria e Análise Existencial iniciamos a estratégia da Biblioterapia adaptada para as crianças. A literatura como recurso terapêutico é uma técnica que pode ter alcance de espectro bem variado tanto com pacientes idosos, como com deficientes físicos ou crianças em escolas (Frankl, 2005).

Utilizamos a coleção Gincana da Saúde da autora Agatha Lemos que apresenta os oitos remédios naturais em sua coleção de oito livros. Em cada encontro foi realizado a leitura de um livro e desenvolvido através de atividades lúdicas a reflexão sobre o comportamento saudável proposto na história.

Nesta segunda etapa uma das crianças apresentou recidiva, uma demanda competitiva imediata, trazendo a necessidade de um acompanhamento individualizado voltado para a nova realidade. Realizou transplante de medula sendo acompanhada durante o processo para compreensão dos procedimentos e estratégias de enfrentamento principalmente durante o isolamento. Dois meses depois da alta do transplante de medula óssea, a criança apresentou nova recidiva e foi considerada fora de possibilidade terapêutica, mas para nós não foi considerada fora de possibilidade de vida e novas estratégias foram desenvolvidas para se despedir da vida com plenitude e a estratégia principal foi o caderninho dos sonhos para manutenção de um propósito para ser perseguido até seu último dia de vida.

Durante esse processo as ações foram pautadas nos pressupostos da Logoteoria e Análise Existencial, em particular nos conceitos da tríade trágica. As ações realizadas foram desenvolvidas especificamente para esta criança e família,

uma vez que as outras crianças não trouxeram demandas para serem trabalhados, pois o vínculo ainda era inicial com as outras crianças.

Todo o processo das duas etapas foi guiado pelo Modelo de Nola Pender, que segundo Victor, Lopes e Ximenes (2005) tem como objetivo a realização de atividades que potencializem no indivíduo o desenvolvimento de recursos que mantenham e intensifiquem o bem estar da pessoa, como proposto na concepção de promoção de saúde, integrando a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo, processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável fundamentalmente.

A categorização dos dados obtidos na coleta permitiu a construção do Diagrama do Modelo de Nola Pender com as seguintes informações:

#### 1. Características e experiências individuais:

Comportamento Prévio Relacionado: Alimentos industrializados; Horas de sono insuficientes; Atividade física insuficiente; Higiene inadequada e Abertura para mudanças.

Fatores Pessoais: Idade entre 6 e 12 anos; sobreviventes do câncer; sequelas de quimioterapia e radioterapia; sequelas psíquicas relacionadas ao tratamento prologado e doloroso; afastamento das atividades sociais e escolares; famílias em vulnerabilidade social; espiritualidade positiva e irmãos negligenciados.

#### 2. Sentimento e Conhecimento

Benefícios de Ações Percebidas: Melhor saúde; evitar a recidiva; ser mais feliz; ser curado para sempre.

Barreiras percebidas para a Ação: Condições financeiras; hábitos da família e despreparo da escola.

Auto Eficácia Percebida: Mudança como desafio; sede pelo conhecimento e desejo de mudança.

Sentimento Relacionado com a Atividade: Desafio e auto realização.

Influências Interpessoais: Parcerias entre irmãos; confiança nos profissionais e serviços oferecido na Rede Feminina de Combate ao Câncer.

Influências Situacionais: Serviços oferecido pela Rede Feminina de Combate ao Câncer.

### 3. Comportamento de Promoção de Saúde Desejável

Demandas competitivas imediatas: Realização de Procedimentos; Bullying na escola e recidiva sem possibilidade de tratamento.

Compromisso com o plano de ação: Verbalização do desejo de realizar o comprometido; compartilha o conhecimento adquirido e realiza o caderno de desejos até o último dia.

Comportamento promotor de saúde individuais: Recusa alimentos não saudáveis e argumenta sobre sua escolha; cuidado com a higiene e estratégias de enfrentamento dos desafios e adaptação.

## 3.3 Expansibilidade

Após serem trabalhados os conceitos de Capital de Saúde de Grossman, através do “Cofrinho da Saúde”, pode-se perceber nas crianças necessidades biopsicossociais e espirituais.

Ao se analisar as ações realizadas e a interconexão da oficina com as necessidades do grupo, por meio da construção do diário de campo, foi possível concluir algumas informações importantes para a continuidade e abrangência das ações de assistência e pesquisa, o que possibilitou perceber que as demandas suscitadas entre a realidade das crianças ultrapassavam o caráter biológico.

Foi a partir dessa avaliação que houve a introdução das atividades temáticas orientadas pela Logoterapia e Análise Existencial de Frankl, visto que uma grande necessidade do grupo dizia respeito à carência de realização de valores, bem como à prevenção do vazio existencial e ao sentido na vida.

A terceira etapa se iniciou a partir da identificação de necessidades psicossociais e espirituais como o enfrentamento do Bullying na escola, desenvolvimento de autonomia e o desenvolvimento de emoções positivas, esta etapa teve como objetivo apresentar a importância dos valores para continuar enchendo o “Cofrinho da Saúde”, continuando com a técnica da Biblioterapia.

As crianças puderam refletir valores através das lições trazidas nos livros: “A descoberta da Leila” mostrou que devemos dizer não Bullying; “Uma lição de carinho” através do porco espinho Tião e o urso Ernesto ensinou que precisamos dar carinho; “O mostro das cores” mostrou a importância de organizar as nossas emoções; “Mapa de sonhos de Uri Shulevitz” ensinou que o difícil pode ser transformado e “O pote vazio”, Demi comprovou que podemos ser sempre honestos. Ao final as crianças contaram as histórias e suas lições com muito entusiasmo e construíram um grande painel com as representações dos livros. Cada um expressou o que mais ficou no coração com muita vida. A técnica da Biblioterapia contribuiu para o envolvimento das crianças na participação ativa na leitura dos livros e na realização das atividades que trouxeram a possibilidade de fortalecimento para enfrentamento das dificuldades do cotidiano contribuindo para saúde mental das crianças.

A busca de novas estratégias para promover a saúde, tendo a concepção que a cura não é apenas física é fundamental para uma assistência de enfermagem que busca um cuidar integral.

Testemunhando o crescimento das crianças e o desejo de compartilhar as ricas reflexões, em 2019, a quarta etapa traz um novo desafio: a construção de um livro que segundo as crianças é um diário. Continuamos com a técnica da Biblioterapia e após as dinâmicas e reflexões cada criança escrevia seu texto sobre a temática discutida. Viajamos por biografias e histórias que inspiraram as crianças para escreverem relatos do seu cotidiano.

É um trabalho do coração, realizado com a mais pura sensibilidade de crianças que “lutaram e ganharam a vida”. A construção coletiva traz reflexões singelas daqueles que com tão poucos anos de vida, já sabem muito da vida e da transformação do sofrimento em conquista. É olhar a vida através dos olhos puros, sensíveis e podemos dizer corajosos.

Ler, refletir e escrever, um verdadeiro exercício de crescimento e amadurecimento para formação de um ser humano rico em habilidades humanas. Uma real promoção da vida. O produto final dessa etapa foi a construção do livro **“Lutamos e ganhamos a vida”** que foi lançado em março de 2020.

A quinta etapa do projeto começou em meio a pandemia. Impossibilitados de encontros presencial, adaptamos a oficina para a Plataforma Zoom. Foi necessário

um período de adaptações, com criação de tutorial para as crianças, a identificação e disponibilização de recursos tecnológicos.

Continuando a partir dos fundamentos da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl, realizando a “dança da PCA”, ou seja, o encontro da teoria com a prática, incorporamos a proposta de desenvolvimento de Habilidades para a vida da Organização Mundial de Saúde. De acordo com Cunha e Rodrigues (2010) hoje a Organização Mundial de saúde considera a saúde e a promoção de saúde de forma mais abrangente na vida das pessoas, tendo como um dos objetivos a maximização do repertório de competências individuais que visa proporcionar alternativas para a resolução dos problemas vivenciados no cotidiano de risco psicossocial.

Nos encontros via Zoom continuamos com a técnica da Biblioterapia. Um livro com uma história que apresentasse a habilidade a ser desenvolvida (autoconhecimento, pensamento criativo, empatia, relacionamento interpessoal, lidar com os sentimentos, lidar com o estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico, tomada de decisão e resolução de problemas). As crianças realizavam a roda de leitura através do compartilhamento da tela. Dinâmicas foram feitas para que as crianças não ficassem o tempo todo só na tela, mas participassem de atividades interativas como realização de brinquedos com sucata, verrines saudáveis, divisão em salas simultâneas para produção com os alunos de enfermagem que fazem parte do projeto e voltavam com “surpresas” desenvolvidas e apresentavam para os demais colegas.

### **3.4 Dialogicidade**

O cronograma previamente estabelecido das oficinas, durante todo o processo da PCA, passou por adaptações, principalmente em meio às convergências; o mesmo passou por modelações devido às demandas que eram suscitadas no grupo, segundo avaliação de novas necessidades e competição de algumas carências ou mesmo de aspectos positivos.

A prática promovida, buscou contemplar nas atividades, momentos de reflexão sobre tornar-se um adulto saudável física, psíquica e espiritualmente e também os conceitos de vontade de sentido, liberdade e responsabilidade, segundo a Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl (2008).

Na PCA, assistência, coleta de dados e análise ocorrem simultaneamente, permitindo aprofundar a compreensão do cenário estudado para descobrir demandas que serão sanadas durante o processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Foi seguindo esta perspectiva e os atributos da PCA que o cenário foi sendo aos poucos desvelado juntamente com as crianças.

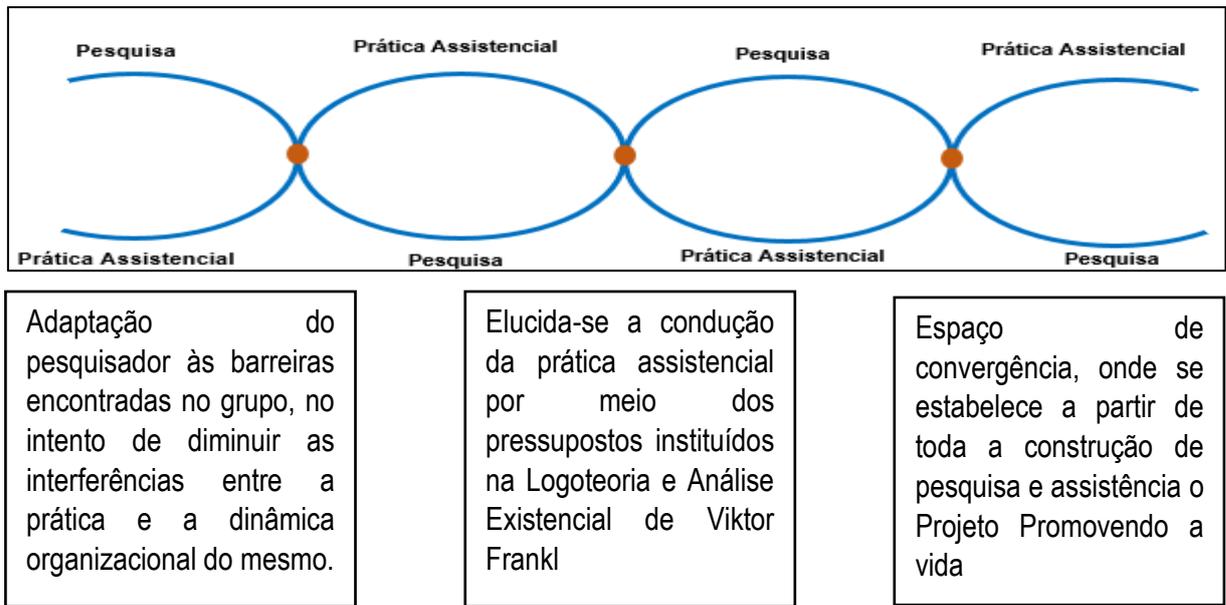
Compreendeu-se a PCA como uma importante ferramenta que pode auxiliar no processo de assistência/pesquisa, pois considera a objetividade, a subjetividade, a praticidade, a adequação e a segurança, que devem ser inerentes no cuidado prestado.

De acordo com Rocha, Prado e Silva (2012), o processo de elaboração da assistência a ser prestada é dinâmico, assim como a PCA, com isso, entende-se que suas diferentes fases não ocorrem necessariamente em uma sequência rígida, mas podem ocorrer concomitantemente.

Diante da necessidade de levar reflexões sobre sua conduta e valores verdadeiros que auxiliassem na construção de metas para uma vida bem-sucedida, e mais plena, os pressupostos da Logoterapia e Análise Existencial de Frankl nortearam outra vez as atividades.

O aporte das teorias selecionadas para o presente estudo foi fundamental à orientação de cada ação, uma vez que por meio de seus pressupostos era possível direcionar a planejar a assistência. Através dos referenciais teóricos, tornou-se mais claro o rumo a ser tomado diante das necessidades apresentadas e a melhor forma de suprir as demandas suscitadas.

Figura 2: O processo convergente assistencial



Fonte: A autora, 2021

O diagrama acima revela movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades. Em uma primeira instância, no que concerne à adaptação do pesquisador às barreiras encontradas no grupo, no intento de diminuir as interferências entre a prática e a dinâmica organizacional do mesmo.

No segundo espaço de superposição, elucida-se a condução da prática assistencial por meio dos pressupostos instituídos na Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl, promovendo abordagens coerentes às demandas suscitadas no grupo no que tange à necessidade estabelecer um sentido real para a vida, que influirá no melhor manejo da saúde e em uma vivência mais satisfatória, tornando-o um adulto saudável física, psíquica e espiritualmente saudável.

Ao se analisar a dança da PCA, nota-se ainda um terceiro espaço de convergência, onde se estabelece a partir de toda a construção de pesquisa e assistência, o Projeto Promovendo a Vida e a estruturação das Oficinas como uma proposta de prática a ser executada na trajetória rumo à promoção da qualidade de vida, bem-estar e plenitude.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi evidenciado as mudanças ocorridas antes e após todos os momentos de convergência, pois no início do projeto as crianças traziam poucos conceitos sobre o cuidado com a saúde, além de um contexto familiar pouco favorável.

No decorrer dos momentos propostos pela PCA, observamos que as crianças participaram ativamente das atividades propostas. A cada semana foram percebidos o entusiasmo e a incorporação das atitudes saudáveis apresentadas. O encantamento para novo desafio e o orgulho das atividades realizadas fortaleceram as crianças para lidarem com as sequelas do tratamento e para tomada de decisões saudáveis.

Os pais relataram que as mudanças se estenderam à família provocando mais uma revolução, agora para a promoção da vida.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi um guia para desvelar o que motiva ou desmotiva a criança para um engajamento de comportamentos que promovam saúde e assim a partir das contribuições da Logoteoria e Análise Existencial reestruturar o projeto com aplicação de novas técnicas.

A criança fora de possibilidade terapêutica juntamente com a sua família pode re-significar seu sofrimento e viver plenamente e com sentido cada momento até o último dia de vida.

Consideramos que as concepções de Frankl que o homem não é livre de condições, pois, é influenciado por forças ambientais, biológicas e psicológicas, mas é livre para se posicionar perante os fatores determinantes da existência e posicionar perante sua condição no mundo. (Frankl, 2010) e que o ser humano não apenas reage aos contingentes internos e externos, mas responde a eles, e, ao escolher dar uma resposta à vida, torna-se responsável pelo que vai ser no momento seguinte (Frankl, 2005), foram a bússola para condução do projeto.

A PCA favoreceu a convergência de dados produzidos pela investigação científica e as ações práticas desenvolvidas, oportunizando o desenvolvimento de novas tecnologias a partir de teorias que enriqueceram primeiro o ser enfermeiro e depois qualificaram a ação, trazendo novos recursos para cuidar da integralidade do ser e assim promover a vida.

## REFERÊNCIAS

- BRESCIANI, Claudio. Saúde: abordagem histórico-cultural. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.24, nov./dez. 2000.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- FRANKL, Viktor Emil. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. 4. ed. São Paulo: Quadrante, 2003.
- FRANKL, Viktor Emil. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo** (11a ed.). Aparecida, SP: Editora Santuário, 2005.
- FRANKL, Viktor Emil. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial** (5a ed.). São Paulo: Quadrante, 2010.
- GROSSMAN, Michael. On the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political Economy**. 80, 223-255, 1992.
- MARASCA, E. A Pedagogia Waldorf: bases epistemológicas de uma educação potencialmente salutogênica. **Argumentos Pró-Educação**, v. 4, n. 12, 14 dez. 2019.
- NOGUEIRA, Helnio Judson. Medicina Adventista - existe isso? In: Anais I **Congresso Brasileiro Adventista de Saúde**. São Paulo: Instituto Adventista de Ensino. São Paulo. p. 32-9, 1997.
- ROCHA, K. P.; PRADO, L. M.; SILVA, G. V. D. M. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, 2012.
- Santos, N. C. O sentido de vida e a educação para a saúde de pacientes oncológicos. In: Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos; Thamires Nayara Sousa de Vasconcelos. (Org.). **Ciências humanas: características práticas, teóricas e subjetivas**. 1ed.Ponte Grossa: Atena, 2019, v. 1, p. 185-193.
- TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia.; SILVA, Demise Guerreiro V da. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014.
- VICTOR, Janaína Fonseca; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 235-240, 2019.
- WHITAKER, Maria Carolina Ortiz et al. A vida após o câncer infantojuvenil: experiências dos sobreviventes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 873-878, Dec. 2013.

## CAPÍTULO 14

### CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA EM MODELO EXPERIMENTAL ANIMAL COM TERAPIA FOTODINÂMICA

#### **Italo Soares Eneias**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Acadêmico de Medicina, Núcleo de Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: iseneias@hotmail.com

#### **Ana Rita Pinheiro Barcessat**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Università degli Studi di Sassari (UNISS)/ Cirurgiã Dentista; Doutora em Estomatologia Básica e Aplicada- Patologia Bucal; Professora efetiva Colegiado de Enfermagem da UNIFAP. Núcleo de Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: barcessat@unifap.br

#### **Alana Patrícia Lima Ferreira**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Cirurgiã Dentista, bolsista CAPES - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde -UNIFAP  
E-mail: aalanapatricia@gmail.com

#### **Ana Vitoria Gonçalves de Oliveira Cruz**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Acadêmica de Enfermagem, Núcleo de Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: cruzvitoria07@gmail.com

#### **Carla Emanuela Xavier Silva**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Enfermeira; Pós graduanda pelo Programa de Residência Multiprofissional da Unifap  
E-mail: carlaexavier98@gmail.com

#### **Danyela Darienso**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Cirurgiã Dentista, Mestranda pelo programa Coordenação do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde- CCMCS  
E-mail: danydarienso@gmail.com

#### **Ester Suane Lima Monteiro**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Acadêmica de Enfermagem, Núcleo de Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: estersuanelima@gmail.com

#### **João Douglas Quaresma de Oliveira**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Acadêmico de Enfermagem, Núcleo de Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: douglasap96@gmail.com

#### **Lucas dos Santos Nunes**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Acadêmico de Enfermagem, Núcleo de

Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: lucasnunes900@yahoo.com.br

**Rebeca Góes Gonçalves**

Universidade Federal do Amapá- UNIFAP/ Acadêmica de Enfermagem, Núcleo de Estudos em Neuro Psico Fisiopatologia Adaptativa  
E-mail: rebecagoes018@gmail.com

**Resumo:** A terapia fotodinâmica (TFD) parte do princípio de interação entre luz, um fotossensibilizador (Fs) e oxigênio endógeno (O<sub>2</sub>), os quais resultam em espécies reativas de oxigênio (EROS). A TFD pode ser usada no tratamento oncológico ou antimicrobiano, sendo este último o foco dessa pesquisa. A proposta desse protocolo foi a de aperfeiçoar as pesquisas de TFD em modelo de experimentação animal para ampliar os conhecimentos histopatológicos dentro dessa área, embasando ainda mais os conhecimentos de terapia fotodinâmica e contribuindo para a padronização dos protocolos de pesquisas de TFD em animais.

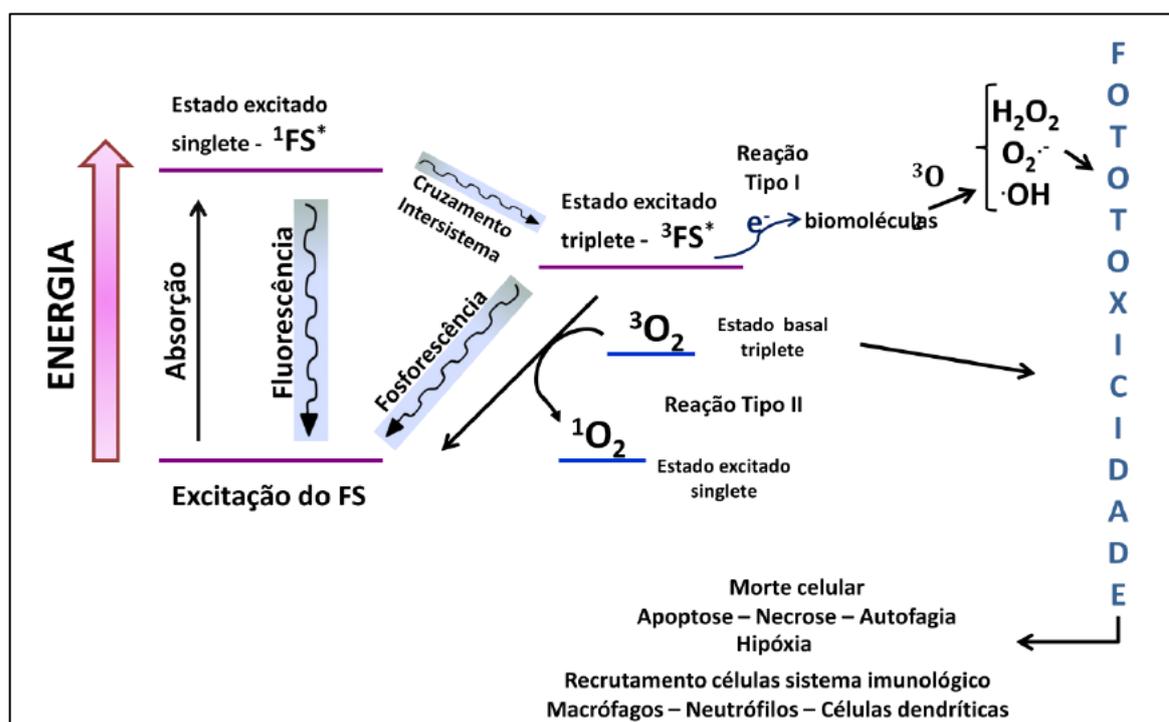
**Palavras-chave:** Experimentação Animal; Fotoquimioterapia; Protocolos; Terapia fotodinâmica.

## 1. INTRODUÇÃO

O efeito fotodinâmico consiste na liberação de espécies reativas de oxigênio (EROs) a partir de uma reação fotoquímica entre uma substância fotossensível, uma fonte de ativação e o oxigênio (BARCESSAT E CÔRREA, 2017). Essas reações energizam as moléculas do Fs, podendo elas: voltar ao seu estado de energia fundamental, gerar EROs por reações de oxirredução (reações do tipo I) ou formar um oxigênio singlete (reações de tipo II).

As reações de tipo I e II promovem interações citotóxicas que são utilizadas em processos de redução microbiana e morte celular, tendo sido empregues na descontaminação oral e em descontaminação de feridas (SANTOS, 2014).

Figura 1: Princípios da terapia fotodinâmica



Fonte: Santos, 2014

O protocolo em questão faz parte da segunda etapa do projeto denominado: “Eficácia da terapia fotodinâmica na redução da *Candida* SP na cavidade oral de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: ensaio clínico randomizado”, sendo a primeira parte um ensaio clínico em unidade de terapia intensiva e a segunda em experimentação animal.

A utilização de TFD em ambiente de UTI para pacientes odontológicos se prova útil na prevenção de contaminação cruzada (NETO, 2012), além disso a Terapia Fotodinâmica pode prevenir a necessidade de uma antibioticoterapia intensa, já que ela tem a capacidade de destruir bactérias com grande resistência às drogas (BARCESSAT, 2013).

A parte desse projeto realizada com animais teve como finalidade o estudo do efeito em tecido oral, que não pode ser executada em humanos por se tratar de uma biópsia.

## **2. METODOLOGIA**

A elaboração do protocolo foi embasada nas mesmas fontes científicas utilizadas na pesquisa com humanos na parte clínica do projeto, ou seja, os protocolos pré-existent de TFD.

Sendo assim, foram escolhidos dois protocolos com comprovação de eficiência em descontaminação oral, o primeiro foi o tratamento com fotossensibilizador azul de metileno com exposição à laser vermelho (BARCESSAT, 2013), enquanto o outro grupo foi baseado em pesquisas com curcumina e irradiação por LED azul (NUNES; JUNIOR; BACESSAT, 2018).

Depois de definido os métodos de aplicação de terapia fotodinâmica foi-se desenvolvendo as etapas específicas à experimentação animal baseado em pesquisas anteriores e em concordância com as diretrizes *Animal Research: Reporting of In Vivo Experiments* – ARRIVE guidelines (DU SERT et al., 2020). Foram considerados ainda os documentos e cálculos necessários à submissão à Comissão de Ética animal - CEUA (CONCEA, 2017).

## **3. RESULTADOS**

O resultado da pesquisa foi a adaptação do protocolo semelhante ao usado na pesquisa com humanos com os passos a seguir:

### **3.1 Escolha do animal**

A cobaia escolhida foi o rato wistar (*rattus norvegicus*), pelo fato de serem resistentes, dóceis e de fácil manuseio, além de existir uma grande base de dados disponível sobre os seus órgãos e tecidos (DONALDSON, 2018).

### 3.2 Obtenção, transporte e aclimação dos animais

Os animais serão adquiridos do Instituto Evandro Chagas em Belém – PA, pois é o biotério central de instituição de pesquisa mais próximo geograficamente, importante para a redução do elemento estresse das cobaias. O transporte será aéreo, seguindo as normas vigentes da Associação Internacional de Transportes Aéreos (IATA). Os animais serão aclimatados em gaiolas individuais em ambiente com refrigeração própria por uma semana, obedecendo ciclos de 24 horas de claro e escuro.

### 3.3 Alocação randômica e definição de grupos

A alocação dos grupos será realizada por sorteio aleatório em um programa de randomização. Os grupos serão: G1 – Grupo experimental com Azul de Metileno e irradiação laser vermelho; G2 – Grupo experimental com fotossensibilizador curcumina e irradiação por LED azul; G3- Grupo controle com apenas fotossensibilizador azul de metileno; G4- Grupo controle com apenas fotossensibilizador curcumina.

Quadro 1: Definição dos grupos

| <b>Grupos</b>          | <b>Fotossensibilizador</b> | <b>Fonte de luz</b> |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| G1- Grupo Experimental | Azul de Metileno           | Laser vermelho      |
| G2-Grupo Experimental  | Curcumina                  | LED azul            |
| G3- Grupo Controle     | Azul de Metileno           | Desligada           |
| G4- Grupo Controle     | Curcumina                  | Desligada           |

Fonte: Os autores

### 3.4 Sedação animal

A sedação será feita com relaxante muscular xilazina e quetamina.

### **3.5 Protocolo de Terapia Fotodinâmica**

Os fotossensibilizadores serão gotejados sobre a língua dos animais pelo tempo definido de pré irradiação seguido da irradiação da fonte luminosa.

G1– Grupo experimental com Azul de Metileno a 0,5 % como fotossensibilizador, aplicado durante dois minutos seguido de irradiação por laser vermelho (660 nm, 40 mW, 90J/cm<sup>2</sup>, 1,5 min). G2 – Grupo experimental com fotossensibilizador curcumina (PDT-Pharma com concentração 1,5g/L) seguida de irradiação pelo LED azul (770 nm +/- 25, 250 MW, 45J/cm<sup>2</sup>). G3 – Grupo Controle que receberá somente o fotossensibilizador azul de metileno com a fonte laser desligada. G4– Grupo Controle que irá receber somente o fotossensibilizador curcumina com a fonte LED desligada.

### **3.6 Biópsias e eutanásia dos animais**

Imediatamente após a terapia fotodinâmica, ainda sob sedação, os animais serão submetidos à biópsia excisional da língua com tesoura cirúrgica. Procedendo-se a eutanásia dos animais por superdosagem anestésica por via intraperitoneal.

### **3.7 Processamento da amostra – Análise histológica**

Após a aplicação de colorações especiais e coleta dos cortes histológicos, realizar-se-á análise descritiva a partir de 2 patologistas que não irão saber a técnica utilizada. Os parâmetros observados à microscopia óptica e à coloração de rotina em hematoxilina e eosina serão inicialmente: integridade de epitélio, migração linfocitária, análise de infiltrado inflamatório.

Cinco cortes histológicos de cada grupo serão submetidos a colorações especiais para estudo morfológico complementar dos seguintes aspectos:

#### **3.7.1 Análise do colágeno tissular**

Realizado através da coloração especial denominada Tricrômio de Marson com objetivo de analisar a densidade desse colágeno, isso será feito através do software ImageJ com conversão da cor azul absorvida pelo colágeno neoformado.

### **3.7.2 Densidade e morfologia de mastócitos**

Será realizado análise da morfologia e degranulação dos mastócitos, além de um estudo do processo inflamatório local através da coloração com azul de toluidina.

### **3.7.3 Análise imuno-histoquímica**

O método da estreptavidina-biotina será utilizado para o estudo imuno-histoquímico com os anticorpos anti-caspase3 e anti-Cd44, para análise de morte celular e formação de vasos sanguíneos respectivamente.

Os protocolos utilizados para cada anticorpo e os passos precedentes seguirão as recomendações dos fabricantes. Para se obter um dado quantitativo da expressão imuno-histoquímica, utilizar-se-á o método de contagem manual avaliando-se o percentual de células positivas num universo de 1000 células por amostra.

As células consideradas positivas para os anticorpos serão as que exibirem marcação nuclear nítida, sendo quantificados esses núcleos. A contagem será realizada em aumento de 400X, utilizando-se zoom de aproximação de até 200X e ferramenta de contagem manual de partículas do software ImageJ. Todo o procedimento será realizado por um único operador de modo cego.

## **3.8 Análise estatística**

Adotar-se-á a estatística descritiva utilizando média e desvio-padrão para os dados numéricos obtidos na medida da língua/lesão, área do epitélio, bem como para as porcentagens obtidas na quantificação das células. Para os dados de intensidade dos elementos presentes na análise histopatológica, pretende-se adotar mediana e valores mínimo e máximo.

Será realizado teste de Kruskal-Wallis, para comparações múltiplas, e teste não-paramétrico de Mann-Whitney, para análises dois-a-dois, com nível de

significância de 5%, considerando-se a grande probabilidade de dados não paramétricos após teste de normalidade.

#### **4. CONCLUSÃO**

A presente proposta configura-se como uma importante colaboração à ciência com impactos imediatos e de médio prazo em processos, serviços e assistência à saúde. Ela consolida-se como uma técnica de terapêutica de alta relevância e de eficiência comprovada, que necessita apenas ser testada e adaptada ao contexto das Unidades de Terapia Intensiva no Estado do Amapá.

Espera-se estudar experimentalmente em modelos animais os efeitos complementares da terapia sobre os elementos celulares e de matriz extracelular dos tecidos como fibras de colágeno, vasos sanguíneos e células inflamatórias, fornecendo assim um panorama geral dos efeitos fotodinâmicos de interesse clínico, adaptado para a realidade do serviço local, bem como aprofundar o estudo sobre o efeito da TFD em microrganismos orais oportunistas em pacientes em ambiente crítico.

O desenvolvimento de um protocolo de pesquisa para a área em questão auxilia na padronização da metodologia e por consequência, resultados mais concisos entre si. Além disso a devolutiva social e culminância do estudo estabelecer-se-á num protocolo de utilização da Terapia Fotodinâmica em UTI adulto como parte dos cuidados com o paciente.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, V. S. **Efeitos da curcumina na terapia fotodinâmica como coadjuvante ao tratamento periodontal não cirúrgico e suas implicações nos tecidos periodontais: análise microbiológica e morfológica em ratos**. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica em Periodontia), Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2017.

BARCESSAT, Ana Rita et al. Effect of topical 5-ALA mediated photodynamic therapy on proliferation index of keratinocytes in 4-NQO-induced potentially malignant oral lesions. **Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology**, v. 126, p. 33-41, 2013.

BARCESSAT, Ana Rita; CORRÊA, Luciana. **Terapia fotodinâmica Oncológica: Considerações sobre morte e proliferação celular**. 1 ed. Beau Bassin: Novas Edições Acadêmicas, 2017.

CONCEA – Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal - **Instrução Normativa nº 27**, D.O.U., seção 01, n. 205, p.10-14, 2015.

DONALDSON, Henry Herbert. **The rat: data and reference tables for the albino rat (*Mus norvegicus albinus*) and the Norway rat (*Mus norvegicus*)**. 1 ed. London: Forgotten Books, 2018.

DU SERT, N. P. et al. The arrive guidelines 2.0: Updated guidelines for reporting animal research. **PLoS Biology**, v. 18, n. 7, p. 1–12, 2020.

MOURA, José Pedro Gomes; BRANDÃO, Leticia Barreto; BARCESSAT, Ana Rita Pinheiro. Estudo da Terapia Fotodinâmica (PDT) no reparo de lesões teciduais: estudo de casos clínicos. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 8, n. 1, p. 103-110, 2018.

NETO, S. C. **Prevenção da contaminação cruzada em odontologia por meio de terapia fotodinâmica (TFD) utilizando LED azul e curcumina**. Dissertação (Mestrado em Dentística Restauradora) – Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2012.

NUNES, Camila Santa Rosa; JUNIOR, Aldo Aparecido Proietti; BARCESSAT, Ana Rita Pinheiro. Descontaminação fotoquímica de alvéolos dentários em técnicas distintas de Terapia Fotodinâmica: relato de dois casos clínicos. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 8, n. 2, p. 129-137, 2018.

SANTOS, Nayra Fernandes. **Relação entre estresse oxidativo fotoinduzido e morte celular autofágica**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

## CAPÍTULO 15

### CONVERGÊNCIA DA AÇÃO DA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL E UROGINECOLÓGICA EM PACIENTES PUÉRPERAS COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### **Cleeny Thainá Santos da Silva**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: cleeny@hotmail.com

#### **Etiene da Silva Andrade**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: etiene.dasilvaandrade@gmail.com

#### **Guilherme Williams Mocock de Araújo**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: guilhermemocock@gmail.com

#### **Izabelly Tawane Moraes da Silva**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: izamoraes13@gmail.com

#### **Jéssica da Silva Barbosa**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: jjessikka09@gmail.com

#### **Kássia Nascimento Ramos**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: ej.kassianascimento@gmail.com

#### **Thaís da Silva Queiroz**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: tthaisqueirozz@gmail.com

#### **Vanessa Silva Lapa**

Graduando em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo - FACOTTUR  
E-mail: vanessa-lapa@hotmail.com

**Resumo:** A incontinência urinária (IU) caracteriza-se por achados multifatoriais decorrente das perdas de urina; sendo eles por mudanças hormonais, alterações angulares do puerpério e possíveis danos anatômicos e fisiológicos. Desta forma, a recente disposição acadêmica tem como intuito abordar os diversos fatores

desencadeantes, apresentados pelas musculaturas que formam o assoalho pélvico, devido a este comprometimento. Conseqüentemente serão estabelecidas as circunstâncias que ocasionam lesões e disfunções estruturais do órgão genital, e os múltiplos recursos em prol das intervenções fisioterapêuticas. Considerando que a reabilitação é fundamental e de suma importância em mulheres no seu período pós-parto, por se tratar de ações de caráter estimulante e conservador.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária; Puerpério; Saúde da Mulher.

## 1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é caracterizada por todo tipo de perda de urina, estando qualquer pessoa suscetível, independente de idade e gênero. Estima-se que cerca de 50% das mulheres apresentam essa disfunção; com prevalência maior durante o ciclo gravídico puerperal (RIBAS *et al.*, 2019).

Durante a gestação, a IU pode atingir cerca de 75,25% das gestantes, já na fase puerperal podem ser acometidas 37,9% das mulheres, podendo permanecer até os 12 anos após o parto. Essa patologia acomete devido a alterações anatômicas, hormonais, estado gravídico, entre outros motivadores (SABOIA *et al.*, 2017).

No puerpério o tipo de parto na qual a gestante foi acometida, pode causar lesões musculares, nervosas e vasculares; onde contribuem para o desenvolvimento da IU. Persistindo-se após três meses pós-parto, trará impactos negativos para a mulher, desfavorecendo a sua qualidade de vida (SABOIA *et al.*, 2017).

A fisioterapia tem se mostrado como tratamento de grande importância na prevenção e tratamento da IU causada pela gravidez. Dentre os recursos utilizados estão o treino da musculatura do assoalho pélvico e a massagem perineal que proporcionam controle e autopercepção da região perineal, facilitando o mecanismo de parto normal e prevenindo traumatismos dessa região (SAVASSINI; HELL; BENATI *et al.*, 2020).

É proposto que a reabilitação do períneo use recursos como a fisioterapia e a modificação do estilo de vida diário do indivíduo. Esses tratamentos geralmente apresentam baixo custo, menor risco de efeitos adversos e não prejudicam as intervenções subsequentes (RIBEIRO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020).

Na fisioterapia utiliza-se a cinesioterapia (Exercícios de kegel) e o *biofeedback*, na cinesioterapia a ginástica abdominal progressiva (GAH), movimentos da báscula, e o *biofeedback* possibilita o paciente restabelecer as funções do assoalho pélvico (GUERRA *et al.*, 2014).

Como outra ferramenta no tratamento da IU, a radiofrequência tem sido bastante utilizada de maneira não ablativa, propiciando um mecanismo de ação que induz a fabricação de colágeno através do efeito diatérmico. Tratando-se de uma corrente de alta frequência que gera calor por conversão, compreendida entre 30 KHz

e 300 MHz, sendo os parâmetros mais utilizados entre 0,5 a 1,5 MHz (DERMARTINI; DEON; SIMÕES, 2015).

## **2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Refere-se a uma pesquisa bibliográfica, aprovada pelo I Congresso Internacional Online do Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINESSAU). O levantamento científico deste estudo foi realizado através das bases de dados eletrônicas: BIREME e SciELO (Scientific Electronic Library Online), elaborado na cidade de Olinda, estado de Pernambuco, no período de março a junho de 2020. Respeitando todos os aspectos éticos e legais.

A seleção dos artigos para o estudo, foram nas línguas portuguesa e espanhola, publicados no período de 2014 a 2020, através dos seguintes descritores: Incontinência urinária, Puerpério, Saúde da mulher. Tivemos como finalidade, a intervenção da fisioterapia em mulheres que apresentam o quadro de UI no período puerperal.

Os critérios utilizados para inclusão da pesquisa, agregou como referências, mulheres acometidas pela incontinência urinária após a gravidez, devido à algum trauma causado no ato do parto ou esforço excessivo; tendo como foco principal, a musculatura do assoalho pélvico.

Como critérios de exclusão, foram descartados, obras públicas em diferentes idiomas, que a intervenção da fisioterapia focava em outros tipos de musculaturas, sem muita ênfase nos músculos do pavimento pélvico.

No total foram pesquisados 40 artigos, e selecionados 20 artigos que abordavam casos de pacientes puérperas com a incontinência urinária, em consequência das alterações anatômicas, gravídicas, hormonais, e entre outros motivadores.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 A relação das incontinências urinárias no puerpério**

A perda da continência urinária pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase das suas vidas. O estado gravídico, pelas alterações anatómicas e fisiológicas subjacentes, pode aumentar a suscetibilidade ao aparecimento de incontinência urinária (IU). Esta condição patológica é definida pela International Continence Society (ICS), como qualquer perda involuntária de urina, que pode ser classificada como de esforço ou de stress (associada a manobras de valsava e atividade física) e/ou de urgência (vontade imperiosa de urinar) (ROCHA; BRANDÃO, 2017).

Pesquisadores verificaram que a Incontinência Urinaria acomete mundialmente cerca de 20 a 50% das mulheres devido razões anatômicas, alterações hormonais, gravidez, paridade e a via do parto vaginal, varia de 6 a 31%, tecidos conjuntivos parecem estar envolvidos nesse processo, bem como a denervação do assoalho pélvico durante os partos instrumentais e a realização da episiotomia. A incontinência urinária e os sintomas associados afetam significativamente a qualidade de vida das mulheres e o pós-parto (IRBER; MORAES; FRIGO *et al.*, 2016).

A (IU) e os sintomas associados afetam significativamente a qualidade de vida das mulheres e o pós-parto é pouco assistido pelos profissionais e serviços de saúde. Faz-se necessário a identificação precoce dos achados relacionados aos sintomas urinários para que condutas e orientações sejam realizadas por profissionais de saúde antes e logo após o parto vaginal, bem como, dados epidemiológicos atualizados relacionados a essa temática (MACHADO; SANTOS, 2017).

A fase prolongada do trabalho de parto é um fator predisponente para o desencadeamento da IU, e a cesárea seria um fator protetor, se fosse realizada de maneira eletiva. Mulheres que realizaram parto vaginal, após uma segunda fase prolongada do trabalho de parto, têm grande probabilidade de apresentar IU nos primeiros 3 meses pós-parto, quando comparadas com mulheres que não tiveram a segunda fase prolongada, o mesmo acontece com mulheres que fizeram cesariana após a segunda fase prolongada do trabalho de parto (BORBA; BRONDANI, 2014).

### **3.2 Indicação dos traumas que a incontinência urinária traz para as puérperas**

A incontinência urinária para causar constrangimento social e higiênico, a perda da continência urinária afeta diretamente a vida social dessas mulheres por elas

passarem a depender da disponibilidade de banheiros, relatarem preocupação e embaraço com o odor de urina, além de alteração do sono e dificuldade durante a relação sexual por medo de perder urina ou precisar interromper a relação para urinar, causando um trauma emocional (PEREIRA; TELES, 2015).

No puerpério a incontinência urinária pode ser passageira, caso se mantenha por um longo período, irá interferir quer seja na vida profissional, vida social, vida sexual, no lazer, na vida doméstica e na prática de atividades físicas da mulher, podendo trazer danos a qualidade de vida com relação a saúde física, mental e social da mesma (SABOIA *et al.*, 2017).

Deve-se considerar que os traumas nervosos e musculares no assoalho pélvico, desencadeiam fraqueza de musculatura, levando a dificuldade de retenção de urina, gerando uma incontinência urinária por esforço, são fatores atenuantes para o impacto negativo na vida da puérpera (RIESCO *et al.*, 2014).

A fisioterapia tem se mostrado como tratamento de grande importância na prevenção e tratamento da IU causada pela gravidez. Dentre os recursos utilizados estão o treino da musculatura do assoalho pélvico e a massagem perineal que proporcionam controle e autopercepção da região perineal, facilitando o mecanismo de parto normal e prevenindo traumatismos dessa região (SAVASSINI; HELL; BENATI *et al.*, 2020).

### **3.3 Aplicação da radiofrequência na intervenção da incontinência urinária**

Na fisioterapia, a radiofrequência (RF) tem sido bastante utilizada de maneira não ablativa, propiciando um mecanismo de ação que induz a fabricação de colágeno através do efeito diatérmico. Tratando-se de uma corrente de alta frequência que gera calor por conversão, compreendida entre 30 KHz e 300 MHz, sendo os parâmetros mais utilizados entre 0,5 a 1,5 MHz (DERMARTINI; DEON; SIMÕES, 2015).

Decorrente aos parâmetros indicados, ocorre uma hiperemia devido à vasodilatação com abertura dos capilares, o que melhora o trofismo tissular, a reabsorção dos líquidos intercelulares excessivos e o aumento da circulação, potencializando assim, a oxigenação e acidez dos tecidos. A elevação da drenagem venosa, aumenta a reabsorção de catabólitos e minimiza edemas nas áreas com

processos inflamatórios, no qual altera-se a permeabilidade da membrana celular, liberando uma melhor transferência de metabólitos pela estimulação do sistema imunológico e diminuição livre dos radicais (TAGLIOLATTO, 2015).

A IU afeta as propriedades do colágeno, que são lesadas e compromete a habilidade de formar as fibrilas, seu diâmetro, sua capacidade de ligação com estruturas, seu grau de hidratação e conseqüentemente sua função. A radiofrequência aquece os tecidos mais profundos, deixando a superfície resfriada e protegida. Esse efeito térmico provoca a desnaturação do colágeno gerando contração das fibras já existentes; ativando os fibroblastos onde ocorre a neocolagenização e em conseqüência estimula a reorganização e formação de novas fibras com melhora da elasticidade e força tensora dos tecidos (DERMARTINI; DEON; SIMÕES, 2015).

As pacientes que apresentam incontinência urinária de esforço, tendem a ter perda do suporte uretral. Na técnica intra-uretral, a RF é aplicada por meio de uma sonda de origem francesa, que é inserida na uretra e ligada a um aparelho. Este sistema é monopolar, formado de quatro elétrodos curvos de níquel-titânio. Após o posicionamento na região do colo vesical, irá ocorrer uma transferência de energia em nove posições por 60 segundos. A cada aplicação a mucosa aquece a 65°C e 36 sítios que sofrem desnaturação do colágeno na região em torno do colo da bexiga e da uretra proximal (BOAS, 2016).

### **3.4 Atuação da reabilitação funcional e reestruturação cutânea da região perineal**

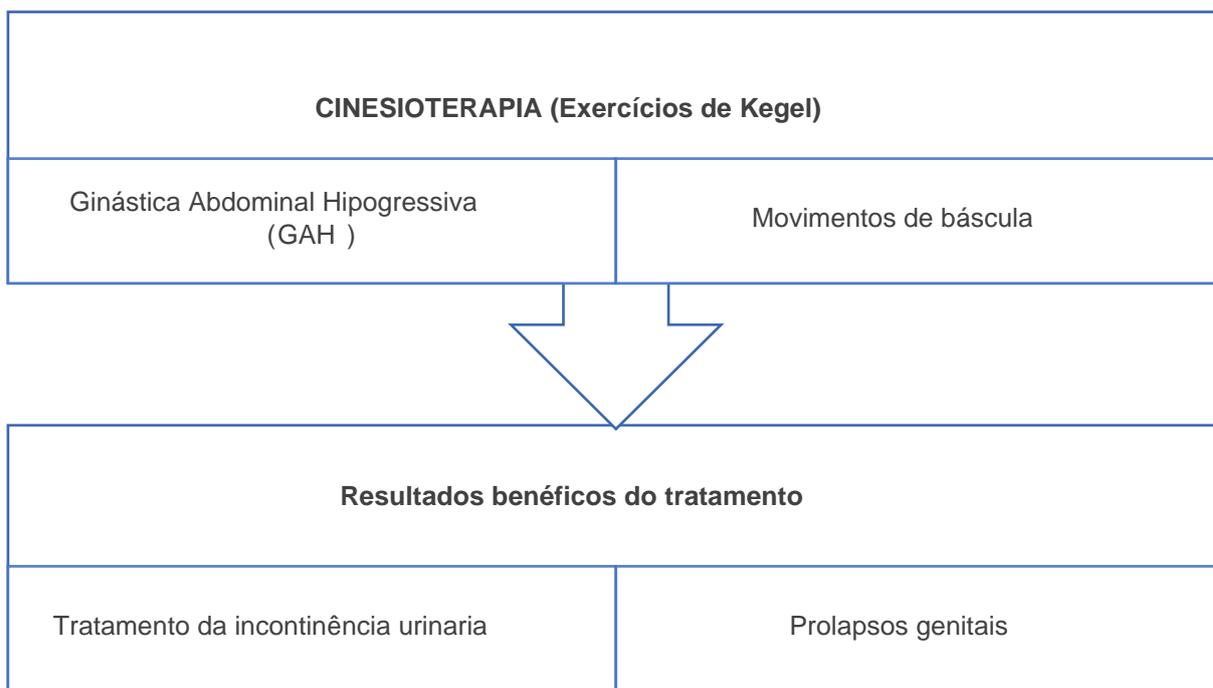
Estudos verificaram uma melhoria na utilização da técnica de sutura contínua não ancorada para o reparo perineal pós-parto, em todos os planos teciduais, após a mediação, decorrente de resultados da comparação com a técnica interrompida. Porquanto propicia a redução da dor, analgesias na reparação de sutura, no qual possibilita uma melhor cicatrização e menos materiais no tratamento. Este fato resulta na satisfação efetiva e normalidade da mulher (SANTOS; RIESCO, 2016).

Outras evidencias relatam que o ácido poliglicólico e a poliglactina está associado a um dos materiais sintéticos mais aplicados no procedimento cirúrgico por conter uma absorvência ágil, visando a menor necessidade de novas suturas no puerpério e a redução da dor perineal (SANTOS; RIESCO, 2016).

É proposto que a reabilitação perineal, ocorra através do tratamento conservador, isto é; de quaisquer formas, desde que não inclua cirurgias ou medicamentos. Os principais recursos são a fisioterapia e a modificação do estilo de vida diário do indivíduo. Esses tratamentos geralmente apresentam baixo custo, menor risco de efeitos adversos e não prejudicam as intervenções subsequentes (RIBEIRO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020).

Segundo a International Continence Society (ICS), a fisioterapia é consideravelmente recomendada para o tratamento inicial das disfunções do pavimento pélvico. Visto que tem como objetivo, prevenir os pacientes acerca dessas patologias. Ressaltando que a intervenção fisioterapeuta também é efetiva nos pós-cirúrgicos (RIBEIRO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020).

Figura 1: Ilustração dos recursos fisioterapêuticos, de acordo com o protocolo de (RPA) Reabilitação Perineal Ativa.



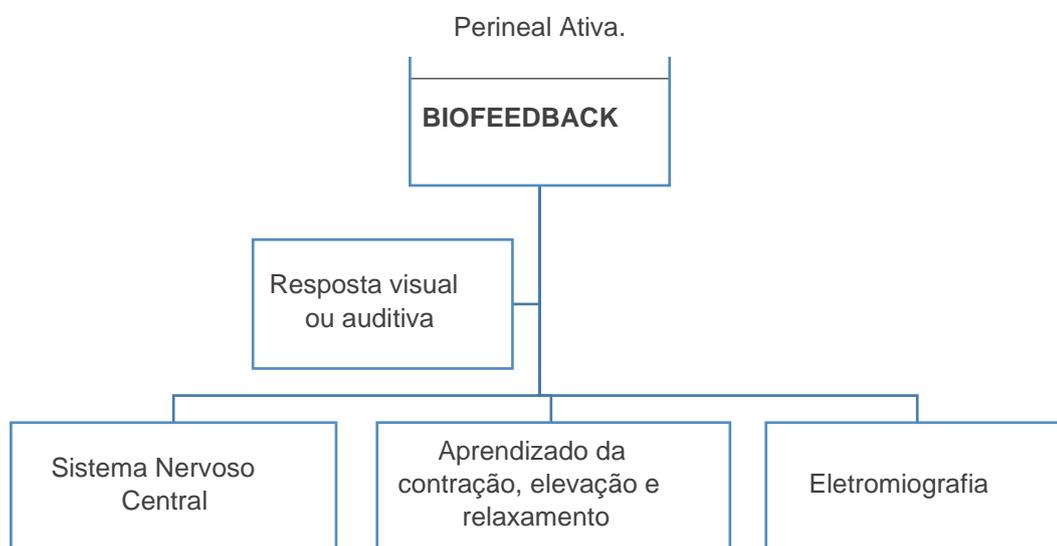
Fonte: Os autores

Relata-se que a finalidade do tratamento com *biofeedback*  de fato proporcionar uma pr-contração muscular do assoalho pélvico decorrente de uma elevação da pressão intra-abdominal e expansão do sustentáculo pélvico, devido a hipertrofia da musculatura. Conseqüentemente o recurso possibilita o paciente a

manipular resultados eletrofisiológicos do músculo do períneo auxiliados pelos indicadores auditivos e visuais (GUERRA *et al.*, 2014).

Assim, por meio de equipamentos e materiais: jogos de cone vaginal, perineômetro, bolas terapêuticas (Suíça), aparelhos de eletroestimulação, absorventes e outros, são adquiridos como forma positiva de associação dos exercícios de fortalecimento da região pélvica, tendo em vista uma melhor propriocepção ao contrair os músculos responsáveis pela continência urinária (LOPES *et al.*, 2017).

Figura 2: Ilustração do exercício de Biofeedback, considerado pelo protocolo de (RPA) Reabilitação



Fonte: Os autores

Tendo em vista que as técnicas da RPA não são suficientes para suprir todas perspectivas da recuperação neuromuscular; foi adotado um novo procedimento que intuito de complementar esses recursos. Trata-se da (RPP) Reabilitação Perineal Passiva, desenvolvida para utilizar técnicas de forma passiva, no qual não possui a participação do paciente no exercício (RIBEIRO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020).

No que desrespeito a reabilitação muscular do períneo, o alongamento passivo pode produzir massagens perineais, pois provém do recurso, que realiza alongamentos dos músculos pélvicos, no qual são introduzidos os dedos indicador e médio na vagina da paciente, semelhante ao toque bidigital, com pressão permanente

de 15 a 30 sentidos em cada lado. Esta técnica torna-se primordial nos casos de algias pélvicas e manipulações para o parto normal (RIBEIRO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020).

Figura 3: Mostra outros tipos de recursos terapêuticos para promover o alongamento muscular na região perineal



Fonte: Os autores

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi demonstrado que, a perda da continência urinária no puerpério, mesmo que em pouca quantidade, acarreta comprometimento da qualidade de vida das puérperas. A IU afeta de maneira significativa (aspectos) da saúde física, como a dor, dificuldade na relação sexual, e aspectos sociais como o odor forte da urina, dependência da disponibilidade de banheiros, alteração do sono e o constrangimento dos escapes urinários durante as relações sexuais.

Tratamentos com intervenções não invasivas, com o objetivo de rejuvenescer a pele de uma forma segura, eficaz e com um mínimo de efeitos colaterais e/ou adversos são ferramentas indispensáveis na eficácia do tratamento da IU. Os métodos não cirúrgicos têm sido um atrativo devido a um baixo risco de efeitos indesejáveis, como um destes recursos, destacam-se a radiofrequência.

Sobre o reparo perineal, como tratamento cirúrgico, verificou-se melhoria na utilização de técnicas de sutura contínua não ancorada, propiciando a redução da dor,

analgésias na reparação da sutura, possibilitando melhor cicatrização na qual resulta na satisfação e melhora na qualidade de vida da mulher.

Já como tratamento conservador os principais recursos são fisioterapia e a modificação da qualidade de vida da mulher. Na fisioterapia utiliza-se a cinesioterapia (Exercícios de kegel) e o biofeedback, na cinesioterapia utiliza ginástica abdominal progressiva (GAH), movimentos da báscula, o biofeedback possibilita o paciente restabelecer as funções do assoalho pélvico.

Como outra ferramenta a radiofrequência também tem sido utilizada na prática clínica, nas disfunções do assoalho pélvico principalmente na incontinência urinária de esforço, tem-se sugerido promoção na síntese de colágeno no meato uretral, propiciando um mecanismo de ação que induz a fabricação desse colágeno através do efeito diatérmico.

## REFERÊNCIAS

- BOAS, A. Radiofrequência não ablativa em meato uretral externo na incontinência urinária de esforço em mulheres: estudo piloto. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2016. Disponível: <<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/237>>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- BORBA, A. R.; BRONDANI, D.; KNORST, M. R. Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura. Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre, v. 7, n. 1, 2014. Disponível: <[https://www.researchgate.net/publication/277896727\\_Incontinencia\\_urinaria\\_no\\_puerperio\\_de\\_parto\\_vaginal\\_e\\_cesarea\\_revisao\\_de\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/277896727_Incontinencia_urinaria_no_puerperio_de_parto_vaginal_e_cesarea_revisao_de_literatura)>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- GUERRA, T. et al. Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço. Femina. Curitiba, v. 46, n. 6, 2014. Disponível: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749144?src=similardocs>>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- DANTAS, M. Radiofrequência em região genital feminina: um ensaio clínico randomizado. Salvador, 2014. Disponível: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/80>>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- DEMARTINI, E.; DEON, K. C.; SIMÕES, N. Atuação da Fisioterapia Dermatofuncional na Flacidez Cutânea e Muscular Abdominal em Mulheres no Puerpério: Revisão da Literatura. Rev. Bras. Terap. e Saúde. v. 6, n. 1, 2015. Disponível: <<http://www.omnipax.com.br/RBTS/artigos/v6n1/RBTS-6-1-3.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- EPAMINONDAS, L. C. S. et al. As repercussões da incontinência urinária na qualidade de vida em gestantes: uma revisão sistemática. Rev. Pesqui. Fisioter. Salvador, v. 9, n. 1, 2019. Disponível: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2142>>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- FARIAS, T. C. et al. Incontinência urinária e disfunção sexual em gestantes. Rev. Mult. Psic. v. 11, n. 38, 2017. Disponível: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/891/1354>>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- IRBER, P.F; MORAES, M; FRIGO, L.F; et al. Incontinência Urinária e Qualidade de Vida: uma revisão sistemática. Fisioter Bras 2016; 17(5):480-97.
- RIESCO, M. L. G. et al. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. Rer. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 48, n. 1, 2014. Disponível: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-033.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-033.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- LEROY, L. S.; LÚCIO, A.; LOPES, M. H. B. M. Risk factors for postpartum urinary incontinence. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. v. 50, n. 2, 2016. Disponível: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000200200](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200200)>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- MACHADO. B. A. et al. Ocorrência de sintomas urinários no pós parto vaginal imediato em primíparas. Revista Pesquisa em Fisioterapia. v. 7, n. 3, 2017. Disponível:

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1498>>. Acesso: 13 mar. 2021.

RIBEIRO, S.C.P; BRITO, W.N.T; NAST, R.R; et al. RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 14, n. 1, p. 63-71, jan./jul. 2016

RAMOS, A. F.; PINTO, M. C. P. Dermatite associada à incontinência em pacientes portadores de doenças crônicas. Revista UNINGÁ. Paraná, v. 47, n. 2, 2016. Disponível: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160227\\_212117.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160227_212117.pdf)>. Acesso: 13 mar. 2021.

RODRIGUES, M.P; SILVA, M.F.R; CABRAL, R.M.C; et al. ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA FRENTE AO ENFRAQUECIMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM PUÉRPERAS. issn 2675-5025 - revista recifaqui, v. 3, n. 10, 2020.

RIBAS, L. L. et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das gestantes. Rev. Mult. Psic. v. 13 , n. 43, 2019. Disponível: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1545/2266>>. Acesso em: 13 mar. 2021.

ROCHA, J. et al. Avaliação da incontinência urinária na gravidez e no pós parto. Acta Med. Port. v. 30, n. 1, 2017. Disponível: <[https://www.researchgate.net/publication/319410912\\_Avaliacao\\_da\\_Incontinencia\\_Urinaria\\_na\\_Gravidez\\_e\\_no\\_Pos-Parto\\_Estudo\\_Observacional](https://www.researchgate.net/publication/319410912_Avaliacao_da_Incontinencia_Urinaria_na_Gravidez_e_no_Pos-Parto_Estudo_Observacional) > Acesso em: 13 mar. 2019.

SAVASSINI, D.J.M; HELL, F.R.O; BENATI, M.A.F.N.O; et al. ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM GESTANTES. Rev. Saberes, Rolim de Moura, vol. 13, n. 1, São Paulo, jun, 2020. ISSN: 2358-090.

SANTOS, R. C. S., RIESCO, M. L. G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. Rev Gaúcha Enferm. v. 37, n. 1, 2016. Disponível: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500410&script=sci\\_abstract&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500410&script=sci_abstract&tIng=pt)>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SABOIA, D. M. et al. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. Rev. Bras. Enferm. v. 71, n. 1, 2018. Disponível: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901460&lng=en&tIng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901460&lng=en&tIng=en)>. Acesso em: 13 mar. 2021.

TAGLIOLATTO, S. (2015). Radiofrequência: método não invasivo para tratamento da flacidez cutânea e contorno corporal. Surg. Cosmet. Dermatol. Campinas, v. 7, n. 4, 2015. Disponível: <[http://www.surgicalcosmetic.org.br/exportar-pdf/7/7\\_n4\\_451\\_pt/Radiofrequencia--metodo-nao-invasivo-para-tratamento-daflacidez-cutanea-e-contorno-corporal](http://www.surgicalcosmetic.org.br/exportar-pdf/7/7_n4_451_pt/Radiofrequencia--metodo-nao-invasivo-para-tratamento-daflacidez-cutanea-e-contorno-corporal)>. Acesso em: 13 mar. 2021.

## CAPÍTULO 16

### COMO ATITUDES RELIGIOSAS INFLUENCIAM SENTIDO DA VIDA E HÁBITOS DE SAÚDE? UMA ANÁLISE MULTIVARIADA

#### **Ezequiel Viana**

Graduando do Curso de Psicologia do Centro Universitário 7 de Setembro – UNI7  
E-mail: ezequielvianaa@outlook.com

#### **Paulo Mesquita**

Doutor em Biodiversidade Animal e Professor do Centro Universitário 7 de Setembro – UNI7  
E-mail: paulocmdm@gmail.com

**Resumo:** Este estudo tem como propósito realizar uma investigação entre as relações existente entre atitudes religiosas, sentido da vida e hábitos de saúde. Participaram deste estudo estudantes de graduação de diferentes cursos de uma instituição privada localizada em Fortaleza, Ceará. Como instrumento de pesquisa foi elaborado um questionário composto por afirmativas sobre dados acadêmicos e sociais (curso, semestre, sexo e religião), atitudes religiosas, sentido da vida e hábitos de saúde. Os dados foram analisados a partir de um modelo de regressão linear múltipla, no software Bioestat. Os resultados da pesquisa permitiram concluir que a frequência a celebrações religiosas é uma importante variável na predição da compreensão do sentido da vida, da leitura de livros de cunho religioso, da realização de orações individuais e da prática de exercícios físicos.

**Palavras-chave:** Viktor Frankl; Religiosidade; Estilo de vida; Logoterapia.

## 1. INTRODUÇÃO

O homem é o único ser vivo que se coloca numa posição de pensar sobre o seu sentido da vida. A filosofia, ao longo da história, tem buscado se apropriar desse objeto de reflexão, através das contribuições de importantes filósofos da existência, como Buber, Heidegger, Kierkegaard e Sartre (AQUINO *et al*, 2015).

Com o advento da psiquiatria existencial, o sentido da vida passou a ser abordado em uma perspectiva clínica por diversos profissionais, como Viktor Frankl. De acordo com Vieira (2014), este autor criou um sistema teórico, através de sua própria experiência em campos de concentração nazistas, que ficou conhecido como Logoterapia e análise existencial.

Esse sistema compreende que a motivação primária do ser humano é a busca de sentido, tendo como a forma mais antiga de alcançá-la a religião. De fato, Frankl percebia que na sua experiência clínica chegavam questões não apenas da ordem psíquica, mas também ética e filosófica, que poderiam influenciar diretamente na saúde psíquica do sujeito (AQUINO *et al*, 2010).

Nessa perspectiva, Frankl entendia que, além da somática (funções fisiológicas) e psíquica (sensações, sentimentos, cognições, afetos, entre outros aspectos psicológicos), o homem teria uma dimensão noológica ou espiritual (SILVEIRA, GRADIM, 2015). Evitando, assim, o reducionismo humano ao psíquico, biológico ou sociológico, o homem sempre teria a possibilidade de escolha, de responder às condições que lhe são dadas, seja por meio da religião, da criação estética, da arte, dos valores éticos (AQUINO, 2009). A dimensão noológica apresenta-se como uma vivência da liberdade e responsabilidade (JÚNIOR, MAHFOUD, 2001).

Apesar de o sentido da vida ser uma variável que, aparentemente, não pode ser mensurada, é possível estudá-lo quantitativamente. O Questionário de Sentido de vida, por exemplo, se propõe a avaliar esta variável por meio de dois fatores: busca de sentido e presença ou realização de sentido. O primeiro está associado à procura de coisas que deem sentido à vida pessoal, enquanto que, no segundo, já se experimenta um sentido de vida (PONTES *et al*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2016).

Quando essa busca de sentido é frustrada, o sujeito experimenta o vazio existencial, e, conseqüentemente, pode adoecer psiquicamente (AQUINO *et al*, 2010).

Podemos pensar que, com a perda gradativa das tradições que orientavam o comportamento humano, como bem trata Bauman (2001) em sua obra *Modernidade Líquida*, as pessoas, angustiadas, sem saber o que desejam ser e fazer, são tomadas pelo vazio existencial, cujas características principais são o tédio, falta de interesse e indiferença (AQUINO, 2009).

O estilo de vida das sociedades globalizadas expressa um profundo vazio existencial. O suicídio é uma marca preocupante do homem moderno. Entre os jovens, aparece como a terceira causa de morte no Brasil. O repertório desse contingente populacional não tem sido suficiente para elaborar o mal-estar contemporâneo, repercutindo numa brusca forma de comunicá-lo (NETO, 2015). O consumismo, a violência urbana, as drogas, a ausência dos pais, o individualismo, o utilitarismo, o hedonismo, entre outros valores sociais contemporâneos, compromete ainda mais o sentido da vida das pessoas, especialmente para os povos ocidentais (NETO, 2015). Contudo, não se pode afirmar que o sentido é perdido. Pelo contrário, diante das mais diversas mudanças na sociedade, ainda pode ser encontrado por nós, sendo único e original para cada ser humano (SILVEIRA, GRADIM, 2015).

A religiosidade é considerada uma importante fonte de amparo psicológico para o sujeito. Oliveira e Junges (2012) constata a unanimidade dos psicólogos entrevistados quanto à relação positiva que há entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental, embora tal relação não seja considerada relevante na formação do psicólogo ainda. Dando um sentido aos acontecimentos, até mesmo aos mais sofridos, como em casos de doenças como a AIDS ou diante da velhice, a religiosidade protege contra o vazio e o desespero, sendo considerado um importante fator contribuinte de bem-estar para as pessoas, especialmente aos idosos, na medida que dá um significado à vida e às provações desta (PONTES *et al*, 2015). O homem religioso entende sua vida como uma missão, uma tarefa, o que expressa um sentido de responsabilidade que transcende o imanente, ao passo que o homem irreligioso ignora a transcendência da consciência (CORREA, 2013).

Segundo Aquino *et al* (2009), existe uma correlação entre a realização existencial e atitude religiosa. Existem quatro componentes de tal atitude: conhecimento religioso, comportamento religioso, sentimento religioso e corporeidade religiosa. Estes componentes fazem parte da Escala de Atitude Religiosa (PEREIRA *et al.*, 2016; AQUINO *et al.*, 2013).

Nessa escala, o conhecimento religioso foi relacionado à leitura das escrituras sagradas; aos livros que discorrem sobre religiosidade; ao conhecimento de doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade; à participação de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade; às conversas com familiares sobre assuntos religiosos; a acompanhar programas de televisão sobre assuntos religiosos e às conversas com amigos sobre experiências religiosas. O comportamento religioso foi relacionado ao modo como a religiosidade influencia nas decisões pessoais; a participação de orações coletivas junto à comunidade de fiéis; a realização de orações pessoais e ao modo como as ações individuais estão reguladas pela religião. O sentimento religioso diz respeito a extravasar tristeza ou alegria através de músicas religiosas; sentir unido a um “Ser” maior - Deus - e à sensação de grandes emoções ao entrar e permanecer em templos religiosos. Por fim, a corporeidade religiosa refere-se ao modo como é feita as orações dos fiéis. Por exemplo, levantando os braços em momentos de louvores, ajoelhando na oração pessoal ou batendo Palmas nos cânticos religiosos (PEREIRA *et al.*, 2016; AQUINO *et al.*, 2013).

Pessoas que frequentam serviços religiosos, geralmente, são mais otimistas, têm maior senso de significado dos acontecimentos, maior propósito na vida, desenvolvem mais autocontrole, expandem sua rede social, bem como maior expectativa de vida e hábitos mais saudáveis (TYLER, SINIFF, 2016). Santos *et al.* (2014), percebe o quanto a religiosidade também pode mediar a adoção e aceitação de comportamentos considerados benéficos à saúde em adolescentes, sendo, provavelmente, o apoio social que as instituições religiosas oferecem um fator contribuinte para um estilo de vida salutar. Frankl acreditava que os efeitos positivos, através do envolvimento religioso, na saúde mental do ser humano era apenas uma consequência do sentido de vida que as religiões oferecem. Dessa forma, a dimensão psicológica do ser humano não se limita a pertença a uma denominação religiosa (FILHO, 2017): existe uma espiritualidade, obrigatoriamente, inconsciente, isto é, um vínculo inconsciente com o transcendente, em cada ser humano, que, por vezes, é reprimido pela sociedade, não querendo isto dizer que esta relação inconsciente force um contato do homem com Deus (FILHO, 2017; JÚNIOR, MAHFOUD, 2001; CORRÊA, 2013).

O objetivo do presente artigo é investigar as relações existentes entre atitudes religiosas, sentido da vida e hábitos de saúde. A hipótese da pesquisa é a de que

pessoas que tenham maiores níveis de atitudes religiosas tenham também maiores níveis de sentido da vida e hábitos de saúde. O método foi quantitativo, a partir de uma análise de regressão linear múltipla, sendo elaborado e utilizado como instrumento de pesquisa um questionário.

## 2. MÉTODO

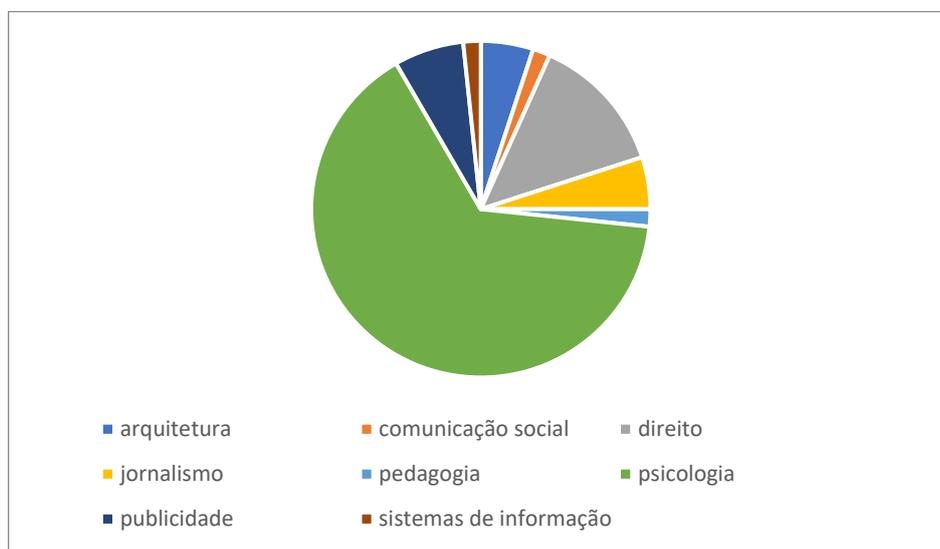
Participaram deste estudo estudantes de graduação de diferentes cursos de uma instituição privada localizada em Fortaleza, Ceará. Foi acordado, mediante um termo de consentimento livre e esclarecido, que os dados coletados poderiam ser utilizados para ensino, pesquisa e publicação. Um respondente não aceitou ter seus dados utilizados para tais fins. Deste modo, desconsideramos seus dados. Como instrumento de pesquisa foi elaborado um questionário composto por afirmativas sobre dados acadêmicos e sociais (curso, semestre, sexo e religião), sobre o sentido da vida (eu compreendo o sentido da minha vida, ando a procura de alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido, sei o que torna minha vida significativa, Experimento tédio, falta de interesse e indiferença para com a minha vida acadêmica) sobre atitudes religiosas (a religiosidade influencia na minha visão de mundo e nas minhas decisões, frequento celebrações da minha religião, realizo orações/rezas individualmente durante o dia, leio livros de cunho religioso, converso com minha família e amigos sobre assuntos religiosos) e sobre hábitos de saúde (costumo fazer exercícios físicos regularmente, tenho uma alimentação saudável, faço uso de alguma droga lícita ou ilícita, costumo usar celular enquanto dirijo, sofro algum tipo discriminação no espaço acadêmico). Como forma de resposta para os itens relacionados ao sentido da vida foi utilizada a escala likert (discordo plenamente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente) e para os itens relacionados à atitude religiosa e para os hábitos de saúde foi utilizado uma escala de frequência de 1 a 5, na qual 1 significava nunca e 5 sempre, exceto para o primeiro item relacionado a religiosidade que foi utilizado a escala likert. O questionário foi aplicado via grupos de *whatsapp*, através de uma plataforma do *Google docs*. Foram obtidas 60 respostas. Na seção apêndice do presente artigo o questionário está disponível, no entanto, devido sua aplicação ter sido em uma plataforma online, ele sofreu pequenas alterações. Os dados foram analisados a partir

de um modelo de regressão múltipla linear, no programa Bioestat, versão 5.0. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

### 3. RESULTADOS

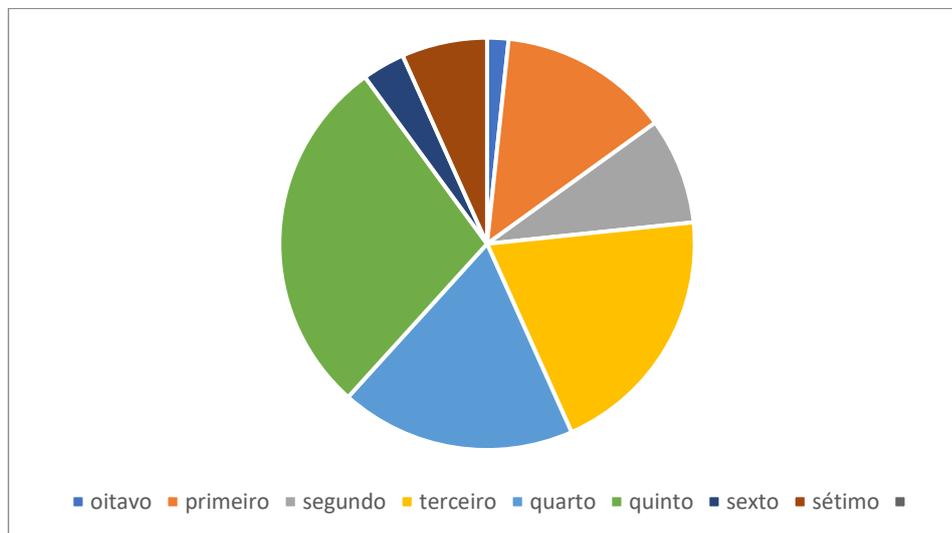
A seguir estão expostos os dados acadêmicos e sociais dos participantes da pesquisa.

Gráfico 1: Distribuição dos estudantes segundo os cursos



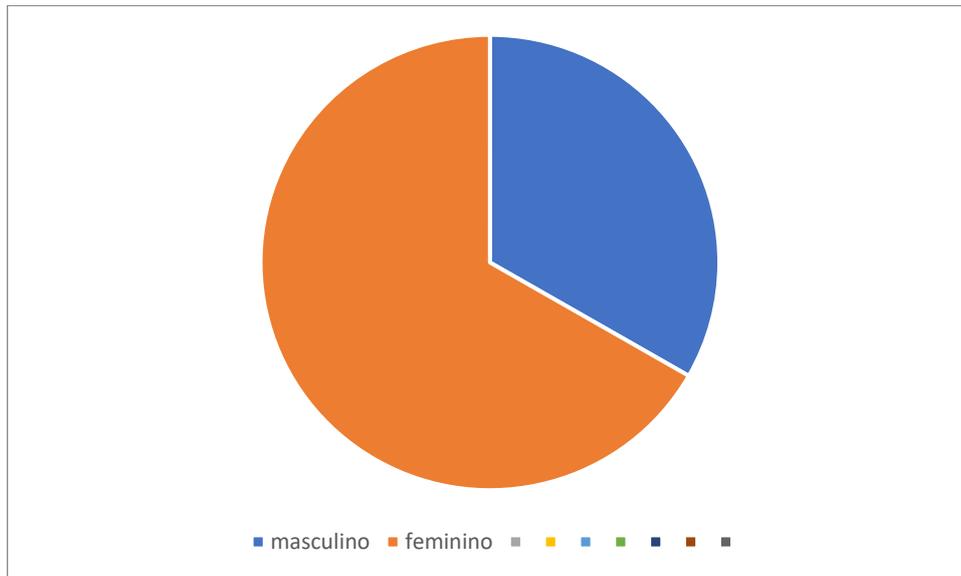
Fonte: Os autores

Gráfico 2: Distribuição dos estudantes segundo os semestres



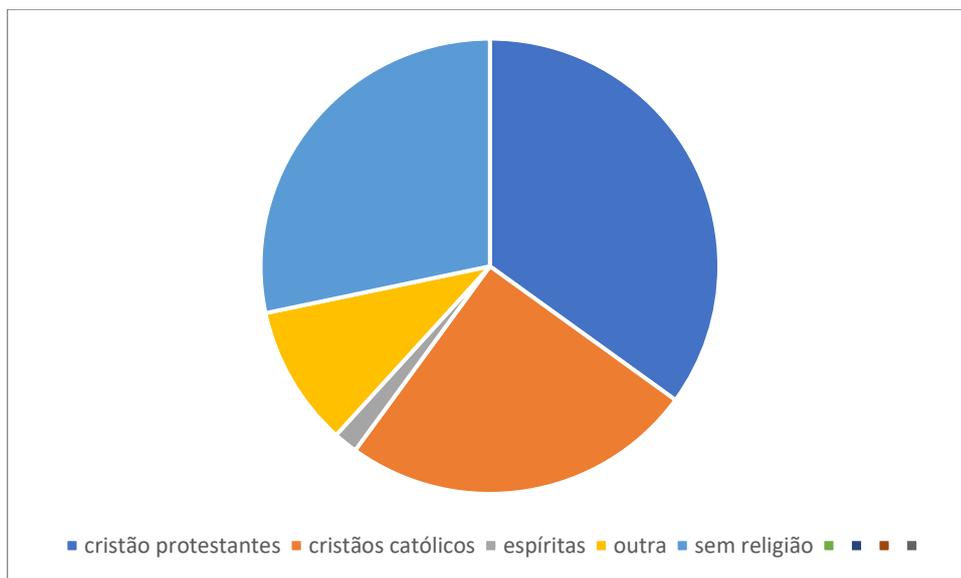
Fonte: Os autores

Gráfico 3: Distribuição dos estudantes segundo o sexo



Fonte: Os autores

Gráfico 4: Distribuição dos estudantes segundo a religião



Fonte: Os autores

A seguir estão expostos o modelo de regressão múltipla linear criado a partir dos dados obtidos sobre atitudes religiosas, sentido da vida e hábitos de saúde dos participantes da pesquisa. A variável resposta utilizada foi “frequento celebrações da minha religião”.

Tabela 1: Dados sobre o teste de regressão linear múltipla realizado a partir das atitudes religiosas, do sentido da vida e dos hábitos de saúde de estudantes universitários de uma instituição privada de ensino localizada em Fortaleza, CE, no ano de 2019

| Fontes de variação   | GL      | SQ          | QM         |
|--|---------|-------------|------------|
| F R <sup>2</sup> yy (9,50) =   | 21.7887 |             |            |
| (p) =  | <0,0001 |             |            |
| R <sup>2</sup> yy ajustado =   | 0.7329  |             |            |
| Coeficiente de correlação múltipla (Ryy) =   | 0.8796  |             |            |
| Intercepto (a)   | 1.5407  | t = 3.1844  | p = 0.0025 |
| Coef. parcial de regressão (a religiosidade influencia na minha visão de mundo e nas minhas decisões) =      | 0.1420  | t = 1.2829  | p = 0.2054 |
| Coef. parcial de regressão (experimento tédio, falta de interesse e indiferença para com a vida acadêmica) = | 0.1060  | t = 1.1137  | p = 0.2707 |
| Coef. parcial de regressão (eu compreendo o sentido da minha vida) =   | 0.2814  | t = 2.3221  | p = 0.0243 |
| Coef. parcial de regressão (ando a procura de alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido) =      | -0.0513 | t = -0.6517 | p = 0.5175 |
| Coef. parcial de regressão (realizo orações/rezas individualmente durante o dia) =                           | 0.2321  | t = 2.1006  | p = 0.0407 |
| Coef. parcial de regressão (leio livros de cunho religioso)  | 0.4263  | t = 3.8772  | p = 0.0003 |
| Coef. parcial de regressão (pratico exercícios físicos regularmente) =                                       | -0.2612 | t = -3.1601 | p = 0.0027 |

|   |         |             |            |
|---|---------|-------------|------------|
| Coef. parcial de regressão (tenho uma alimentação saudável) =             | 0.1192  | t = 0.9551  | p = 0.3441 |
| Coef. parcial de regressão (faço uso de alguma droga lícita ou ilícita) = | -0.1500 | t = -1.0952 | p = 0.2786 |

Fonte: Os autores

É perceptível, por meio dos dados da tabela, que a variável resposta adotada (frequente celebrações da minha religião) quando comparada com as variáveis explicativas “eu compreendo o sentido da minha vida”, “realizo orações/rezas individualmente durante o dia”, “leio livros de cunho religioso” e “pratico exercícios físicos regularmente”, obteve uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ), o que indica que a comparação das respostas da variável resposta com as variáveis explicativas não se dão ao acaso. A tabela também mostra que o valor de  $r^2$  ajustado foi de 0,73, o que permite concluir que o modelo criado pode prever 73% da variável resposta, a partir das variáveis explicativas citadas com diferença estatisticamente significativa. Cabe citar que, ainda de acordo com a tabela, dentre estas variáveis explicativas, apenas a “pratico exercícios físicos regularmente” teve associação negativa ( $t = -3.1601$ ), sendo as outras associadas positivamente, isto é, quanto maior for o nível de compreensão de sentido da vida, de orações individuais e de leituras de livros religiosos maior será a frequência com que um indivíduo frequenta celebrações religiosas – e menor será o nível de prática de exercícios físicos.

Quando perguntado qual o tipo de drogas lícitas e ilícitas mais utilizadas foram obtidas quatorze respostas, pois não era obrigatória a resposta. Entre elas, o álcool foi citado em treze respostas, fazendo parte destas também o café, o chocolate, a maconha e o açúcar, associado ao álcool ou não. Sobre os tipos de discriminação citados foram obtidas quatro respostas: “professores que flertam com alunas”, “mulher favela”, “cabelo cacheado”, “preconceito”, “preconceito. Julgamentos sem conhecer.” e “racial”.

#### 4. DISCUSSÃO

No presente estudo, os dados evidenciaram que a compreensão do sentido da vida obteve uma diferença estatística significativa e uma associação positiva quando comparada com a frequência a celebrações religiosas. O estudo de Aquino et al. (2013), de forma geral, encontra correlações positivas encontradas em seu estudo entre atitude religiosa e sentido da vida. Viera e Aquino (2016) também encontraram correlações positivas entre medidas do sentido da vida e de atitude religiosa.

À luz da teoria de Frankl, a religiosidade é uma importante e antiga fonte de sentido da vida. Ela pode ajudar no enfrentamento de questões existenciais, por meio de uma maior consciência de finitude e da morte, bem como da atribuição de um sentido aos acontecimentos, reduzindo o sofrimento psíquico. Além disso, oferece a tradição, a qual, com suas normas e prescrições, apontam o sentido da vida humana, amenizando, portanto, as inquietudes existenciais próprias do ser humano. (VIERA, AQUINO, 2016).

É interessante notar que a frequência a celebrações religiosas não obteve diferença estatística significativa quando comparada com o fator “a religiosidade influencia na minha visão de mundo e nas minhas decisões”, diferentemente dos outros fatores relativos as atitudes religiosas - realizo orações/rezas individualmente durante o dia e leio livros de cunho religioso -, de acordo com a tabela 1. De fato, quando Bauman (2001) assinala as perdas gradativas das tradições como fatores contribuintes para a orientação do comportamento humano, fica evidente aquela insignificante diferença estatística. É de se esperar que outras fontes de orientação, nesse sentido, estão substituindo a religião na contemporaneidade, como, por exemplo, a ciência, a crença em si mesmo ou a descrença.

No que se refere a atitude religiosa e hábitos de saúde, embora esperássemos que pessoas que frequentassem mais celebrações religiosas tendessem a ter maiores níveis de hábitos de saúde, o modelo de regressão evidenciou que a prática de exercícios físicos se associou negativamente à frequência de ida a tais celebrações. Isso vai de encontro ao que pesquisadores constataram em seu estudo teórico sobre envolvimento religioso e comportamentos de risco à saúde em adolescentes (SANTOS *et al.*, 2014) e ao que os pesquisadores de Harvard concluíram sobre hábitos mais saudáveis em pessoas que frequentam serviços religiosos – embora não

citam especificamente a prática de exercícios físicos (TYLER, SINIFF, 2016). É possível que o tempo seja uma variável que influencia esta relação, uma vez que pessoas que possuem maior frequência a celebrações religiosas terão menos disponibilidade para praticar exercícios físicos.

Foi constatado também que o fator “tenho uma alimentação saudável” não obteve uma diferença estatística relevante quando comparada com a frequência a celebrações de cunho religioso. Sendo um dos comportamentos de risco à saúde mais recorrente em estudantes (LIMA et al., 2017; LOPES, MIELKE, SILVA, 2015) a qualidade da alimentação pode estar associada a outras variáveis, como classe econômica e o tipo de escola (pública ou privada), por exemplo (MOURA et al., 2018). Mais estudos poderão ser realizados para promover uma melhor compreensão acerca da relação entre atitudes religiosas e hábitos de saúde.

Cabe registrar também que, apesar de as respostas sobre quais tipos de discriminações sofridas no espaço acadêmico não serem relevantes estatisticamente, pelo menos duas das cinco citadas, foram por motivos de gênero. Estudos posteriores, em uma perspectiva, sobretudo, qualitativa, poderão aprofundar esta temática.

## **5. CONCLUSÃO**

Os resultados da pesquisa permitiram concluir que a frequência a celebrações religiosas é um importante variável na predição da compreensão do sentido da vida, de medidas de atitudes religiosas, relacionadas à leitura de livros de cunho religioso e à realização de orações individuais, e da prática de exercícios físicos.

De modo geral o estudo alcançou o objetivo esperado. Verificou-se associação entre medidas de atitudes religiosas, sentido da vida e hábitos de saúde. Associar medidas do sentido da vida e de atitude religiosa com medidas de hábito de saúde parece ser uma investigação escassa na ciência. Estudos posteriores poderão fazer análises mais minuciosas, especialmente, no que se refere aos hábitos de saúde, incluindo uma maior amostra de participantes na pesquisa e explorando outras análises estatísticas, embora a análise de regressão linear múltipla tenha oferecido resultados interessantes. Aliando isto a uma análise qualitativa, sem dúvidas, alguns aspectos poderão ser investigados com maior propriedade.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de *et al.* Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.28, n. 63, p. 289-302, out/dez 2010. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20069/19351>>. Acesso em: 31 mar. 2020.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de *et al.* Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 2, p.228-243, jun. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 mar. 2020.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de *et al.* Questionário de Sentido de Vida: Evidências de sua Validade Fatorial e Consistência Interna. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 4-19, mar.2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 mar. 2020.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de *et al.* Escala de atitudes religiosas, versão expandida (EAR-20): evidências de validade. **Avaliação psicológica**, Paraíba, v. 12, n. 2, p. 109-119, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 mar. 2020.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. (2009). **Atitudes e intenções de cometer suicídio: Seus correlatos existenciais e normativos**. Tese de doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil).

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

CORRÊA, Diogo Arnaldo. (2013). The conception of religiousness in the work of Viktor Emil Frankl. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

FILHO, Vicente Gregório de Sousa. Espiritualidade, responsabilidade e significatividade na antropologia de Viktor Frankl. **Tear online**, v.6, n.2, p. 158-166, São Leopoldo, jul.-dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.est.edu.br/index.php/tear/article/view/3128/2932>>. Acesso em: 31 mar. 2020.

JÚNIOR, Achilles Gonçalves Coelho; MAHFOUD, Miguel. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de viktor frankl. **Psicologia USP**, v. 12, n. 2, p. 95-103, jan. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010365642001000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642001000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: on 01 Abr. 2020.

LIMA, Celina Aparecida Gonçalves et al. Prevalência e fatores associados a comportamentos de risco à saúde em universitários no norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 183-191, abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2017000200183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000200183&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Abr. 2020.

LOPES, Samuel Völz; MIELKE, Grégore Iven; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural. **O mundo da saúde**, São Paulo, n. 39, v. 3, p. 269-278, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/Comportamentos\\_risco\\_relacionados.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Comportamentos_risco_relacionados.pdf)>. Acesso em: 1 abr. 2020.

MOURA, Luciana Ramos de et al. Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100800&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100800&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 abr. 2020.

NETO, Carlos Henrique de Aragão. O sentido na vida como fator de proteção ao suicídio. **Revista brasileira de psicologia**, Bahia, v. 2, n. 2, p. 17-27, 2015.

OLIVEIRA, Marcia Regina de; JUNGES, José Roque. Saúde mental e espiritualidade: a visão de psicólogos. **Estudos de psicologia**, v.17, n. 3, p.469-476, set./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

PEREIRA, Gylmara de Araújo *et al.* A culpa e suas relações com a religiosidade e o sentido da vida. **Revista logos & existência**, Paraíba, v.5, n.2, p. 204-219, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/31974/16886>>. Acesso em: abr. 2020.

PONTES, Alisson de. Meneses *et al.* Noopsicossomática em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Evidências de um Modelo Explicativo. **Psico**, Rio grande do Sul, v. 46, n. 1, p. 129-138, mar. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revista-psico/article/view/17332/12954>>. Acesso em: abr. 2020.

SANTOS, Ana Raquel Mendes dos *et al.* Estilo de vida na adolescência: o envolvimento religioso atuando nos comportamentos de risco à saúde. **Pensar a prática**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 01-294, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/18741/16403>>. Acesso em: abr. 2020.

SILVEIRA, Daniel Rocha; GRADIM, Fernanda Jaude. Contribuições de Viktor Frankl ao movimento de Saúde Coletiva. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, v. 21, n.2, p. 153-161, jul-dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672015000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

TYLER, J. V; SINIFF, John. Religion may be a miracle drug: column. **Usa Today**, 28 out. 2016. Disponível em: < <https://www.usatoday.com/story/opinion/2016/10/28/religion-church-attendance-mortality-column/92676964/>>. Acesso em: 7 nov. 2018.

VIEIRA, Danielly Costa Roque; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 483-494, jun. 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2020.

VIEIRA, Danielly Costa Roque. **A velhice em uma dimensão existencial: perspectivas entre sentido de vida, religiosidade, vitalidade e temporalidade.** 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

## CAPÍTULO 17

### ASSOCIAÇÃO ENTRE INICIATIVA DE CRESCIMENTO PESSOAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

#### **Aline Barros Brutti**

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior  
E-mail: alinebarrosbrutti@gmail.com

#### **Manuel Joaquim Loureiro**

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior  
Centro de Investigação em Deporto Saúde e Atividade Física (CIDESD)  
E-mail: loureiro@ubi.pt

#### **Henrique Pereira**

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior  
E-mail: hpereira@ubi.pt

#### **Samuel Monteiro**

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior  
Centro de investigação em Ciências da Saúde (CICS)  
E-mail: smonteiro@ubi.pt

#### **Rosa Marina Afonso**

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior  
E-mail: rmafonso@ubi.pt

#### **Graça Esgalhado**

Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior  
E-mail: mgpe@ubi.pt

**Resumo:** O presente trabalho investigou a relação entre a iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, qual o tipo de correlação entre as duas variáveis e o efeito preditivo. Foi disseminado um inquérito online, o qual possuía um questionário sócio demográfico, BSI – 18 (Brief Symptom Inventory) e a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal. A análise dos resultados permitiu visualizar, através do Cálculo de Correlação do Coeficiente de Pearson ( $r$ ), que há uma relação entre as variáveis e é estatisticamente significativa, além de uma correlação e um efeito preditivo negativos.

**Palavras-chave:** Iniciativa de crescimento pessoal; Sintomatologia depressiva; Saúde mental.

**Abstract:** The present study investigated the relationship between the personal growth initiative and the depressive symptomatology, the type of correlation between the two variables and the predictive effect. An online survey was disseminated, which had a socio - demographic questionnaire, BSI - 18 (Brief Symptom Inventory) and the Personal Growth Initiative Scale. The results analysis allowed to visualize, through the Pearson Coefficient Correlation Calculus ( $r$ ), that there is a relationship between the

variables and is statistically significant, in addition to a negative correlation and a predictive effect.

**Keywords:** Personal growth initiative; Depressive symptomatology; Mental Health.

## 1. INTRODUÇÃO

Durante o decorrer da vida, diversas situações exigem que os indivíduos realizem mudanças a fim de lidar melhor com as necessidades de cada momento. Há mudanças que são intencionais e conscientes para alcançar determinados resultados. Esse processo é denominado como Iniciativa de Crescimento Pessoal (Robitschek, 1998) e é compreendido como um processo ativo e intencional que o indivíduo realiza a fim de atingir o seu crescimento pessoal. As alterações provenientes desse processo podem ser em diferentes domínios da vida do sujeito, como dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais (Robitschek, 2003).

Segundo Robitschek (1998) a capacidade do sujeito identificar e fazer mudanças pessoais que possibilitem um desenvolvimento positivo mesmo quando as suas condições de vida mudam é uma das definições de iniciativa de crescimento pessoal (ICP). Além disso, o crescimento pessoal, em sua essência, é relevante a todos os indivíduos, pois a capacidade de mudar e se adaptar é uma característica de uma personalidade saudável e uma habilidade necessária em outras esferas da vida, como a construção de uma carreira, em relacionamentos íntimos saudáveis e novos desafios ao longo da vida (Robitschek et al., 2012).

Salienta-se que a ICP envolve uma iniciativa mais ativa e participante em direção ao crescimento pessoal, e pode estar ou não ligada a um evento importante da vida do indivíduo (Bhattacharya & Mehrotra, 2013). A diferenciação desses processos de mudança faz-se necessária, pois a ICP está associada a um aumento dos níveis de bem-estar e desenvolvimento positivo dos indivíduos, enquanto os outros processos variam (Robitschek, 1999).

Em consoante, fez-se necessário o desenvolvimento de uma escala para investigar a iniciativa de crescimento pessoal que abrangesse as dimensões de todo o processo de forma multidimensional. Então, foi criado por Robitschek et al. (2012) a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II (*Personal Growth Initiative Scale II – PGIS-II*). É de relevância salientar que anterior a essa escala já tinha sido desenvolvido um instrumento similar e até com o mesmo nome, Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal (*Personal Growth Initiative Scale – PGIS*) mas não foi desenvolvido a partir da teoria de iniciativa de crescimento pessoal, portanto, não compreendia a complexidade do processo de mudança que exige a ICP.

Para a nova escala foi realizada uma revisão da literatura sobre a iniciativa de crescimento pessoal e os conceitos que foram contemplados nessa nova escala são: 1) o aspecto intencional dos processos cognitivos e comportamentais que são diretamente ligados com a ICP; 2) a qualidade geral das habilidades de crescimento pessoal (Robitschek et al., 2012).

O instrumento PGIS-II é uma escala que consiste em 16 itens e dividido em 4 fatores, os quais são: prontidão para mudança; planejamento; comportamento intencional; e utilização de recursos (Freitas, Damásio, Tobo, Kamei & Koller, 2013; Robitschek et al., 2012). A dimensão cognitiva é avaliada pelos fatores “Prontidão para mudança” e “Planejamento”. Esses dois fatores referem-se a habilidade do sujeito em criar ou identificar situações que permitam seu crescimento pessoal e a habilidade de organizar estratégias que facilitem o desenvolvimento do crescimento pessoal, respectivamente. Quanto a dimensão comportamental, os fatores que avaliados são “Comportamento intencional” e “Utilização de recursos”, e referem-se, respectivamente, à avaliação da disposição e motivação do indivíduo para alcançar seus objetivos estabelecidos e o uso de recursos pessoais e externos para ajudar no processo de mudança (Robitschek et al., 2012).

Na literatura pode-se analisar alguns estudos sobre a iniciativa de crescimento pessoal e sua relação com outras variáveis. Um estudo feito por Robitschek (1999) evidenciou que níveis alto de ICP demonstram bons níveis de bem-estar, e o indivíduo apresenta maior propensão a experimentar do bem-estar subjetivo quando consegue delimitar e alcançar os objetivos propostos pela iniciativa de crescimento pessoal.

Em outra investigação salienta-se que universitários que tem maiores níveis de ICP, conseqüentemente, são mais determinados a buscar por auto-aperfeiçoamento do que se tivessem baixos valores de ICP. Ainda na mesma investigação, foi constatada uma correlação negativa entre o sofrimento psíquico e a iniciativa de crescimento pessoal. Dessa maneira, supõe que a ICP reduz o risco de sofrimento psicológico, uma vez que a amostra de adolescentes participantes do estudo que apresenta um nível mais elevado de ICP experimenta um nível mais baixo de estresse e depressão (Ayub & Iqbal, 2012).

Em outra pesquisa realizada com estudantes da graduação mostrou uma relação muito significativa entre a iniciativa de crescimento pessoal, auto eficácia

emocional e bem-estar. Diante disso, sugere-se que o bem-estar é um preditor e está fortemente associado positivamente com a ICP (Berl & Jain, 2016).

Com a finalidade de compreender sobre o impacto da depressão na vida das pessoas, recorreu-se a literatura e dados estatísticos para um melhor entendimento. Sabe-se que hoje a depressão major é a principal causa de incapacitação em todo o mundo e está posicionada como a quarta das dez principais patologias a nível mundial. Segundo projeções, em 20 anos, a depressão será a segunda causa de doenças no mundo (WHO, 2002).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (APA, 2014, p.155) caracteriza o transtorno depressivo como “Presença de humor triste, vazio, ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”

Segundo o DSM-V (APA, 2014), o transtorno depressivo major é associado com uma alta taxa de mortalidade, e na maioria dos casos é contabilizada pelo suicídio.

Segundo Rubio (2002), em suas pesquisas entende-se que as possíveis causas da depressão podem ser diversos fatores, sejam eles isolados ou combinados, e ainda enfatiza que a sintomatologia pode surgir mesmo quando, *a priori*, tudo corre bem na vida do sujeito. A autora cita algumas possíveis causas, as quais são: histórico familiar; outras doenças não psiquiátricas (exemplo: doenças crônicas, Aids, câncer, alterações hormonais); uso de medicamentos; uso de substância alcóolicas ou drogas; e situações de vida com intensa carga de estresse.

Segundo a Direção Geral de Saúde em Portugal (DGS, 2017) a maior taxa de risco para a depressão aumenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida (como por exemplo, luto ou rompimento de relações), doenças físicas e problemas causados pelo abuso de álcool e outras drogas. Entretanto, também é ressaltado que a depressão afeta pessoas de todas as idades em diferentes extratos sociais.

Sobre a depressão e a qualidade de vida, sabe-se que a literatura salienta que a depressão afeta de forma prejudicial a qualidade de vida dos sujeitos. Existe uma relação inversa entre a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva, fazendo com que se verifique que um baixo nível de percepção de qualidade de vida seja expressa por altos níveis da sintomatologia depressiva (Ay-Woan, Sarah, Lynn, Tsyr-Jang & Ping-Chuan, 2006; Rubio, 2002).

Como fica evidente nessa exposição, a iniciativa de crescimento pessoal é um recurso positivo para o indivíduo, enquanto a depressão tem um forte impacto na vida do sujeito e no seu funcionamento saudável. Dessa forma, a presente investigação pretende verificar até que ponto os níveis de iniciativa de crescimento pessoal e os indicadores de depressão estão correlacionados, observar os scores de iniciativa de crescimento pessoal e do indicador de depressão e a verificar um possível efeito preditivo entre as duas variáveis.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 Participantes**

Na presente investigação, possui-se uma amostra de 1.895 indivíduos, entretanto, para fins de significância estatística, foram suprimidos alguns participantes menores de 18 anos e maiores do que 62 anos, obtendo um  $n=1.095$ .

### **2.2 Instrumentos**

Os dados da investigação foram recolhidos pelo Questionário Sóciodemográfico, o qual foi elaborado com finalidade de atender às demandas de caracterização dos participantes do presente estudo. No que refere-se aos itens inquiridos, optou-se por perguntas sobre: idade, género, estado marital, escolaridade, situação profissional, estatuo sócio econômico, orientação sexual, nacionalidade e país atual em que reside, religião, alguma experiência marcante, satisfação com a vida, nível de felicidade e prática de exercícios físicos. Os instrumentos utilizados com o objetivo de contribuir com o tema central da investigação foram o Inventário de Saúde Mental – BSI 18- elaborado por Derogatis (2000) com sua adaptação para a população portuguesa por Canavarro, Nazaré & Pereira (2016), cujo o objetivo é avaliar da psicossintomatologia experienciada pelo indivíduo na última semana, com foco na investigação de 3 dimensões, as quais são depressão, ansiedade e somatização; e a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal II, desenvolvida por Robitschek et. al (2012) com a finalidade de explorar os níveis de ICP da amostra.

## 2.3 Procedimentos

O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Posterior a esse processo de aprovação, foi elaborado um inquérito online, o qual era enviado a sujeitos através de um *link*. No momento em que o sujeito recebia esse link de acesso, logo encontrava o já referido inquérito, juntamente com os objetivos da pesquisa, o tempo estimado para responder e a garantia de sigilo e anonimato nas respostas.

Os dados obtidos através desse procedimento foram de caráter exclusivo para os fins da pesquisa, que contribuíram para com os resultados estatísticos. Os critérios utilizados no inquérito são de pessoas maiores ou com 18 anos e que saibam ler e escrever português. Dessa forma, obteve-se 1.895 respondentes, entretanto, ao analisar os dados, o número final da amostra contou com 1.095 respondentes, uma vez que foram excluídos alguns que não preenchiam os critérios expostos.

Após os procedimentos já supracitados, procedeu-se com a análise dos dados. Todos os dados obtidos através do inquérito online foram tabulados em uma planilha no *Software Windows Excel 2016*. Em seguida, foram introduzidos no programa estatístico *IBM SPSS STATISTICS* para a elaboração da base de dados afim de desenvolver a análise estatística.

Inicialmente foram realizadas análises estatísticas com o objetivo de explorar os dados demográficos para elaborar um perfil dos participantes. Para isso, realizou-se uma análise descritiva e o cálculo das estatísticas descritivas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão), e valores extremos (valores mínimo e máximo).

Para a amostra  $N=1.095$  foi utilizado o Teorema do Limite Central (TLC), proposto por Hall, Neves & Pereira (2007), o qual permite o uso de testes paramétricos, uma vez que se entende que à medida que o  $N$  aumenta, fica maior a aproximação da normalidade. Além disso, o teorema também determina que em uma grande amostra ( $N$  maior do que 30) não é obrigatório verificar a sua distribuição.

Posteriormente, verificou-se o indicador de consistência interna *Alfa de Cronbach*, com o objetivo de analisar a confiabilidade dos construtos teóricos. Ainda, com a finalidade de estabelecer a relação entre a sintomatologia depressiva e a Iniciativa de Crescimento Pessoal (ICP) utilizou-se o Coeficiente de Correlação de

Pearson que indica a força de associação entre duas variáveis (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005). Por fim, recorreu-se a Regressão Linear Simples com o objetivo de observar o modelo preditivo entre o comportamento da ICP a partir dos valores da sintomatologia depressiva.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 Características sociodemográficas da amostra**

A amostra obteve um N= 1.095, entre 18 anos a 62 anos, 332 do sexo masculino (30,3%) e 756 são do sexo feminino (69,0%). Sobre a orientação sexual 89,3% considera-se heterossexual, 6,1% bissexual e 4,1% são homossexuais. Conforme as respostas, 45,0% dos participantes são solteiros, 27,2% estão em um compromisso afetivo, 15,3% são casados, 4,4% são divorciados, 7,0% possuem união de fato e 0,6% são viuvos. Sobre a região geográfica, 45,1% afirmam que moram em uma pequena cidade, 21,6% respondeu que mora em um pequeno meio rural, outros 21,6% moram em uma grande cidade e 11,2% moram em um grande meio rural. Em relação ao nível de escolaridade, 40,5% dos participantes respondeu que tem licenciatura/bacharelado, 40,3% afirma que possui escolaridade até os 12 anos, 12,1% afirmam ter mestrado/doutorado, 5,1% possui escolaridade até os 9 anos, 1,2% até os 4 anos e 0,8% afirma ter "outra".

Já no que diz respeito a situação profissional, 44,9% afirmam ser estudantes, 33,7% "trabalham contra outrem", 7,8% afirmam ser desempregados, 7,1% são trabalhadores-estudantes, 4,5% são trabalhadores por conta própria e 1% são reformados. Conforme perguntado sobre o estatuto sócio económico, 58,3% assumem ser de média renda, 26,9% são baixo-média renda, 7,9% são baixa renda e 6,4% são médio-alta renda e 0,3% são alto renda.

Além disso, sabe-se que 87,6% são de nacionalidade portuguesa enquanto 10,8% são de nacionalidade brasileira e 0,8% responderam outro. Por fim, 89,0% responderam que residem em Portugal, 7,6% residem no Brasil e 3% respondeu outro. As informações encontram-se expostas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos participantes

|                              |         |                           | n(%)        |
|------------------------------|---------|---------------------------|-------------|
| <b>Género</b>                | Amostra | Masculino                 | 332 (30%)   |
|                              |         | Feminino                  | 756 (69%)   |
| <b>Orientação Sexual</b>     | Amostra | Heterossexual             | 978 (89%)   |
|                              |         | Homossexual               | 47 (4%)     |
|                              |         | Bissexual                 | 67 (6%)     |
| <b>Estado Marital</b>        | Amostra | Solteiro(a)               | 493 (45%)   |
|                              |         | Casado(a)                 | 168 (15%)   |
|                              |         | União de fato             | 77 (7%)     |
|                              |         | Compromisso afetivo       | 298 (27%)   |
|                              |         | Viúvo                     | 7 (0,6%)    |
|                              |         | Divorciado(a)             | 48 (4,4%)   |
| <b>Escolaridade</b>          | Amostra | Até os 4 anos             | 13 (1,2%)   |
|                              |         | Até os 9 anos             | 56 (5,1%)   |
|                              |         | Até os 12 anos            | 441 (40,3%) |
|                              |         | Licenciatura/Bacharelado  | 443 (40,5%) |
|                              |         | Mestrado/Doutorado        | 133 (12,1%) |
|                              |         | Outra                     | 9 (0,8%)    |
| <b>Região Geográfica</b>     | Amostra | Uma pequena cidade        | 494 (45,1%) |
|                              |         | Uma grande cidade         | 236 (21,6%) |
|                              |         | Um pequeno meio rural     | 237 (21,6%) |
|                              |         | Um grande meio rural      | 123 (11,2%) |
| <b>Situação Profissional</b> | Amostra | Desempregado              | 85 (7,8%)   |
|                              |         | Estudantes                | 492 (44,9%) |
|                              |         | Trabalhadores-estudantes  | 78 (7,1%)   |
|                              |         | Trabalhador conta outrem  | 369 (33,7%) |
|                              |         | Trabalhador conta própria | 49 (4,5)    |
|                              |         | Reformado                 | 11 (1%)     |
|                              |         | Outro                     | 7 (0,6%)    |
| <b>Nacionalidade</b>         | Amostra | Portuguesa                | 959 (87,6%) |
|                              |         | Brasileira                | 118 (10,8%) |

|                        |         |          |           |
|------------------------|---------|----------|-----------|
|                        |         | Outra    | 9 (0,8%)  |
| <b>País que reside</b> | Amostra | Portugal | 975 (89%) |
|                        |         | Brasil   | 83 (7,6%) |
|                        |         | Outro    | 33 (3%)   |

Fonte: Os autores

### 3.2 Consistência Interna

A consistência interna do BSI 18 para o domínio da depressão revelou ser forte ( $\alpha = .884$ ), e segundo Hair, Anderson, Tatham & Black (2005), para que a consistência interna seja considerada satisfatória os valores devem ser pelo menos 0,70 e aceitáveis valores de até 0,60 em pesquisas exploratórias.

Os valores da consistência interna referentes a Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal revelaram ser ( $\alpha = .942$ ), e para seus quatro domínios resultaram: prontidão para mudança ( $\alpha = .854$ ), planejamento ( $\alpha = .902$ ), utilização de recursos ( $\alpha = .792$ ) e comportamento intencional ( $\alpha = .861$ ). Todos os valores foram considerados fortes e satisfatórios.

### 3.3 Análise da relação da Iniciativa de Crescimento Pessoal e sintomatologia depressiva

Com o objetivo de analisar a relação entre as duas variáveis (ICP e sintomatologia depressiva) recorreu-se ao Teste de Associação. Sabe-se que os testes de associações têm como função a investigação da relação entre duas (ou mais) variáveis. Utilizou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson (*Pearson Correlation Coefficient, r*), o qual permite explorar a associação significativa, direção (positiva ou negativa) e a magnitude (variações entre +1 e -1) das variáveis em questão (Martins, 2011).

Os resultados apresentados para o *total score* da escala de iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, expostos na Tabela 2, mostram que o coeficiente de relação é estatisticamente significativo ( $p = .000$ ) e uma correlação negativa ( $r = -.272$ ). Desse modo, entende-se que o resultado indica que

maiores níveis de sintomatologia depressiva tendem a apresentar menores níveis de iniciativa de crescimento pessoal.

O resultados entre a sintomatologia depressiva e os quatro fatores da Escala de Iniciativa de Crescimento Pessoal, propostos por Robistchek (2003a), os quais são: Prontidão para mudança, planejamento, utilização de recursos e comportamento intencional, também foram similares ao *total score* da ICP, conforme expostos na Tabela 2.

Tabela 2: Análise da relação entre iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia depressiva

|                    | BSI depressão | EICP Prontidão | EICP Planejamento | EICP Recursos | EICP Comportamento | EICP Total Score |
|--------------------|---------------|----------------|-------------------|---------------|--------------------|------------------|
| BSI depressão      | 1             |                |                   |               |                    |                  |
| EICP Prontidão     | -.202**       | 1              |                   |               |                    |                  |
| EICP Planejamento  | -.279**       | .845**         | 1                 |               |                    |                  |
| EICP Recursos      | -.152**       | .581**         | .590**            | 1             |                    |                  |
| EICP Comportamento | -.264**       | .725**         | .739**            | .598**        | 1                  |                  |
| EICP Total Score   | -.272**       | .896**         | .903**            | .808**        | .874**             | 1                |

Fonte: Os autores

Dessa forma, percebe-se que os resultados possuem uma relação estatisticamente significativa, uma vez que o valor da probabilidade é inferior a .01. Consequentemente, conclui que há associação entre os níveis de iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, com uma correlação negativa baixa, portanto, entende-se que conforme os níveis de sintomatologia depressiva se elevam há uma diminuição dos níveis de ICP.

Com a finalidade de analisar de que forma as variáveis se relacionam e um modelo preditivo, foi realizada a regressão linear simples. Os resultados obtidos entre a associação entre a sintomatologia depressiva e a iniciativa de crescimento pessoal demonstraram um coeficiente de regressão com significância estatística ( $\beta = -.261$ ,  $p = .000$ ) sugerindo uma relação negativa moderada. Além disso, o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) foi de .068, o que significa que a iniciativa de crescimento pessoal tem um efeito preditor em relação a sintomatologia depressiva.

Tabela 3: Análise da regressão linear simples para as variáveis iniciativa de crescimento pessoal e sintomatologia depressiva

| Iniciativa de Crescimento Pessoal | Resumo do modelo |                | Coeficientes <sup>a</sup> |         |      |
|-----------------------------------|------------------|----------------|---------------------------|---------|------|
|                                   | $R^2$            | $R^2$ ajustado | $B$                       | $\beta$ | $p$  |
|                                   | .068             | .067           | -.224                     | -.261   | .000 |

a. Variável dependente: sintomatologia depressiva

Fonte: Os autores

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo a análise da relação entre a iniciativa de crescimento pessoal e a sintomatologia depressiva, bem como verificar um possível efeito preditivo entre as duas variáveis.

Dessa forma, compreende-se que na literatura há estudos que relacionam a iniciativa de crescimento pessoal com o bem-estar e saúde mental. Sabe-se que a ICP é relevante para todos os indivíduos, pois a capacidade de mudança e adaptação é uma forte característica de uma personalidade com funcionamento saudável e uma habilidade necessária nas diversas esferas da vida (Robitschek et al., 2012).

Compreende-se que a iniciativa de crescimento pessoal detém quatro fatores, os quais são prontidão para mudança, planejamento, utilização de recursos e comportamento intencional. Esses fatores, cujos detém uma forte correlação entre si, implicam a parte cognitiva e comportamental do sujeito, tornando-se estritamente ativo em seu processo de mudança (Robitschek, 1999).

Adicionalmente, sabe-se que o processo de mudança, o qual objetiva a ICP, também é relacionado aos níveis de bem-estar e desenvolvimento positivo do indivíduo (Robitschek, 1999). Os níveis mais elevados desse construto demonstram bons valores de bem-estar subjetivo, e entende-se que o sujeito é capaz de delimitar e alcançar os seus objetivos (Robitschek & Keyes, 2009).

Conforme os resultados encontrados no presente estudo, a iniciativa de crescimento pessoal apresenta uma correlação negativa com a sintomatologia depressiva. Observa-se que quanto mais elevado for um valor, menor será o outro, e dessa forma, corrobora com o que também foi encontrado na literatura, onde os níveis

de depressão e sofrimento psíquico eram menores comparativamente aos altos índices de ICP (Ayub & Iqbal, 2012; Sultan, 2011).

Ainda, este estudo demonstrou que a iniciativa de crescimento pessoal tem um efeito preditivo negativo na sintomatologia depressiva, explicando 6.7% da variância da sintomatologia. Entende-se que o baixo valor é expresso pelo fato de que a depressão é uma perturbação com várias manifestações e diferentes fatores biopsicossociais. Entretanto, a importância desse resultado não deve ser ignorada, uma vez que investigações prévias indicam que os altos níveis de ICP são associados com satisfações pessoal e felicidade e menores níveis de depressão, sofrimento psíquico e percepção de estigma. E, ainda supõe-se que a iniciativa de crescimento pessoal seja capaz de reduzir o risco de sofrimento psicológico (Negovan, 2010; Ayub & Iqbal, 2012; Sultan, 2011).

Sabe-se que a depressão é a principal causa de incapacitação em todo o mundo, além de ser a quarta, em uma lista de dez, das principais patologias a nível mundial (WHO, 2002). Além disso, salienta-se pesquisas que afirmam a relação entre a depressão e a qualidade de vida. A literatura enfatiza que a depressão afeta de forma prejudicial a qualidade de vida dos sujeitos. Existe uma relação inversa entre a qualidade de vida e a sintomatologia depressiva, fazendo com que se verifique que um baixo nível de percepção de qualidade de vida seja expressa por altos níveis da sintomatologia depressiva (Ay-Woan, Sarah, Lynn, Tsyr-Jang & Ping-Chuan, 2006; Rubio, 2002).

A amostra do presente trabalho foi normativa, e por sua vez, acredita-se que seja um fator imperativo para que os resultados das correlações tenham sido expressas por valores baixos. Sugere-se que, a fim de uma melhor caracterização dos resultados, aplique-se em uma amostra clínica para obter correlações mais elevadas.

No entanto, evidencia-se a importância de observar o impacto das duas variáveis e a relevância desse tema para a psicologia. Bem como já supracitado, a depressão afeta diretamente o funcionamento saudável dos indivíduos, o que acaba por interferir em seu processo de mudança – conforma os pressupostos da iniciativa de crescimento pessoal- e constitui um fator de risco para a saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª ed)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ayub, N., & Iqbal, S. (2012). The relationship of Personal Growth Initiative, Psychological Well-Being, and Psychological Distress among Adolescents. *Journal of Teaching and Education*, 1(6), 101–107.
- Ay-Woan, P., Sarah, C., Lynn, C., Tsy-Jang, C., & Ping-Chuan, H., (2006). Quality of life in depressions: predictive models. *Quality of Life Research*, 15, 39–48.
- Beri, N., & Jain, M. (2016). Personal Growth Initiative among Undergraduate Students: Influence of Emotional Self Efficacy and General Well Being. *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities*, VIII (2), 44-55.
- Bhattacharya, A., & Mehrotra, S. (2013). The Journey of Personal Growth: A Qualitative Exploration of Personal Growth Processes in Young Adulthood. *Psychological Studies*, 58(4), 456–463. doi:10.1007/s12646-013-0222-x
- Derogatis, L. R. (1993). Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual (3.ª ed.). Minneapolis, MN: Pearson.
- Direcção Geral da Saúde (2017) *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa: Autor. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>
- Freitas, C. P. P., Damásio, B. F., Tobo, P. R., Kamei, H. H., & Koller, S. H. (2016). Systematic review about personal Growth Initiative. *Anales de Psicología*, 32 (3), 770-782. doi:org/10.6018/analesps.32.3.219101
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W.C. (2005). Análise multivariada de dados. A. S. Sant'Anna & A. C. Neto (Trad.). Porto Alegre: Bookman
- Hall, A., Neves, C., & Pereira, A. (2011) Grande maratona de estatística no SPP. Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Nazaré, B., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18. *Análise Psicológica*, 35(2), 213-230. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1287>
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 6, 85-104.
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 183-198.
- Robitschek, C. (1999). Further validation of the Personal Growth Initiative Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31(4), 197-210.

- Robitschek, C. (1999). Further validation of the Personal Growth Initiative Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31(4), 197-210.
- Robitschek, C. (2003). Validity of Personal Growth Initiative Scale scores with a Mexican American college student population. *Journal of Counsel-ing Psychology*, 50(4), 496–502. doi: 10.1037/0022-0167.50.4.496
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321–329. doi: 10.1037/a0013954
- Robitschek, C., Ashton, M. W., Spering, C. C., Geiger, N., Byers, D., Schotts, G. C., & Thoen, M. A. (2012). Development and psychometric evaluation of the Personal Growth Initiative Scale–II. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 274–287. doi:10.1037/a0027310
- Rubio, H. (2002). Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 3, (1), 58-85.
- Sultan, S. (2011). Stigmatization: Addressing Self-Esteem and Personal Growth in Patients with Psychological and Physiological Illness. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 31(1), 29–36.
- WHO - World Health Organization, (2002). *The world health Report - Mental Health: New Understanding, new hope* (1ª edição). Lisboa: Direção Geral da Saúde e Climepsi Editores.

## CAPÍTULO 18

### O PACIENTE OCULTO: O CUIDADOR INFORMAL NO IDOSO COM DEMÊNCIA

**Desidério da Encarnação Palma Duarte**

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

E-mail: [desiderio.duarte@gmail.com](mailto:desiderio.duarte@gmail.com)

**Marta Nélia Belchior Mendonça**

USF Ria Formosa

E-mail: [marta.nelia@gmail.com](mailto:marta.nelia@gmail.com)

**Resumo:** Os cuidadores informais são fundamentais no acompanhamento do idoso com demência. A tarefa de cuidar de uma pessoa com demência revela-se muitas vezes desgastante, impondo mudanças com importante impacto na qualidade de vida do cuidador e cuidado prestado., alterando a rotina e influenciando a qualidade do cuidador. Este impacto pode ser incapacitante e dar origem a um estado psicológico negativo. Contudo, cuidar está igualmente associado a aspetos positivos, como aumento da autoestima e fortalecimento da relação familiar, todavia, na maioria dos casos prevalece a sobrecarga do cuidador, evidenciando a necessidade de programas interventivos para diminuir a carga total imposta.

**Palavras-chave:** cuidador; demência; idosos; envelhecimento.

## **1. INTRODUÇÃO**

Demência é uma condição na qual ocorre um declínio das funções cognitivas com gravidade suficiente para afetar o funcionamento do indivíduo (Saraiva & Cerejeira, 2014; Frota et al, 2011). Com o desenvolvimento da doença todos os casos tendem a evoluir para um estado de dependência, necessitando de apoio nas diversas atividades da vida diária. Os cuidadores informais tornam-se desta forma fundamentais, na medida que prestam cuidados a um membro adulto da família que não pode realizar sozinho as atividades básicas da vida diária. É essencial o reconhecimento das suas características e necessidades destes "pacientes ocultos", devendo-se fortalecer os aspetos positivos do cuidado (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

## **2. METODOLOGIA**

Os autores fizeram uma revisão não sistemática nas bases de dados Pubmed e Embase sobre esta temática, complementada com artigos recentemente publicados. Foram posteriormente selecionados com base na relevância e adequação ao tema.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1 Aspectos Gerais da Demência**

A demência é um dos principais desafios para a saúde pública e uma importante fonte de estresse para as famílias e para os serviços de saúde. A sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, atingindo 5,5/100.000 habitantes até aos 74 anos e 30,5/100.000 habitantes na faixa etária entre os 80 e 84 anos (World Health Organization, 2019; Sibbett, Russ, Deary, & Starr, 2017).

Em Portugal, não há um grande estudo epidemiológico que represente a situação real. Os dados da Alzheimer Europe mostram que a doença atingiu aproximadamente 182.000 portugueses em 2012, 60-70% deles com a doença de Alzheimer (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). No relatório da

OCDE publicado em 2017, Portugal é o quarto país com o maior número de casos de demência, com 19,9 / 100.000 habitantes (OECD, 2017).

A demência mais comum é a doença de Alzheimer (50-70%), seguida pela demência vascular, demência de corpos de Lewy e demência frontotemporal. Também existem estados mistos e outras condições médicas e neurológicas que causam demência, embora sejam mais raras (Saraiva & Cerejeira, 2014; Cunningham, McGuinness, Herron, & Passmore, 2015).

A caracterização dos déficits cognitivos é dos principais aspetos na avaliação das demências. Estes déficits podem ser divididos em 8 áreas principais: memória, linguagem, orientação, atenção, prática, gnosis, funções executivas e habilidades visuoespaciais. Podem ocorrer isoladamente ou em combinação, amplificando-se com a evolução da demência e comprometendo progressivamente a autonomia funcional da pessoa. É possível conseguir identificar o processo subjacente de doença no início da demência, tornando-a esta tarefa quase impossível numa data posterior. A Tabela I resume alguns critérios clínicos para os principais subtipos de demência (Saraiva & Cerejeira, 2014; Sibbett, Russ, Deary, & Starr, 2017; Cunningham, McGuinness, Herron, & Passmore, 2015).

Os fatores de risco para demência podem ser divididos em dois grupos principais: variáveis e não variáveis. Do primeiro grupo os mais importantes são: diabetes, hipertensão, dislipidemia, depressão, tabagismo, obesidade e inatividade física. Em relação aos fatores ambientais, a associação é menos consistente, com alguns estudos a evidenciar os efeitos da exposição a solventes ou metais, poluição do ar, exposição a campos elétricos/magnéticos e a alguns pesticidas (Saraiva & Cerejeira, 2014; Sibbett, Russ, Deary, & Starr, 2017).

Os fatores de risco não modificáveis incluem a idade, sexo (a doença de Alzheimer é mais comum em mulheres), inflamação e fatores genéticos. Os fatores de proteção incluem um alto nível de educação, uso anti-inflamatórios, terapia de reposição hormonal em mulheres e consumo moderado de álcool, além de uma dieta rica em antioxidantes, vitamina B12 e ácido fólico (Saraiva & Cerejeira, 2014; Sibbett, Russ, Deary, & Starr, 2017; Killin, Starr, Shiue, & Russ, 2016).

#### 4. QUEM SÃO OS CUIDADORES

Com base na prevalência de demência, estima-se que existam aproximadamente 5 milhões de cuidadores informais nos Estados Unidos. A sua idade média é de 46 anos e cerca de 75% são mulheres, geralmente esposas ou filhas (Malphurs, & Cohen, 2005; Agronin, & Maletta, 2011). No entanto, este paradigma parece estar mudando, pois nos últimos anos a proporção de homens tem aumentado, assim como a idade média dos cuidadores, refletindo uma sociedade mais envelhecida (Agronin, & Maletta, 2011).

Tabela 1: Critérios clínicos para os principais subtipos de demência

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Doença de Alzheimer         | Início insidioso de distúrbios da memória acompanhado por pelo menos um dos seguintes: afasia, apraxia, agnosia, comprometimento do funcionamento executivo e habilidades visuo-espaciais   |
| Demência vascular           | Evidência de doença cerebrovascular com sinais focais e fatores de risco cardiovascular. A presença de alterações na marcha, histórico de quedas frequentes, incontinência urinária e alterações de humor com labilidade emocional ajudam a corroborar o diagnóstico.   |
| Demência com corpos de Lewy | Consciência flutuante, alucinações visuais, delírios, quedas e sintomas de parkinsonismo (rigidez, tremor, bradicinesia, instabilidade postural e hipomímia).   |
| Demência Frontotemporal     | Existem três fenótipos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Variante comportamental: caracterizada por mudanças na personalidade e no comportamento, com desinibição, impulsividade e falta de consciência social. Estes recursos geralmente precedem o comprometimento da memória. Alterações de humor e de linguagem também podem ocorrer.</li><li>• Afasia progressiva não fluente: os pacientes apresentam fluência na fala prejudicada devido à dificuldade de articulação, fonação e erros sintáticos. A compreensão da fala é preservada. Numa fase posterior, podem ocorrer alterações comportamentais semelhantes à variante comportamental, mas não são proeminentes.</li><li>• Demência semântica: os indivíduos permanecem fluentes com fonologia, mas têm dificuldade para entender, especialmente para entender palavras únicas. A fala pode ser caracterizada por parafasias semânticas e circulares. Dislexia e disgrafia ocorrem frequentemente.</li></ul> |

Fonte: Adaptado de Saraiva & Cerejeira, 2014

O tipo de cuidados varia no decorrer da demência. Pessoas com demência leve precisam de mais serviços de transporte e limpeza. Cuidadores de pessoas com demência moderada fornecem apoio sobretudo ao nível da mobilidade e proteção. Na demência avançada, os cuidados são prestados principalmente no nível de cuidados pessoais, mobilidade, transporte e limpeza (Huang et al., 2015).

## 5. O CUIDADOR INFORMAL

Na nossa sociedade o aumento da expectativa de vida, os cuidados de saúde em casa e a pressão para diminuir os internamentos estão mudando o paradigma do cuidar. O cuidador informal é cada vez mais encarado como um elemento fundamental do sistema, não apenas por facilitar a humanização da assistência, mas também por diminuir os custos, atrasando ou evitando a institucionalização.

Também permite aliviar um sistema congestionado no momento em que a necessidade de suporte devido ao envelhecimento da população excede em muito a disponibilidade (Agronin, & Maletta, 2011).

Como a experiência de cuidar depende em grande parte do relacionamento entre o cuidador e o doente, os cônjuges costumam fazer sacrifícios pessoais e contratar assistência com menos frequência do que os outros membros da família. De suma importância são também os aspectos culturais que influenciam não apenas a escolha dos cuidadores, mas também o grau de mobilização de recursos externos. Outra variável é o fator económico que determina quem pode beneficiar de apoio profissional, de programas de descanso do cuidador e de outros recursos que podem aliviar a sobrecarga dos cuidadores (Agronin, & Maletta, 2011).

Cuidar de uma pessoa com demência pode ser muito estressante. Vários estudos documentaram este impacto negativo na saúde e no bem-estar da família. Os cuidadores são mais propensos a depressão, ansiedade, irritabilidade e outros problemas de saúde, comparativamente a controles agrupados pela idade que não estão envolvidos nesse cuidado. (Steven). Uma observação dramática foi a de que os cuidadores com elevados níveis de stress têm taxas de mortalidade mais altas do que os controles agrupados por idade que não são cuidadores (Zarit & Zarit, 2007; Von Känel et al, 2012; Fonareva & Oken, 2014).

O cuidador do cônjuge geralmente é mais velho e, portanto, é mais provável que tenha necessidades médicas, maiores dificuldades e maiores necessidades de apoio (Agronin, & Maletta, 2011; Fonareva & Oken, 2014).

Muitos cuidadores estão profissionalmente limitados devido ao seu papel, estando o cuidado associado a redução salarial e perdas de folgas no trabalho. Especialmente entre as cuidadoras do sexo feminino que dependem de uma única fonte de rendimento e / ou têm filhos, as necessidades de cuidados são esmagadoras

(Agronin, & Maletta, 2011; Villapando, 2015; Elmståhl, Dahlrup, Ekström, & Nordell, 2017).

O modelo do processo de estresse no cuidar desenvolvido por Pearlin identifica como ponto de partida as mudanças causadas por doenças e incapacidades dos idosos, denominadas de "estressores primários". Estes incluem a quantidade de cuidados necessários para as atividades diárias, bem como todos os distúrbios comportamentais, cognitivos e emocionais que os cuidadores enfrentam (Agronin, & Maletta, 2011). Estes aspectos podem acabar por afetar outras áreas da vida do cuidador, as quais Pearlin e colegas (1990) chamam de estressores secundários. O tempo e a energia associados ao cuidar colocam outros papéis e responsabilidades em risco. Os cuidadores podem ficar sob pressão para lidar com cônjuges ou filhos e podem ter conflitos com outros membros da família sobre a melhor forma de prestar cuidados. Esta sobrecarga psicológica pode à "perda do eu", na qual a identidade do cuidador é absorvida pelo papel de cuidador (Agronin, & Maletta, 2011).

Outros autores identificaram diversos fatores de risco associados ao aumento do stress físico e emocional do cuidador (Kaye, Turner, Butler, Downey, & Cotton, 2003):

- Sexo feminino: as mulheres assumem um papel mais amplo no cuidado, passam mais tempo com os idosos e, como tal, são mais vulneráveis;
- Idade do cuidador: os cuidadores com mais de 70 anos de idade têm maior probabilidade de estar sob estresse relacionado com os cuidados;
- Saúde mental e física dos cuidadores: cuidadores com problemas de saúde correm um risco maior de sofrer altos níveis de estresse e depressão;
- Emprego do prestador de cuidados: prestadores de cuidados desempregados têm um nível mais alto de estresse;
- Relação familiar entre idosos e cuidadores: vários estudos sugerem que familiares diretos como cônjuges e filhos / filhas têm maior probabilidade de apresentar altos níveis de estresse;
- Partilhar a residência com o idoso: aspeto polémico com conclusões contraditórias em vários estudos;
- Gravidade do declínio cognitivo: tópico controverso, pois nem todos os estudos mostram correlação entre o *status* cognitivo dos idosos e a carga de sofrimento do cuidador;

- Alterações comportamentais: a maioria dos estudos mostra mudanças comportamentais como inquietação e irritabilidade, como aspetos associados a um maior nível de estresse do cuidador (Seeher et al, 2014; Takai, Takahashi, Iwamitsu, Oishi, & Miyaoka, 2011; Borson, Scanlan, Sadak, Lessig, & Vitaliano, 2014; Dahlrup, Ekström, Nordell, & Elmståhl, 2015);
- Número de horas de cuidados (Dahlrup, Ekström, Nordell & Elmståhl, 2015);
- Cuidar de vários membros da família (Kaye, Turner, Butler, Downey, & Cotton, 2003).

## **6. CUIDAR DO CUIDADOR**

Os cuidadores respondem de maneira diferente a eventos semelhantes, e a deteção precoce de situações de risco é crucial. As pessoas que recebem mais ajuda das suas famílias geralmente oferecem melhores cuidados, sendo o aconselhamento o tipo de apoio mais amplamente recebido (MaloneBeach & Zarit, 1995). Os serviços formais e pagos oferecem outro suporte para reduzir o estresse dos cuidadores, mas às vezes podem ser imprevisíveis e não adaptados às necessidades reais (MaloneBeach & Zarit, 1995).

O uso de um estilo de planeamento orientado para problemas pode atuar igualmente como um fator de proteção. Por exemplo, aqueles que lidam com os comportamentos mais perturbadores acalmando ou distraindo os idosos, apresentam um nível de estresse menor do que aqueles que respondem aos mesmos comportamentos de maneira contraditória ou controladora. Isso pode ser alterado, por exemplo, através de apoio ou aconselhamento psicológico, de forma a ajudar na seleção das estratégias mais apropriadas para cada situação. Mesmo que a doença dos idosos não possa ser tratada, levar em consideração os aspetos variáveis do processo de estresse pode levar a melhores resultados para os cuidadores (Zarit & Zarit, 2007).

O cuidar afeta as várias dinâmicas da família podendo despertar ou intensificar os relacionamentos. Não é necessário e pode não ser possível corrigir problemas antigos de relacionamento, no entanto, entender como essas questões afetam a situação atual pode ser muito útil para ajudar o cuidador principal (Agronin, & Maletta, 2011). O estresse prolongado associado aos cuidados causa problemas psiquiátricos

e médicos, e a avaliação da saúde do cuidador deve fazer parte da gestão de situações de demência (Agronin, & Maletta, 2011). O cuidador pode não ser capaz de autoavaliar adequadamente suas necessidades, assumindo que depressão e ansiedade são reações "normais". Os profissionais de saúde devem estar particularmente conscientes das situações de risco, e ter conhecimento das várias ferramentas que podem ser úteis para quantificar as necessidades dos cuidadores, como a Zarit Caregiver Overload Scale, que foi validada em vários idiomas (incluindo português) e em diferentes etnias. Outras ferramentas de triagem incluem a Escala de Estresse Percebido e a Dementia Services Mini-Screen (Frota et al, 2011).

Independentemente das ferramentas utilizadas, uma abordagem geral para a avaliação do cuidador deve sempre ser realizada nas seguintes áreas: (1) segurança e riscos, (2) disponibilidade de apoio, (3) consequências emocionais e físicas de cuidar e (4) necessidades de informação (Agronin, & Maletta, 2011).

É fundamental determinar se os cuidadores têm acesso aos cuidados de saúde primários e se estão cientes de suas necessidades de saúde. Vários estudos destacam os riscos cardiovasculares associados à prestação de cuidados, e a importância de avaliações regulares da pressão arterial e de exames ao sangue, essenciais para a detecção precoce de doenças cardiovasculares. A qualidade do sono pode ser profundamente afetada pelos cuidados, sendo o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh uma ferramenta de preenchimento automático que pode ser usada para identificar situações de distúrbios do sono. Hábitos e comportamentos de risco como tabagismo, abuso de álcool e inatividade física também devem ser avaliados (Agronin, & Maletta, 2011).

## **7. CUIDAR NÃO TEM SÓ ASPECTOS NEGATIVOS**

Evidências crescentes indicam que o processo de cuidar é caracterizado pela justaposição de fatores positivos e negativos. Vários trabalhos mencionam sentimentos de recompensa e satisfação como aspectos que devem ser destacados no contexto do cuidar (Yu, Cheng & Wang, 2018). Yu, Cheng e Wang (2018) explicam que os aspectos positivos devem ser vistos de um ponto de vista multidimensional, com quatro áreas principais a ser destacadas: (1) realização e satisfação pessoal; (2)

sentimentos recíprocos num relacionamento diádico; (3) maior funcionalidade e funcionalidade da família; e (4) sentimento de crescimento pessoal e objetivos de vida.

No modelo transaccional de estresse e coping a presença de um estressor leva a uma avaliação primária da ameaça, seguida de uma avaliação secundária dos recursos, capacidades e métodos para resolver a ameaça (Lazarus & Folkman, 1984). Os aspetos positivos do cuidado podem, portanto, ser explicados como uma avaliação secundária positiva após o cuidador ter superado com sucesso os desafios iniciais. Outros modelos explicam os aspetos positivos do cuidar devido a uma motivação intrínseca para o cuidar, um bom relacionamento prévio entre o cuidador e o idoso e a existência de crenças religiosas por parte do cuidador (Yu, Cheng & Wang, 2018).

## **8. A REALIDADE PORTUGUESA**

Em Portugal, a Estratégia de Saúde para Demência foi aprovada pelo Ministério da Saúde em 2018, depois da Organização Mundial da Saúde ter aprovado o Plano de Ação Global sobre Demência (2017-2025). Este documento define os princípios de atendimento a pessoas com demência, os critérios de prevenção e diagnóstico precoce e o trajeto de atendimento destes pacientes com base em princípios éticos, como proximidade, acessibilidade, justiça e continuidade. Embora este documento recomende a criação de uma estrutura regulatória para a enquadramento legal dos cuidadores, este documento não define a colaboração com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, o que seria importante para melhorar as condições de vida dos doentes e cuidadores. Também deve ser mencionado o estabelecimento de um grupo de trabalho para monitorizar os planos regionais para as demências, que desenvolverão medidas de acordo com as especificidades regionais (Associação Alzheimer Portugal, 2019).

Em Portugal, o apoio atualmente disponível é fornecido pela Rede Nacional de Cuidados Integrados, que coloca temporariamente pessoas com demência em hospitais para proporcionar descanso aos cuidadores. Pode ser usado no máximo 3 meses por ano e é calculado de acordo com os rendimentos familiares. No entanto, a estrutura residencial para idosos (lares) pode ser recomendada em situações de maior dependência/vulnerabilidade.

Os serviços de suporte domiciliar também estão disponíveis para aqueles que precisam de ajuda nas tarefas diárias, e os Centro de Dia são uma ótima alternativa para garantir a assistência diária e a socialização. Alguns Municípios e Juntas de Freguesia também participam da aquisição de recursos técnicos (camas articuladas, cadeiras de rodas...) para facilitar a vida dessas pessoas.

Do ponto de vista financeiro, os prestadores de cuidados de saúde têm a opção de solicitar apoio através do complemento solidário para idosos, do complemento de dependência e do complemento por cônjuge a cargo (Associação Alzheimer Portugal, 2019).

Também deve ser dada ênfase ao papel das associações de familiares de doentes com Alzheimer (e outras demências), que apoiam nos procedimentos administrativos e legais. Elas também fornecem treino temático para preparar os cuidadores e fornecem apoio psicológico através de psicologia clínica, grupos de apoio e de ajuda mútua (Associação Alzheimer Portugal, 2019).

## **9. CONCLUSÃO**

Com o aumento da expectativa de vida o número de casos de demência aumenta, mas temos pouco treino para lidar com estas situações e garantir a prestação do melhor cuidado possível. É uma condição que causa um tremendo desgaste aos cuidadores e aumenta os seus níveis de estresse e ansiedade estando muito associada à ocorrência de perturbações de humor. É uma situação assustadora em que os sentimentos de inutilidade, culpa excessiva ou pensamentos de morte / suicídio podem ocorrer. O apoio psicológico é essencial e deve ser feito o mais cedo possível, podendo nalgumas situações ser necessária uma abordagem combinada (não farmacológica e farmacológica). Criar o ambiente mais positivo possível, adaptar-se às expectativas do mundo real e fazer intervalos regulares nos cuidados é essencial. Os cuidadores são um recurso fundamental pelo que é importante monitorizar as situações de maior risco, identificar suas necessidades e fortalecer os aspetos positivos do cuidar.

## REFERÊNCIAS

- Agronin, M. E., & Maletta, G. J. (2011). *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer Business. 888p. ISBN-13: 978-1-60547-600-1.
- Associação Alzheimer Portugal (2019). Associação portuguesa de familiares e amigos dos doentes com Alzheimer. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt>.
- Borson, S., Scanlan, J. M., Sadak, T., Lessig, M., & Vitaliano, P. (2014). Dementia Services Mini-Screen: A Simple Method to Identify Patients and Caregivers in Need of Enhanced Dementia Care Services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 746–755. doi:10.1016/j.jagp.2013.11.001
- Cunningham, E. L., McGuinness, B., Herron, B., & Passmore, A. P. (2015). Dementia. *The Ulster medical journal*, 84(2), 79–87
- Dahlrup, B., Ekström, H., Nordell, E., & Elmståhl, S. (2015). Coping as a caregiver: A question of strain and its consequences on life satisfaction and health-related quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 261–270. doi:10.1016/j.archger.2015.06.007
- Elmståhl, S., Dahlrup, B., Ekström, H., & Nordell, E. (2017). The association between medical diagnosis and caregiver burden: a cross-sectional study of recipients of informal support and caregivers from the general population study “Good Aging in Skåne”, Sweden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(9), 1023–1032. doi:10.1007/s40520-017-0870-0.
- Fonareva, I., & Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(05), 725–747. doi:10.1017/s1041610214000039
- Frota, N. A. F., Nitrini, R., Damasceno, B. P., Forlenza, O. V., Dias-Tosta, E., Silva, Junior, E. H., & Magaldi, R. M. (2011). Criteria for the diagnosis of Alzheimer’s disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(3), 146–152. doi:10.1590/s1980-57642011dn05030002
- Huang, H. L., Chen, M. C., Huang, C. C., Kuo, H. C., Chen, S. T., Hsu, W. C., & Shyu, Y. I. (2015). Family caregivers’ role implementation at different stages of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 135. doi:10.2147/cia.s60574.
- Kaye, L., Turner, W., Butler, S., Downey, R., & Cotton, A. (2003). Early Intervention Screening for Family Caregivers of Older Relatives in Primary Care Practices. *Family & Community Health*. 26(4):319-328.
- Killin, L. O. J., Starr, J. M., Shiue, I. J., & Russ, T. C. (2016). Environmental risk factors for dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 16(1). doi:10.1186/s12877-016-0342-y
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York. 460p. ISBN 0-8261-4191-9
- MaloneBeach, E. E., & Zarit, S. H. (1995). Dimensions of Social Support and Social Conflict as Predictors of Caregiver Depression. *International Psychogeriatrics*, 7(1), 25–38. doi:10.1017/s1041610295001827

Malphurs, J. E., & Cohen, D. (2005). A Statewide Case–Control Study of Spousal Homicide–Suicide in Older Persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 211–217. doi:10.1097/00019442-200503000-00006

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer, pp.Chapter 21.3.

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182. doi:10.20344/amp.6025

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel - Edições Técnicas. 532 p. ISBN 978-989-752-071-6

Seeher, K., Low, L., Reppermund, S., Slavin, M., Draper, B., Kang, K., et al. (2014). Correlates of psychological distress in study partners of older people with and without mild cognitive impairment (MCI) – the Sydney Memory and Ageing Study. *Aging & Mental Health*. 18(6):694-705.

Sibbett, R. A., Russ, T. C., Deary, I. J., & Starr, J. M. (2017). Risk factors for dementia in the ninth decade of life and beyond: a study of the Lothian birth cohort 1921. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1366-3

Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2011). Subjective experiences of family caregivers of patients with dementia as predictive factors of quality of life. *Psychogeriatrics*, 11(2), 98–104. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00354.x

Villapando, M. V. (2015). Lightening the Load. *Home Healthcare Now*, 33(4), 190–196. doi:10.1097/nhh.0000000000000223.

Von Känel, R., Mausbach, B. T., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Patterson, T. L., Ancoli-Israel, S., Ziegler, M. G., Roepke, S. K., Chattillion, E. A., Allison, M., Grant, I. (2012). Effect of Chronic Dementia Caregiving and Major Transitions in the Caregiving Situation on Kidney Function. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 214–220. doi:10.1097/psy.0b013e3182408c14

World Health Organization (2019). *Dementia*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Yu, D. S. F., Cheng, S. T., & Wang, J. (2018). Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 1–26. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.10.008

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.467p. ISBN-13: 978-1-57230-946-3

## CAPÍTULO 19

### ESTENOSE TRAQUEAL PÓS-VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA COVID-19: EVENTO ISOLADO OU COMPLICAÇÃO DIRETA?

**Ana Carolina Lima Barros**

Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES- UNIVAÇO)

E-mail: limabarroscarol@gmail.com

**Camila Baquieti Carminate**

Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES- UNIVAÇO)

E-mail: camilacarminate@outlook.com

**Frederico Noboro Figueiredo Nakagawa**

Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES- UNIVAÇO)

E-mail: fredericonakagawa@hotmail.com

**Pedro Duarte Moreira Andrade**

Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES- UNIVAÇO)

E-mail: pedroduarte08@hotmail.com

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo identificar se a origem da PILS é uma complicação direta da covid-19 ou se acontece em pacientes em eventos isolados/raros. Resultados: Os resultados apresentados na literatura demonstram que existe a associação direta da PILS em pacientes com COVID-19, principalmente naqueles que ficam um longo período em IOT e nos que possuem alguma comorbidade prévia, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Asma, DPOC ou alguma outra síndrome respiratória. Conclusão: Este estudo demonstrou que a estenose de traqueia pós-intubação é uma complicação menos comum, mas que ocorre, em pacientes com COVID-19, principalmente nos susceptíveis e que ficam mais de 03 semanas em VM. Além disso, um bom trabalho em equipe nas UTIs, entre os clínicos gerais, médicos de pronto-socorro e outros profissionais médicos é fundamental para direcionar esses pacientes aos cuidados de um centro terciário com experiência adequada no campo da cirurgia das vias aéreas, melhorando o prognóstico do paciente

**Palavras-chave:** Covid-19; Estenose de Traqueia; Ventilação Mecânica.

**Abstract:** This article aims to identify whether the origin of PILS is a direct complication of covid-19 or if it happens in patients with isolated/rare events. Results: The results presented in the literature demonstrate that there is a direct association of PILS in patients with COVID-19, especially in those who spend a long period in OTI and in those who have some previous comorbidity, such as Systemic Arterial Hypertension, Diabetes, Asthma, COPD or some other respiratory syndrome. Conclusion: This study demonstrated that post-intubation tracheal stenosis is a less common complication, but it occurs in patients with COVID-19, especially in susceptible patients who spend more than 3 weeks on MV. In addition, good teamwork in the ICUs, among general practitioners, emergency room physicians and other

medical professionals is essential to direct these patients to the care of a tertiary center with adequate experience in the field of airway surgery, improving the patient prognosis

**Keywords:** Covid-19; Tracheal Stenosis; Mechanical Ventilation.

## 1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, iniciaram-se os relatos dos primeiros casos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-coV-2) na cidade de Wuhan, na China. A humanidade ficou atenta ao que posteriormente viria a se tornar, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma Emergência de Saúde Pública de Nível Internacional. Dessa forma, houve um expressivo aumento no número de ocorrências concomitantemente a disseminação intercontinental da doença e poucos meses depois a COVID-19 foi tipificada como uma pandemia (WU TC et al., 2020). De acordo com MITRA RL et al. (2020), paralelo ao alastramento da enfermidade, sobreveio o crescimento da morbidade e mortalidade. Ademais, a aplicação de indicadores do “Pandemic Severity Assessment Framework” (PSAF) mostra uma doença altamente transmissível, do mesmo modo os indicadores de gravidade clínica sugerem alta gravidade. Por fim, chegando a atingir em julho de 2021, uma marca de 184 milhões de casos e 4 milhões de mortes em todo o mundo (WHO, 2021).

Na maioria dos pacientes, a doença assume uma forma leve com sintomas como febre, tosse, náusea, vômito e diarreia, mas também pode causar envolvimento maciço do trato respiratório inferior com pneumonia intersticial (GUAN WJ et al., 2020). Apesar da baixa taxa de mortalidade (1,4–2,3%) e do número relativamente baixo de pacientes que precisam de cuidados intensivos (5 a 12%), o SARS-CoV-2 está colocando uma grande carga nos sistemas de saúde em todo o mundo, causando uma sobrecarga sem precedentes nas instalações hospitalares, especialmente nas unidades de terapia intensiva (UTI), devido à sua alta transmissibilidade e ao grande número de pacientes infectado (KOWALSKI LP et al., 2020). Na experiência recente, o tempo médio desde o início dos sintomas até o desenvolvimento de pneumonia foi de aproximadamente 5 dias, enquanto o tempo médio desde o início dos sintomas até a admissão na UTI por hipoxemia grave foi de aproximadamente 7–12 dias. A causa da hipoxemia grave foi essencialmente correlacionada à síndrome do desconforto respiratório agudo em 60–70% dos casos, seguida por choque em 30%, disfunção miocárdica em 20–30% e insuficiência renal aguda em 10–30% (PHUA J et al., 2020)

Pacientes com COVID-19 admitidos na UTI geralmente requerem ventilação mecânica prolongada com alta pressão expiratória final positiva (PEEP) por meio de um tubo endotraqueal (TAY JK et al., 2020). Em configurações pré-COVID-19, a

traqueostomia realizada após 7–14 dias da intubação endotraqueal melhorou significativamente a chance de desmame bem-sucedido e reduziu o risco de complicações e mortalidade quando comparada à manutenção a longo prazo do tubo orotraqueal no local. No entanto, a prática clínica atual para pacientes com COVID-19 admitidos em UTIs em todo o mundo é tentar adiar ao máximo a traqueostomia até que o paciente não precise mais de ventilação mecânica e esteja livre do vírus (MATTIOLI F et al., 2020). Isso se deve principalmente ao alto risco de decanulação acidental durante a ventilação mecânica e à chance de infecção cruzada de profissionais de saúde devido à duração prolongada da positividade viral traqueal em comparação com a carga viral salivar (SOMMER DD et al., 2020). Infelizmente, quando estritamente seguida, essa política pode significar que os pacientes permanecem intubados por até 3-4 semanas, o que aumenta consideravelmente lesões à mucosa e necrose da parede traqueal, levando a uma estenose laringotraqueal após intubação (PARA KK et al., 2020).

A taxa de estenose laringotraqueal pós-intubação (PILS) em pacientes não COVID-19 é de 10–22%, sendo uma condição rara com uma incidência estimada de 4,9 casos por milhão por ano na população em geral (MIWA M et al., 2021). A PILS torna-se sintomática quando a estenose inclui > 60% do lúmen traqueal. Relatórios anteriores mostraram que o tempo de início da PILS variou de 28 dias a 6 meses após a extubação, sendo a causa mais comum iatrogênica, especificamente em intubações prolongadas, hiperinsuflação do balonete do tubo endotraqueal e uso de tubos grandes. Outros fatores de risco incluem infecções peritubulares, idade avançada, efeito feminino e do estrogênio, tabagismo, obesidade e diabetes (GERVASIO CF et al., 2020).

Ainda não há dados sobre a ocorrência de PILS em pacientes com COVID-19 recuperados, no entanto, acredita-se que esses pacientes possam ter maior risco de desenvolver PILS que os pacientes que não têm covid, devido ao seu estado hiperinflamatório, que causa fibrose alterada, mas também porque esses pacientes são submetidos a intubações prolongadas e geralmente já apresentam comorbidades, como diabetes e hipertensão (GERVASIO CF et al., 2020).

Considerando estes aspectos, o presente estudo tem como objetivo identificar se a origem da PILS é uma complicação direta da covid-19 ou se acontece em pacientes como eventos raros.

## 2. RESULTADOS

No decorrer da pesquisa bibliográfica, foram encontrados 60 artigos publicados em revistas indexadas ao MEDLINE (n: 40), SciELO (n: 10) e LILACS (n: 10) no qual foram selecionados 27 artigos após avaliação de títulos, resumos e aplicação de filtros de 2020-2021.

A idade média foi de 68,8 anos no grupo COVID-19 e 68,5 anos no grupo de controle. Oito (27%) e 15 (33%) mulheres estavam inscritas no grupo COVID-19 e no grupo controle, respectivamente. Entre 98 pacientes consecutivos com COVID-19 com insuficiência respiratória grave admitidos em 2020, 30 foram submetidos à VM invasiva prolongada. Quarenta e cinco controles consecutivos pacientes pareados por idade e sexo foram selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão no tempo. Quatorze pacientes (47%) no grupo COVID-19 tinha FTTLs (n = 10, 33%) ou TEFs (n = 4, 13%), enquanto 1 paciente (2%) no grupo de controle tinha FTTLs (OR, 38,4, 95% CI, 4,7-316,9). Este último teve uma ruptura do anel traqueal diagnosticada durante o procedimento de traqueostomia. Todos os 30 pacientes com COVID-19 foram submetidos a manobras de pronação e receberam terapia com esteróides, em comparação com 5 (11%) e 14 (31%) pacientes no grupo controle, respectivamente.

Além disso, o grupo COVID-19 foi tratado com doses mais altas de esteroides (metil prednisolona intravenosa, 80 mg vs 40 mg) e tinha pressão parcial de oxigênio arterial mais baixa para a fração de oxigênio inspirado ( $PaO_2 / FIO_2$ ) proporção durante a segunda semana de VM invasiva. Nenhuma outra diferença surgiu entre esses 2 grupos. Pacientes com COVID-19 com e sem complicações traqueais apresentavam características demográficas, comorbidades, parâmetros e duração da ventilação e manejo terapêutico semelhantes. Dez (71%) pacientes com dano de traqueia tiveram estenose de traqueia, 6 (43%) tiveram pneumotórax e 13 (93%) tiveram pneumomediastino, enquanto estas complicações não foram observadas em pacientes com COVID-19 sem dano traqueal. Dentre os artigos analisados, todos os autores fizeram a associação da PILS em pacientes com COVID-19 que passaram mais de 3 semanas intubados.

Aproximadamente 8% a 13% dos pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva modernas e que requerem ventilação mecânica serão submetidos a traqueostomia (TAY JK et al., 2020). A principal indicação para traqueostomia é a

possibilidade de ventilação mecânica por um longo período de tempo sem possíveis complicações de um longa duração IOT (SENTURK et al., 2020). A estenose pós-traqueotomia envolvendo a cartilagem cricóide geralmente é causada pela colocação elevada de uma traqueotomia com ruptura da cartilagem cricóide e do primeiro anel traqueal e infecção neste nível, sendo frequentes e apresentam um desafio no que diz respeito ao reparo (MCGRATH B et al., 2020).

As razões para este número crescente de lesões das vias aéreas altas são incertas, mas podemos supor que a colocação de um traqueotomia em cenário difícil (como um tratamento intensivo na unidade de cuidados dedicada ao COVID-19) ou inflamação das vias aéreas, como acontece em pacientes com COVID-19, pode contribuir para a sua aumento adicional (MCGRATH B et al., 2020). É razoável prever que a ventilação com pressão positiva é necessária em pacientes com COVID-19 com conseqüente intubação e posterior traqueotomia juntamente com a inflamação das vias aéreas para fenômenos de vasculite que podem aumentar a taxa de lesões traqueais e originar estenose em um futuro próximo (PRINCE ADP et al ., 2020).

A pandemia da COVID-19 gerou um incrível desafio para o tratamento cirúrgico da estenose laringotraqueal porque o acesso às vias aéreas aberto durante cirurgia laringotraqueal cria uma situação de alto risco para cirurgiões, anestesiólogos e os assistentes sala de cirurgia (PRINCE ADP et al ., 2020). Embora alguns casos cirúrgicos de estenose laringotraqueal possam ser adiados, os pacientes com obstrução das vias aéreas ou sintomas progressivos, muitas vezes requerem intervenção cirúrgica urgente, conseqüentemente, medidas apropriadas devem ser tomadas para evitá-los e uma discussão sobre seu tratamento adequado e o tempo seria recomendado caso a caso (CARSANA L et al., 2020).

Medidas preventivas para evitar estenose das vias aéreas devem ser empregadas. O manejo das vias aéreas, por intubação endotraqueal ou colocação de traqueostomia / cricotireotomia, deve ser reconhecido como um procedimento perigoso devido à potencial infecção cruzada transmitida pelo ar por pacientes infectados com o SARS-CoV-2 (COOK TM, et al., 2020). Conseqüentemente, é de extrema importância que o clínico capacitado gerencie as vias aéreas para permitir seu estabelecimento bem-sucedido de maneira segura, precisa e rápida. O primeiro passo para isso é representado por um planejamento preciso, levando-se em consideração a possibilidade de difícil manejo das vias aéreas, possivelmente

associada à laringite e edema laríngeo relacionados à COVID-19 (MCGRATH B et al., 2020).

A intubação difícil é definida por tentativas repetidas de falha na introdução de um tubo endotraqueal, duração prolongada de tais manobras ou necessidade de múltiplas abordagens e / ou dispositivos de intubação, geralmente se refere aos Graus III ou IV da escala modificada de Cormack-Lehane (Barjaktarevic I et al., 2017). Somente a experiência do anestesiológico, após uma avaliação abrangente do paciente levando em consideração todos os dados disponíveis, pode prever uma intubação endotraqueal potencialmente difícil (SCHNITTKER R et al., 2020)

Além disso, vários dispositivos como GlideScope ou endoscopia de fibra óptica transnasal estão agora disponíveis para ajudar no atendimento de emergência e médicos de UTI em uma situação tão difícil, certamente melhorando as chances de uma intubação bem-sucedida (COOK TM, et al., 2020). No entanto, algumas dessas ferramentas podem aumentar o risco de contaminação aérea, por esse motivo, em um cenário de pandemia COVID-19, diretrizes da British Difficult Airway Society, recomendam sempre usar equipamento de proteção individual (EPI) adequado e usar o tubo com balonete maior possível (7,0-8,0 mm de diâmetro interno para mulheres e 8,0-9,0 mm para homens), inflando o manguito para selar as vias aéreas antes de iniciar a ventilação (COOK TM, et al., 2020).

Comum a todas as tentativas cirúrgicas e endoscópicas de criar uma via aérea artificial deve ser a intenção de entrar na traquéia no nível dos primeiros anéis, criando o mínimo de interrupção possível em termos de número de anéis danificados durante a abertura traqueal e posicionamento da cânula (MEHEL DM et al., 2020). Deve ser inserida a menor cânula de traqueostomia possível, sempre levando em consideração o habitus corporal, morfologia do pescoço, e condições clínicas de um determinado paciente. Além disso, secreções espessas e a necessidade de broncoscopias frequentes para limpar as vias aéreas distais do tampão de muco podem inicialmente levar ao uso de cânulas maiores. Isso, no entanto, deve ser reduzido em tamanho assim que for seguro (DE KLEIJN BJ et al., 2019).

Após a extubação ou decanulação do paciente, é necessário um período de janela de alguns dias antes de se considerar a estabilização definitiva das condições respiratórias do paciente. Normalmente, a PILS não se manifesta neste período de tempo, mas, sim, após a alta da UTI, frequentemente quando o paciente já está em

casa, e não antes da terceira a quarta semana ou mais após o restabelecimento das condições respiratórias normais (DE KLEIJN BJ et al., 2019).

Todos os pacientes com história de internação em UTI relacionada a COVID-19 devem ser acompanhados após a alta por um otorrinolaringologista ou outro especialista em vias aéreas para diagnosticar complicações precoces de forma proativa no nível da laringe e traquéia. Medicamentos sistêmicos e tópicos, desbridamento local, dilatações endoscópicas ou mesmo apenas vigilância de condições subclínicas podem ter papel fundamental para evitar que problemas importantes das vias aéreas como dispneia importante aos esforços e em repouso, variadamente associado a rouquidão, estridor, tosse seca e disfagia (SCHNITTKER R et al., 2020).

Deve seguir-se o encaminhamento imediato dos pacientes para centros terciários com experiência específica em avaliação e tratamento adequado de PILS (SENTURK et al., 2020). É de extrema importância tentar evitar, tanto quanto possível, que a estenose de traquéia pós-intubação seja diagnosticada erroneamente como asma ou outras condições pulmonares que causam dispneia, retardando assim o início dos processos diagnósticos e terapêuticos adequados (SENTURK et al., 2020). Nesse sentido, uma das ferramentas de diagnóstico de primeira linha mais comuns e úteis, também disponível em ambientes clínicos não especializados, é representada por testes de função pulmonar de rotina. Sua simplicidade e não invasividade são particularmente bem-vindas em uma triagem de PILS relacionada ao COVID-19, antes do encaminhamento a especialistas em vias aéreas para uma avaliação mais detalhada da condição subjacente (GERVASIO CF et al., 2020).

Durante a pandemia, os tratamentos endoscópicos intervencionistas estão tendo um papel auxiliar no tratamento da estenose traqueal. A dilatação traqueal pode representar uma ponte para a cirurgia, ajudando a controlar com sucesso pacientes sintomáticos e retardando a cirurgia (BRINDLE EM et al., 2020). Nessa população, evitar o implante de stent traqueal é fundamental por causa de seu potencial dano ao tecido, exercendo fricção e pressão radial na parede das vias aéreas causando uma resposta inflamatória com granulação e estenoses adicionais que podem prejudicar o tratamento cirúrgico subsequente (BRINDLE EM et al., 2020). Os procedimentos endoscópicos podem ser considerados como o primeiro tratamento em pacientes selecionados após a avaliação da estenose, como estenose não complexa com baixo

grau de envolvimento da cartilagem ou traqueomalácia tendo uma taxa de sucesso de 60% após 1 ± 3 sessões (Siciliani A et al., 2020)

No que diz respeito às modalidades de traqueostomia, faltam ensaios clínicos prospectivos randomizados comparando diferentes técnicas cirúrgicas, como traqueostomia aberta, vs. vários tipos de abordagens percutâneas. No entanto, em um cenário COVID-19, a traqueostomia aberta parece representar riscos reduzidos para os pacientes infectados devido à entrada mais rápida das vias aéreas e menor aerossolização (TAY JK et al., 2020). Além do uso adequado de EPI, desde protetores faciais a respiradores purificadores de ar elétricos, o estabelecimento das vias aéreas cirúrgicas deve ser realizado à beira do leito para evitar o transporte desnecessário de pacientes da UTI para o centro cirúrgico e vice-versa. A equipe cirúrgica deve ser reduzida ao mínimo e o descarte de resíduos e / ou descontaminação dos equipamentos utilizados durante a cirurgia deve ser aplicado para minimizar o risco de contaminação ambiental (TAY JK et al., 2020).

### **3. CONCLUSÃO**

É altamente provável que nos próximos meses e anos os otorrinolaringologistas, bem como os cirurgiões torácicos, sejam chamados para tratar um número cada vez maior de estenose de traqueia pós intubação devido aos inúmeros problemas emergentes em todo o mundo relacionados à pandemia da COVID-19. Além de todas as tentativas de prevenir tal complicação das vias aéreas, um bom trabalho em equipe nas UTIs, entre os clínicos gerais, médicos de pronto-socorro e outros profissionais médicos é fundamental para direcionar esses pacientes aos cuidados de um centro terciário com experiência adequada no campo da cirurgia das vias aéreas. A investigação diagnóstica abrangente e as técnicas cirúrgicas de última geração podem resolver com eficiência a maioria dessas condições por meio de abordagens endoscópicas ou de pescoço aberto. Ademais, podemos concluir que a PILS é sim uma complicação direta da COVID-19, especialmente nos pacientes que ficam um tempo superior a 03 semanas com IOT.

## REFERÊNCIAS

1. BARJAKTAREVIC I, ESQUINAS AM, WEST FM, ALBORES J, BERLIN D. Ventilação não invasiva em difícil intubação endotraqueal: análise sistemática e de revisão. **Anaesthesiol Intensive Ther.** 2017; 49 : 294–302
2. BRINDLE EM, GAWANDE A. Gerenciando COVID-19 em sistemas cirúrgicos. **Ann Surg.** 2020; 272 (1): e1 – e2.
3. CARSANA, L. et al. Pulmonary post-mortem findings in a series of COVID-19 cases from northern Italy: a two-centre descriptive study. **Lancet Infect Dis.** 2020
4. COOK TM, EL-BOGHADLY K, MCGUIRE B, MCNARRY AF, PATEL A, HIGGS A. Diretrizes de consenso para o manejo das vias aéreas em pacientes com COVID-19. **Anestesia.** 2020; 75 : 785–799
5. DE KLEIJN BJ, WEDMAN J, ZIJLSTRA JG, DIKKERS FG, VAN DER LAAN BFAM. Complicações de curto e longo prazo de traqueotomias cirúrgicas e de dilatação percutânea: um grande estudo de coorte retrospectivo em um único centro. **Eur Arch Otorhinolaryngol.** 2019; 276 : 1823–1828.
6. GERVASIO CF, AVERONO G., ROBIOLIO L., BERTOLETTI M., COLAGEO U., DE COL L., BERTONE F. Estenose traqueal após traqueostomia para ventilação mecânica em pneumonia COVID-19 - relato de 2 casos do norte da Itália . **O jornal americano de relatos de casos.** 2020; 21
7. GUAN WJ, NI ZY, HU Y, et al. Características clínicas da doença por coronavírus em 2019 na China. **N Engl J Med.** 2020; 382 : 1708–1720
8. KOWALSKI LP, SANABRIA A, RIDGE JA, et al. Pandemia de COVID-19: efeitos e recomendações baseadas em evidências para a prática de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço. **Pescoço.** 2020
9. MATTIOLI F, FERMI M., GHIRELLI M, et al. Traqueostomia na pandemia de COVID-19. **Eur Arch Otorhinolaryngol.** 2020
10. MCGRATH, B. A. et al. Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance **Lancet Respir Med,** 8 (2020), pp. 717-725
11. MEHEL DM, ÖZDEMİR D, ÇELEBI M, AYDEMİR S, AKGÜL G, ÖZGÜR A. Classificação da lesão laríngea em pacientes com intubação prolongada e determinar os fatores que causam a lesão. **Am J Otolaryngol.** 2020
12. MITRA, R. L.; et al. “An algorithm for managing QT prolongation in coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients treated with either chloroquine or hydroxychloroquine in conjunction with azithromycin: Possible benefits of intravenous lidocaine.” **HeartRhythm case reports,** vol. 6, p. 244–248, 2020.
13. MIWA M., NAKAJIMA M., KASZYNSKI RH, HAMADA S., NAKANO T., SHIROKAWA M., GOTO H., YAMAGUCHI Y. Dois casos de estenose laringotraqueal pós-intubação ocorrendo após COVID-19 grave. **Intern. Med.** 2021; 60 (3): 473–477
14. PARA KK, TSANG OT, LEUNG WS, et al. Perfis temporais de carga viral em amostras

de saliva orofaríngea posterior e respostas de anticorpos séricos durante a infecção por SARS-CoV-2: um estudo de coorte observacional. **Lancet Infect Dis.** 2020; 20 : 565–574.

15. PHUA J, WENG L, LING L, et al. Manejo de terapia intensiva da doença coronavírus 2019 (COVID-19): desafios e recomendações. **Lancet Respir Med.** 2020; 8 : 506-517.

16. PRINCE, A.D.P. et al. Airway management for endoscopic laryngotracheal stenosis surgery during COVID-19. **Otolaryngol Head Neck Surg**, 163 (2020), pp. 78-80

17. SCHNITTKER R, MARSHALL SD, BERECKI-GISOLF J. Paciente e fatores cirúrgicos associados à incidência de falha e intubação difícil. **Anestesia.** 2020; 75 : 756–766.

18. SICILIANI A, RENDINA EA, IBRAHIM M. Estado da arte em cirurgia traqueal: uma breve revisão da literatura. **Multidiscip Respir Med.** 2020; 13 : 1-7.

19. SOMMER DD, ENGELS PT, WEITZEL EK, et al. Recommendations from the CSO-HNS taskforce on performance of tracheotomy during the COVID-19 pandemic. **J Otolaryngol Head Neck Surg.** 2020;49(1):23.

20. ŞENTÜRK, M.R. et al. Thoracic anesthesia of patients with suspected or confirmed 2019 novel coronavirus infection: preliminary recommendations for airway management by the European Association of Cardiothoracic Anaesthesiology Thoracic Subspecialty Committee. **J Cardiothorac Vasc Anesth**, 34 (2020), pp. 2315-2327

21. TAY JK, KHOO ML, LOH WS. Considerações cirúrgicas para traqueostomia durante a pandemia de COVID-19: lições aprendidas com o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave. **JAMA Otolaryngol Head Neck Surg**, 2020

22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Numbers at a glance. 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>

23. WU, T. C.; et al. Controle do Intervalo QT para Prevenção de Torsades de Pointes Durante uso de Hidroxicloroquina e/ou Azitromicina em Pacientes com COVID 19. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 114, n.6, 2020

Agência Brasileira ISBN  
ISBN: 978-65-84610-02-6