



Dossiê: Reabilitação, Saúde e Qualidade de Vida

RIES:

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde ligada ao Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

V. 3 – Nº 1 – 2014

Editor:
Joel Haroldo Baade

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Caçador -SC

R454r

Revista eletrônica Interdisciplinar de Estudos em Saúde da
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP / Universidade Alto
Vale do Rio do Peixe. v.3, n.1. 2014. Caçador (SC): UNIARP, 2014.
Semestral (online)
ISSN: 2238-832X

1. Saúde. 2. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP -
Periódico. I. Título.

CDD: 610.05

Editor(a)

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Conselho Editorial

Profa. Dra. Adriana Romão, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Profa. Dra. Fátima Noely da Silva, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Patricia Aparecida Batista Schepman, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, Estados Unidos da América do Norte

Comissão Científica *ad hoc*

Prof. Esp. Adriano Luiz Maffessoni, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Esp. Adriano Slongo, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Aline Aparecida Foppa, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Profa. Ms. Ana Cláudia Lawless Dourado, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Ana Paula Frigeri, Uniarp, Caçador, SC

Prof. Ms. Claudio Sergio Costa, UNIBAVE, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Profa. Esp. Cristianne Confessor Castilho Lopes, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Daniela dos Santos, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Dayane Carla da Silva Borille, UNIARP, Brasil

Profa. Dra. Fátima Noely da Silva, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Jadson Justi, Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Profa. Esp. Maria Aparecida, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Marileusa Carvalho, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Mario Bandiera, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Marivane Lemos, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Profa. Ms. Patrícia Santos, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Roberta Aparecida Varaschin, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Rosemery Andrade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Siham Abdel Amer, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Talize Foppa, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Prof. Ms. Tarso Waltrick, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Tathiana Carla Gelinski, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Ms. Wanderléia de Oliveira Tragancin, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Profa. Esp. Vilmair Zancanaro, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Revisão (Língua Vernácula)

Profa. Ms. Ana Paula Carneiro Canalle, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Editoração Eletrônica

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Bibliotecária

Célia de Marco

RIES – Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde é um periódico semestral do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) publicado em formato eletrônico (ISSN: 2238-832X). A revista publica textos inéditos na área da saúde e textos interdisciplinares em diálogo com pelo menos uma das três linhas de pesquisa definidas pelo grupo: Investigação de compostos com atividade biológica; Reabilitação e Terapêuticas tradicionais e complementares; Saúde Pública e humanização. Ela atua como canal de socialização de conhecimento e de pesquisas relacionadas à área da saúde.

Missão: Divulgar conhecimento e apresentar resultados de pesquisas inovadoras na área da saúde e de áreas afins que abordem temas relevantes para o contexto brasileiro. Ser um registro público e histórico do conhecimento contemporâneo na área da saúde. Propagar o conhecimento produzido pelos membros do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e de academias e pesquisadores(as) que com ele cultivem redes de conhecimento.

Indexadores e bases de dados: Este periódico está indexado no Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER/IBICT), no Latindex (Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal), no Sumários.org emagrecer rapidamente e no Catálogo da Biblioteca da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP. Cadastrado no Diadorim, diretório de políticas das revistas científicas brasileiras sobre o acesso aberto aos artigos por meio de repositórios institucionais.

SUMÁRIO

<i>EDITORIAL</i>	6
<i>DOSSIÊ: REABILITAÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</i>	9
<i>A MASSOTERAPIA COMO PROMOTORA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE UTILIZAM ANTIDEPRESSIVOS (Bruno de Souza Fernandes, Luana da Silva da Rosa, Elisete Rossato Rick, José Otávio Feltrin e Maria Tereza Soratto)</i>	10
<i>INQUÉRITO SOBRE O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE A MASSOTERAPIA E O PROFISSIONAL TÉCNICO (Sara Schneider Taborda, Evelise Dias Antunes e Célia Regina Alves de Araújo)</i>	27
<i>EQUOTERAPIA E REABILITAÇÃO EM SAÚDE (Jadson Justi e Heloisa Bruna Grubits)</i> ...	42
<i>O AUTOCUIDADO DO ADULTO HIPERTENSO (Alessandra Flores da Cunha, Elisete Rossato Rick, José Otávio Feltrin e Maria Tereza Soratto)</i>	55
<i>UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA PELO FISIOTERAPEUTA: ASPECTOS LEGAIS E INSERÇÃO NAS ESTRUTURAS CURRICULARES (Luciano Alves Nascimento, João Ferreira Silva Junior e Marcus Vinicius Viégas Lima)</i>	72
<i>ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE</i>	84
<i>INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO URINÁRIA CAUSADAS PELA ESCHERICHIA COLI EM UM DETERMINADO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DO MUNICÍPIO DE CAÇADOR/SC (Emyr Hiago Bellaver e Vilmair Zancanaro)</i>	85
<i>CARACTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PINHÕES – SEMENTES DE ARAUCÁRIA ANGUSTIFOLIA – EM DIFERENTES FORMAS DE PREPARO (Bianca Schweitzer, Adenilson Moraes da Rosa, Priscilla Granemann, Adriana Lídia Santana Klock, Ivanise Maria Rizzatti e Talize Foppa)</i>	93
<i>SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral (Lenir Rodrigues Minghetti, Lilia Aparecida Kanan e Gilson Rocha)</i>	105
<i>PERFIL DE MORBIDADE DE INDÍGENAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO (Erica Ribeiro Pereira, Natália de Souza Waechter Bastos, Leidiane Maria da Silva e Lavínia Santos de Souza Oliveira)</i>	144

EDITORIAL

Em 2014, Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde (RIES) chega ao seu terceiro ano de publicações. Desde o seu primeiro número, tem havido a preocupação de oferecer à comunidade acadêmica a possibilidade de acesso a produções científicas resultantes de pesquisas em diversas áreas das ciências da saúde do CNPq.

Já em seu segundo ano de vida, em 2013, iniciou-se a abordagem de discussões específicas nos números, através da organização de dossiês temáticos. Embora a sua organização demande mais tempo e criteriosidade, os benefícios à comunidade científica, no entendimento da direção editorial da revista, são maiores, pois viabilizam o acesso a temas específicos num único número. Evidentemente, cada número, além da seção temática, possui ainda espaço para outras abordagens em atendimento à demanda contínua de publicação e como forma de valorização de abordagens preciosas recebidas, mesmo que não dentro das temáticas específicas.

A revista RIES nesta edição apresenta um dossiê com artigos sobre a temática Reabilitação, Saúde e Qualidade de Vida. No contexto da pesquisa científica, esta temática é estudada em diferentes campos do saber, como a fisioterapia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia, educação física e demais especialidades do saber. As pesquisas nesta edição envolvem investigações descritivas avaliando o efeito de terapias (massoterapias, equoterapias) em doenças como depressão, como também, condições de saúde em populações de trabalhadores.

O dossiê “Reabilitação, Saúde e Qualidade de Vida” deste número de RIES está constituído de cinco textos. Os dois primeiros discutem a relação entre a massoterapia e a temática do dossiê. A primeira abordagem é de Bruno de Souza Fernandes, Luana da Silva da Rosa, Elisete Rossato Rick, José Otávio Feltrin e Maria Tereza Soratto e tem como título “A MASSOTERAPIA COMO PROMOTORA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE UTILIZAM ANTIDEPRESSIVOS”. Os autores concluem que os sentimentos dos profissionais com a aplicação da massoterapia demonstraram leveza, relaxamento e renovação.

Depois, é empreendido um “INQUÉRITO SOBRE O CONHECIMENTO DA

POPULAÇÃO SOBRE A MASSOTERAPIA E O PROFISSIONAL TÉCNICO”, assinado por Sara Schneider Taborda, Evelise Dias Antunes e Célia Regina Alves de Araújo. Segundo as pesquisadoras, o interesse da população em saber mais sobre a massoterapia foi relevante, precisando, assim, de uma maior divulgação para aqueles que buscam uma melhor qualidade de vida em seu cotidiano.

O texto seguinte, “EQUOTERAPIA E REABILITAÇÃO EM SAÚDE”, parte do pressuposto de que a equoterapia contribui para a habilitação e a reabilitação em saúde e educação, utilizando-se de técnicas de equitação para a reeducação motora e mental, atuando em âmbito terapêutico para superar ou minimizar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais de seus praticantes. O texto é de Jadson Justi e Heloisa Bruna Grubits.

O quarto texto do dossiê é de Alessandra Flores da Cunha, Elisete Rossato Rick, José Otávio Feltrin e Maria Tereza Soratto. Os autores abordam o tema “O AUTOCUIDADO DO ADULTO HIPERTENSO”, concluindo que um percentual expressivo dos pacientes hipertensos apresentam dificuldades para manter o autocuidado relacionados aos fatores que contribuem para a ocorrência da doença.

O último texto do dossiê é “UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA PELO FISIOTERAPEUTA: ASPECTOS LEGAIS E INSERÇÃO NAS ESTRUTURAS CURRICULARES”, de Luciano Alves Nascimento, João Ferreira Silva Junior e Marcus Vinicius Viégas Lima. Os autores constataam que as técnicas de estimulação magnética ainda estão um pouco distantes da formação dos profissionais de fisioterapia.

Na seção temática aberta, intitulada Estudos Interdisciplinares em Saúde, são trazidos à lume mais quatro textos. No primeiro, Emyr Hiago Bellaver e Vilmar Zancanaro discutem a “INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO URINÁRIA CAUSADAS PELA *ESCHERICHIA COLI* EM UM DETERMINADO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DO MUNICÍPIO DE CAÇADOR/SC”. A pesquisa confirma dados do Ministério da Saúde que relatam a presença de *Escherichia coli* em cerca de 90% das infecções urinárias.

O texto seguinte é “CARACTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PINHÕES – SEMENTES DE *ARAUCÁRIA ANGUSTIFOLIA* – EM DIFERENTES FORMAS DE PREPARO” e tem como autores Bianca Schweitzer, Adenilson Moraes da Rosa, Priscilla Granemann, Adriana

Lídia Santana Klock, Ivanise Maria Rizzatti e Talize Foppa. Os resultados mostraram que o embrião da semente do pinhão apresenta maiores teores de nutrientes em relação à semente e as diferentes formas de preparo pouco afetaram os valores nutricionais.

O terceiro texto da seção temática aberta é de Lenir Rodrigues Minghetti, Lilia Aparecida Kanan e Gilson Rocha e aborda o tema “SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral”. Esta pesquisa identificou o alcoolismo como doença mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pelo não controle do consumo.

Por fim, é apresentado o texto “PERFIL DE MORBIDADE DE INDÍGENAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO”, assinado por Erica Ribeiro Pereira, Natália de Souza Waechter Bastos, Leidiane Maria da Silva e Lavínia Santos de Souza Oliveira. Os autores apontam pra uma tendência de incremento das doenças crônicas não transmissíveis entre as população indígenas e a necessidade de ações de promoção e educação em saúde voltadas para a prevenção nos serviços de atenção primária.

Somos gratos aos pesquisadores e pesquisadoras pelo envio e correção de suas pesquisas para que se adequassem aos padrões editoriais da revista e desejamos aos leitores e leitoras uma boa leitura!

Prof. Esp. Adriano Slongo
Prof. Dr. Ricelli E. R. da Rocha
Profa. Ms. Siham A. K. Amer
Organizadores do Dossiê

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade
Editor

DOSSIÊ:
REABILITAÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Organização:

Prof. Esp. Adriano Slongo, UNIARP

Prof. Dr. Ricelli E. R. da Rocha, UNIARP

Profa. Ms. Siham A. K. Amer, UNIARP

A MASSOTERAPIA COMO PROMOTORA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE UTILIZAM ANTIDEPRESSIVOS

Massage therapy promoter as the quality of life of nursing professionals using

Antidepressants

Bruno de Souza Fernandes¹
Luana da Silva da Rosa²
Elisete Rossato Rick³
José Otávio Feltrin⁴
Maria Tereza Soratto⁵

Recebido: 02 fev. 2014
Aprovado: 12 jun. 2014

Resumo: A depressão é uma doença complexa e difícil de ser diagnosticada. Por ser confundida com outras doenças, acaba sendo considerada um problema de saúde pública devido aos agravos e às perdas sociais consequentes. O estudo teve como objetivo identificar se a utilização de massoterapia pode promover o autocuidado na visão dos profissionais de Enfermagem que utilizam antidepressivos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória e de campo, realizada com seis profissionais de enfermagem que utilizavam antidepressivo, cadastrados no prontuário da unidade básica de saúde do município pesquisado, sendo quatro técnicos de enfermagem e duas enfermeiras. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada e aplicação de massoterapia com os profissionais de enfermagem. A análise dos dados ocorreu a partir da categorização de dados. Os profissionais de enfermagem relacionaram a depressão com o estresse, ansiedade, sentimento de angústia, tristeza e dificuldade de concentração, considerando necessário melhorar o autocuidado com a realização de atividade física, a qualidade da alimentação, reorganização do tempo e autoestima. Os sentimentos dos profissionais com a aplicação da massoterapia demonstraram leveza, relaxamento e renovação. Considera-se, a partir dos resultados da pesquisa, que a massoterapia pode ser utilizada como promotora do autocuidado do profissional, melhorando a qualidade de vida de quem cuida. O profissional de enfermagem é um ser humano cuidando de seres humanos, por isso necessita de cuidado para garantir a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Depressão. Equipe de Enfermagem. Terapias Complementares.

¹ Acadêmico da 8ª fase do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC – Brasil. Email: brunobsf@hotmail.com.

² Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: luana.da.rosa@hotmail.com.

³ Enfermeira - Mestrado em Saúde Coletiva – Professora Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: elisete.rick@unisul.net.

⁴ Enfermeiro - Mestrado em Saúde Coletiva – Professor Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: bimba@unescc.net.

⁵ Enfermeira - Mestrado em Educação – Professora Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: guigo@engeplus.com.br.

Abstract: Depression is a complex and difficult disease to diagnose and can be confused with other diseases, can be considered a public health problem due to injuries and consequent social losses. The study aimed to identify whether the use of massage therapy can promote self-care in view of nursing professionals who use antidepressants. This is an exploratory-descriptive qualitative research and fieldwork was conducted with six nurses who used antidepressant, registered in the records of basic health unit in city studied, four nursing staff and two nurses. Data were collected through semi-structured interview and application of massage therapy with nurse practitioners selected and analyzed from the categorization of data. Nursing professionals have linked depression with stress, anxiety, feeling of anxiety, sadness and difficulty concentrating; considering the need to improve self-care with doing physical activity, diet quality; reorganization of time and self-esteem. The feelings of professionals in the application of massage therapy was of lightness; relaxation and renewal. It is considered from the research findings that massage therapy can be used as a promoter of self-care professional, improving the quality of life of caregivers. Professional nursing is a caring human being human beings who need care to ensure the quality of care.

Keywords: Depression. Nursing Team. Complementary Therapies.

INTRODUÇÃO

Transtorno depressivo é um grave problema de saúde pública pela alta prevalência na população e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados (CUNHA; GANDINI, 2009; TENG; CEZAR, 2010; LOPEZ et al, 2011).

A depressão está associada à perda de dias de trabalho e queda na produtividade, piora da qualidade de vida, além do grave sofrimento psíquico e físico que pode levar à má evolução de doenças clínicas concomitantes e até a morte por suicídio. No Brasil, a depressão está associada a mais dias perdidos de trabalho, ao pior funcionamento no trabalho e é a maior causa de afastamento do trabalho (TENG; CEZAR, 2010).

O transtorno depressivo reúne várias características da comunidade e, infelizmente, paradoxalmente, a depressão, como todo o transtorno mental, recebe, no Brasil e no mundo em desenvolvimento, investimentos não só insuficientes, mas frequentemente equivocados, frutos de uma ausência de políticas públicas de saúde ou, por vezes, de políticas altamente ideologizadas e carentes de evidências científicas que sustentem sua eficácia (FLECK, 2009).

A depressão se tornou um problema de grande importância nos dias de hoje e parece estar relacionada a uma reação ao mundo moderno (LOPEZ et al, 2011).

A depressão afeta profissionais que atuam na área de cuidado, inclusive os

profissionais de enfermagem, os quais atuam, cotidianamente, com a dor, o sofrimento e a morte.

O trabalho da enfermagem tem como característica um processo organizativo influenciado pela fragmentação, ou seja, segue os princípios valorizados e tem como objeto de trabalho o sujeito doente. Assim, esses profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes ao cotidiano desses trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Na abordagem dos trabalhadores de enfermagem, é conveniente um tratamento diferenciado que considere suas características próprias, visto que esses se dedicam, permanentemente, aos cuidados diretos de pacientes acometidos das mais variadas doenças. A constante exposição acaba por atingir seu condicionamento psicológico com elevado nível de estresse causado pela angústia e sofrimento de seu semelhante doente. Esse quadro é agravado pela extensa jornada de trabalho, pois muitos enfermeiros possuem duplo ou triplo vínculo empregatício e a relação saúde-trabalho e as maneiras de cuidar de sua saúde são muito importantes para a prevenção de agravos e do adoecimento crônico (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

A equipe de enfermagem se sente cuidada à medida em que o ambiente, em termos sociais e estruturais, provê as condições e os meios necessários para que possa experimentar conforto, bem-estar, realização e valorização no âmbito profissional e pessoal, bem como possibilitar a expressão de suas emoções e pontos de vista, pois o trabalho saudável deve ser adequado no que diz respeito às potencialidades e limites das condições humanas, das organizações, das adaptações, quando possível ao local de trabalho, para minimizar o aparecimento de doenças crônicas (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Dessa forma buscar-se-á promover uma melhoria na qualidade de vida dos profissionais da enfermagem que utilizam antidepressivo aplicando-se seções de massoterapia para propiciar um maior autocuidado dos profissionais.

A massagem como recurso terapêutico vem sendo reconhecida como uma das terapias mais eficazes para alívio de dores e prevenção de doenças. Tem como proposta de trabalho, dentro de uma visão holística, tornar o indivíduo consciente do seu corpo, das suas tensões, da

sua respiração e das suas cargas emocionais, bem como melhorar a nutrição dos tecidos pelo aumento da circulação sanguínea e linfática além de outros benefícios físicos e emocionais (SEUBERT; VERONESE, 2008).

A terapia através da massagem pode auxiliar na eliminação ou amenização de diverso estado mental como: a depressão, ansiedade, angústia e a insônia (SEUBERT; VERONESE, 2008).

A inclusão das terapias alternativas e complementares nos serviços de saúde oferecidos pela rede básica está em sintonia com o ideal representado pelo SUS e as recomendações da OMS. Esse ideal significa a implementação de uma postura mais abrangente de saúde, doença e terapêutica, com uma postura centrada em uma perspectiva ampliada de saúde, considerando os aspectos sociais, culturais e emocionais do ser humano, culminando em uma abordagem necessariamente multidisciplinar (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

O processo de trabalho da equipe de Enfermagem é um fator de estresse ocupacional relacionado à carga de trabalho e ao contato direto com os pacientes e familiares. Tal fator pode desencadear a depressão nos trabalhadores. Assim, considerando que a utilização de massoterapia pode melhorar a qualidade de vida desses profissionais, resolveu-se utilizar essa terapia alternativa como recurso complementar na busca do autocuidado.

A partir da reflexão sobre o cuidado do cuidador, tem-se como objetivo identificar se a utilização de massoterapia pode promover o autocuidado na visão dos profissionais de Enfermagem que utilizam antidepressivos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória e de campo. Participaram, deste estudo, seis (6) profissionais de enfermagem que utilizavam antidepressivo, cadastrados no prontuário da Unidade Básica de Saúde Central do município de Sombrio-SC. Como critérios de inclusão, utilizaram-se: profissionais de enfermagem que atuam na unidade central; diagnóstico de depressão cadastrado no prontuário; mais de um ano de utilização de antidepressivo; aceitação para participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); segundo os preceitos éticos da resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Inicialmente, aplicou-se uma entrevista semiestruturada com o levantamento do perfil dos profissionais, o tratamento realizado e os motivos que levaram os profissionais à depressão, além do autocuidado dos cuidadores. Aplicou-se uma (01) sessão de massoterapia semanalmente, durante três semanas consecutivas, em cada profissional selecionado. Posteriormente, realizou-se a entrevista semiestruturada aos profissionais com objetivo de conhecer a opinião da equipe de enfermagem sobre as contribuições da massoterapia para o autocuidado.

A análise de dados realizou-se a partir da categorização de dados, baseada em Minayo (2009).

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas com os sujeitos pesquisados, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/12 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se, no lugar do nome, a letra E para os profissionais de enfermagem, seguido do respectivo número.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL pelo nº Projeto 396.714/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do Perfil dos Profissionais de Enfermagem

Em relação ao perfil dos profissionais de enfermagem, todos são do sexo feminino com idade variando entre 29 a 53 anos. Em relação ao estado civil, duas são casadas, duas divorciadas e duas solteiras. Quanto à profissão, quatro são técnicas de Enfermagem e duas Enfermeiras.

O Tempo de Trabalho na Profissão e na Unidade dos profissionais de enfermagem variou de oito meses a seis anos. Quanto à dupla jornada de trabalho, apenas uma Enfermeira possuía dupla jornada de trabalho

Os quadros depressivos caracterizam-se por alteração do humor do paciente em direção ao pólo depressivo, afetando outras funções psíquicas com intensidade variada. Dessa maneira, o quadro clínico dos transtornos depressivos pode apresentar-se de maneiras distintas.

Os sintomas apresentados pelos pacientes também são influenciados pela faixa etária em que o problema ocorre, bem como pela presença de outras condições clínicas associadas (MICHELON; CORDEIRO; VALLADA, 2008).

Os transtornos depressivos são frequentes, ocorrendo em todas as culturas e níveis socioeconômicos, podem surgir em qualquer período da vida. Entre aqueles que procuram atendimento em serviços gerais de saúde, a prevalência dos transtornos depressivos alcança 10%. Entre os pacientes portadores de doenças físicas crônicas, a prevalência de transtornos depressivos aumenta para 20%. Em adultos, o transtorno depressivo maior, um subtipo dos transtornos depressivos, alcança prevalência ao longo da vida de 10% a 25% para mulheres e de 5% a 12% para homens. Independente de outros fatores demográficos, as mulheres são universalmente mais acometidas por depressão maior que os homens, numa proporção de 2:1. A idade média do início do transtorno depressivo maior se situa por volta dos 40 anos. Metade dos pacientes apresenta início dos sintomas entre 20 e 50 anos. A Organização Mundial da Saúde estima que em 2020 os transtornos depressivos sejam a segunda maior causa de comprometimento funcional, perdendo apenas para as doenças coronarianas. Essa projeção, associada à alta prevalência de sintomas depressivos na população em acompanhamento por conta de doenças, reforça a necessidade da familiarização da equipe de saúde de todas as especialidades com o diagnóstico e tratamento desse problema de saúde pública (MICHELON; CORDEIRO; VALLADA, 2008).

No Brasil, estima-se que haja cerca de 54 milhões de pessoas que um dia experimentarão depressão, sendo que 7,5 milhões terão episódios agudos e graves, até com risco de suicídio. Estima-se que a depressão atinja 15% dos homens e 25% das mulheres, sendo que nas mulheres a depressão é cerca de 50% mais diagnosticada do que os homens (LIPP, 2013).

Conceito de depressão

Os profissionais de enfermagem relacionaram o conceito de depressão com o estresse (5 – E1, E2, E3, E5, E6); ansiedade (2 – E1, E2) e com o sentimento de angústia (E1); tristeza (E4) e dificuldade de concentração (E5), representado nas falas:

“Para mim, depressão é angústia que sinto quando estou nervosa, ansiedade e estresse”. (E1).

“Depressão, para mim, é estresse e ansiedade.” (E2).

“Depressão, para mim, é o nível de estresse elevado.” (E3).

“Depressão, para mim, é o sentimento de tristeza.” (E4).

“Depressão é o estresse alterado e a dificuldade de concentração de raciocínio.” (E5).

“Depressão é o estresse vivenciado pela pessoa, causando raiva e frustração a cada momento que vive.” (E6).

A depressão é considerada como a condição que mais sofrimento traz ao ser humano. É capaz de destruir a felicidade e a qualidade de vida de qualquer pessoa. Reduz a criatividade e a produtividade do ser humano, tira a vontade de viver e interagir com os outros. Pessoas com depressão vivem a vida pela metade, como se todas as cores e todas as alegrias ao seu redor estivessem cobertas por um filó escuro (LIPP, 2013).

Para Lipp (2013) a depressão envolve sintomatologia nos aspectos afetivos; motivacionais; cognitivos; fisiológicos e comportamentais:

- Afetivos: desalento, baixa auto-estima, perda de gratificação, perda de vínculos, períodos de choro e perda de reação de alegria;

- Motivação (incluindo): perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio;

- Cognitivos: baixa autoavaliação, expectativas negativas, culpar a si mesmo e criticar-se, indecisão e autoimagem distorcida;

- Sintomas fisiológicos: perda de apetite e do interesse sexual, distúrbios do sono e fadiga;

- Sintomas Comportamentais: passividade e déficit social.

A depressão é caracterizada por vários sintomas, dentre eles: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, autoestima depreciada, sentimentos de culpa, sentimentos de impotência, ideias de suicídio, entre outras. Quanto ao diagnóstico, o indivíduo deverá apresentar vários desses sintomas por um período mínimo de duas semanas e que possa ser observado em sua história de vida, situações recorrentes (TENG; CESAR, 2010).

Os Tratamentos para Depressão

Todos os profissionais realizam tratamento medicamentoso para a depressão.

Desde 1950, consistentes evidências têm sido obtidas acerca da eficácia do tratamento farmacológico nas depressões. Os medicamentos antidepressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico da doença. Assim, as medicações antidepressivas têm sido consideradas eficazes no tratamento de todos os graus de depressão, melhorando os sintomas ou eliminando-os, auxiliando na manutenção e prevenção de recorrência, em qualquer ambiente de tratamento, e em pacientes com ou sem doença física concomitante (CUNHA; GANDINI, 2009).

Os Motivos da Depressão

Os motivos da depressão segundo os profissionais estão relacionados, principalmente, com a carga horária de trabalho (4 - E2; E3; E5; E6); estresse (3 - E1; E2; E3); separação conjugal (E1) e o sentimento de vazio existencial e cansaço extremo (E4). As falas dos profissionais representam os motivos da depressão:

- “Estresse, até mesma a separação”. (E1)
- “Estresse e carga horária de trabalho”. (E2)
- “Estresse, e carga horária de trabalho”. (E3)
- “Sentimentos de um vazio e de profunda tristeza e cansaço exagerado”. (E4)
- “A minha carga horária que é muito sobrecarregada”. (E5)
- “Carga horária”. (E6)

Dentre os trabalhadores da saúde, estudos apontam a Enfermagem como uma das ocupações com alto risco de desgaste e adoecimento por apresentar alto nível de estresse ocupacional (KIRCHHOF et al, 2009; COSTA; MARTINS, 2011).

Os componentes considerados como ameaçadores à saúde dos profissionais de enfermagem são:

- vulnerabilidade a riscos inerentes ao trabalho realizado;
- desproporcionalidade entre o número reduzido de profissionais e o excesso de atividades a ser executadas;
- dificuldade de delimitação dos papéis entre aqueles que formam a equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem);
- relações interpessoais conflitantes entre os membros da equipe de trabalho;
- remuneração insuficiente que impõe aos profissionais a necessidade de ter mais de

um vínculo de trabalho, resultando em carga horária longa e desgastante (COSTA; MARTINS, 2011; RIBEIRO et al, 2012).

A sobrecarga quantitativa de trabalho, a duração do trabalho, a falta de autonomia e controle no processo de trabalho, a presença de riscos físicos, químicos e biológicos, lidar com o sofrimento, a insuficiência de recursos, a responsabilidade por pessoas, as relações de trabalho e suporte social no local de emprego, a remuneração, a segurança no vínculo de trabalho, as perspectivas de promoção, o quadro familiar, o conflito casa-trabalho, o quadro social e quadro pessoal são considerados fatores relacionados ao adoecimento dos profissionais de enfermagem (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

“Os enfermeiros, de todos os grupos profissionais da área da saúde, são os mais expostos a situações capazes de colocar em risco a sua saúde” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012, p.45).

O Cuidado do Cuidador

O principal autocuidado dos profissionais de enfermagem está relacionado à realização de atividades físicas (4 - E1; E2; E3; E5) e alimentação saudável (3 - E2; E3; E4). Os cuidados dos cuidadores de enfermagem estão destacados nas falas:

- “Faço atividade física”. (E1)
- “Atividade física e uma alimentação saudável”. (E2)
- “Academia e alimentação saudável”. (E3)
- “Nada, só uma alimentação saudável”. (E4)
- “Atividade física”. (E5)

O profissional E6 respondeu que não faz “nada” para o auto-cuidado.

Lipp (2013) enfatiza a necessidade de atenção em quatro áreas da vida com o objetivo de melhoria da qualidade de vida: alimentação, exercício físico, relaxamento e aspectos emocionais:

- Alimentação antiestresse: Deve ser rica em legumes, verduras e frutas. Evite gordura, chocolate, café, refrigerantes e sal;
- Exercício físico: Consulte o seu médico antes de começar a se exercitar. Sugerem-se caminhadas de 30 minutos pelo menos três vezes por semana
- Relaxamento: Quando se relaxam o corpo e a mente, tem-se a chance de se livrar das

tensões acumuladas, de se preparar para novos desafios. Todo ser humano precisa de pelo menos meia hora por dia para relaxar e se desligar dos problemas. Não há fórmula mágica para se relaxar. Alguns gostam de música, outros de bate papo, outros de TV. O que importa é desligar-se dos problemas por alguns minutos.

- Estabilidade emocional: Tente pensar de modo positivo, vendo o lado bom das coisas. Se algo o incomoda, tente falar sobre o assunto. Se alguém o magoar, converse com a pessoa de modo calmo sobre seus sentimentos. Se focar o que você sente e não o que ela fez de errado, ela não terá como magoá-lo ainda mais.

Os profissionais de enfermagem que cuidam, esquecem de cuidar de si mesmos e do ambiente laboral têm adoecido pelas condições e pelos ambientes desfavoráveis para desenvolver as suas atribuições. Dessa forma “é fundamental que os profissionais da área de saúde do trabalhador incentivem e busquem soluções viáveis para a implementação de ações de promoção da saúde e da adoção de medidas preventivas de doenças” (RIBEIRO et al, 2012, p.496)

Alguns profissionais de saúde, constantemente, buscam medidas alternativas para suportar o cotidiano extenuante diante das responsabilidades pessoais e profissionais que comprometem suas condições físicas e mentais necessárias para desempenhar com êxito suas atividades, satisfazer as exigências do trabalho e de si próprio. O profissional de Enfermagem deve compreender a necessidade do autocuidado para haver um equilíbrio ao cuidar do outro e ao interagir com a equipe, evitando desgastes e proporcionando o relativismo em torno da integralidade do cuidado. A prática do cuidado pelo profissional de enfermagem objetiva, prioritariamente, “cuidar do outro direcionado a atividade cuidativa para o ser que está sob seus cuidados. O cuidado de si é compreendido como suprimento das atividades individuais de sono, descanso, lazer, atividade físicas” [...] (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007, p 240).

Medidas de prevenção e intervenções devem ser tomadas para melhorar a saúde do trabalhador e seu ambiente de trabalho para que ocorram mudanças no processo de trabalho e, conseqüentemente, o equilíbrio entre as expectativas do indivíduo e as exigências da organização, envolvendo todos os fatores que desencadeiam o adoecimento do trabalhador de enfermagem (GOULART et al, 2010).

Dessa forma é crucial que o enfermeiro responsável pela gestão esteja atento às

consequências contraproducentes relacionados ao adoecimento do profissional, uma vez que o trabalhador descontente e exausto – quer física, quer mentalmente – facilmente leva a problemas de absentismo, baixa na produtividade e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados prestados aos utentes (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A Aplicação Da Massoterapia

O atendimento dos profissionais de enfermagem realizou-se em três (3) sessões de intervenção com aplicação de massoterapia de 40 a 60 minutos, através de agendamento prévio com os trabalhadores. A massagem foi aplicada nas costas.

As sessões realizaram-se em uma sala adaptada, com ambiente privado e boa iluminação, na Unidade de Saúde pesquisada. Associadas à massagem, utilizaram-se música relaxante e calmante; aromaterapia com essência de lavanda e creme de massagem com essência de erva-doce.

Sentimentos com a aplicação da massoterapia - diferença percebidas pelo profissional antes e após a aplicação

Os sentimentos dos profissionais com a aplicação da massoterapia mostraram leveza; relaxamento; sentindo-se bem e ótimo. Essas sensações apareceram destacadas nas falas:

“Bom, mais leve sim, estava um pouco tensa” (E1).

“Me sinto bem, sim” (E2).

“Muito bom. Sim, estou me sentindo mais relaxada” (E3).

“Bem, estou ótima”(E4).

“Ótima, sim” (E5).

“Ótima, teve diferença sim, estou mais leve”(E6).

A massagem proporciona bem estar para todo o organismo, aumentando a circulação, diminuindo a dor, diminuindo a fadiga, restabelecendo e equilibrando as funções do organismo (FRITZ, 2002; SEUBERT; VERONESE, 2008).

As contribuições da massoterapia para o autocuidado

Todos os profissionais relataram que a massoterapia contribui para o autocuidado, referindo, em suas falas, a renovação, leveza e relaxamento. Os profissionais E4; E5 e E6 solicitaram a continuação das aplicações de massoterapia.

- “A gente se sente mais renovada, é muito bom” (E1).
- “A gente se sente mais leve depois da aplicação” (E2).
- “A gente se sente bem melhor, mais relaxada, é muito bom para o autocuidado” (E3).
- “Se a gente tivesse tempo deveria fazer sempre que pudesse porque é muito bom, renova a pessoa” (E4).
- “Gostaria de fazer mais vezes, a gente se sente bem após a aplicação” (E5).
- “Gostaria de fazer mais vezes, a gente se sente bem melhor, mais leve, menos tensa é, muito bom” (E6).

Como benefícios, a massagem pode melhorar a sensação de acolhimento, bem estar e diminuir a carência emocional, tendo efeito calmante. A massagem pode amenizar a dor e ansiedade, diminuir a estafa, o estresse, insônia, dores de cabeça, ansiedade e depressão. A liberação de endorfinas, durante a massagem associada ao toque terapêutico, pode melhorar os sintomas da depressão (SEUBERT; VERONESE, 2008).

Necessidades para melhorar o autocuidado do profissional de enfermagem

As necessidades para melhorar o autocuidado do profissional de enfermagem envolveram a atividade física (4 - E1; E2; E4; E6); ter mais tempo para o auto-cuidado (2 - E3; E5); melhorar a alimentação (E6) e cuidar da auto-estima (E1). As Necessidades para melhorar o autocuidado do profissional de enfermagem estão representadas na descrição das falas:

- “Academia e cuidar da minha autoestima”. (E1)
- “Caminhada e uma boa alimentação”. (E2)
- “Academia e uma boa alimentação”. (E3)
- “Nada, só uma boa alimentação”. (E4)
- “Atividade Física”. (E5)
- “Nada”. (E6)

Os trabalhadores da saúde, em virtude do trabalho na área de cuidado, podem apresentar alguma disfunção da saúde mental, como ansiedade e queda da autoestima, juntamente com diminuída capacidade de enfrentar estressores crônicos (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Abordar o (des)cuidado de si é uma reflexão que deve ser realizada por profissionais que cuidam de pessoas, mas nem sempre cuidam de si, possibilitando reconhecer a necessidade de resgatar o cuidado do seu próprio eu para o exercício pleno da profissão e da realização como seres humanos (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007, p. 240).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem relacionaram a depressão com o estresse, ansiedade, sentimento de angústia, tristeza e dificuldade de concentração. Todos os profissionais realizam tratamento medicamentoso.

Os sentimentos dos profissionais com a aplicação da massoterapia foram de leveza, relaxamento e renovação. Dessa forma, a massagem aliada ao toque terapêutico pode proporcionar acolhimento, bem estar, acalmar, amenizar a dor e ansiedade, diminuir a estafa, o estresse, insônia, dores de cabeça, ansiedade e depressão.

Os profissionais consideram necessário melhorar o autocuidado com a realização de atividade física, melhorar a qualidade da alimentação, reorganização do tempo e cuidado com a autoestima.

A carga horária de trabalho, o stress ocupacional e problemas no relacionamento interpessoal foram destacados como motivos para o desenvolvimento da depressão no profissional de enfermagem.

O processo de trabalho de enfermagem pode ser um fator que contribui para o adoecimento do profissional em virtude da carga horária de trabalho. O trabalho na área de cuidado requer relações interpessoais com pacientes, familiares e a própria equipe o que demanda perfil e preparo para lidar com gente.

As contradições inerentes ao processo de trabalho da equipe de enfermagem foram desveladas dialeticamente, pois, ao cuidar, o profissional adoece por falta de autocuidado. O profissional que cuida não tem tempo para se cuidar, observar-se como um ser humano que possui limites e necessita de saúde mental, física, emocional e espiritual para exercer a profissão de ajuda. Ao mesmo tempo em que o trabalho pode proporcionar prazer na ajuda ao outro, também pode levar o trabalhador aos limites de suas forças, até a exaustão.

Considera-se, a partir dos resultados da pesquisa, que a massoterapia pode ser utilizada como promotora do autocuidado do profissional, melhorando a qualidade de vida de quem cuida.

Esse estudo possibilitou a exploração de novas possibilidades de atuação do enfermeiro com a utilização da massoterapia como forma de qualificar o cuidado de forma

integral e holística, buscando o cuidado do cuidador, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A experiência da aplicação de massoterapia teve resultados muito positivos, sendo que outros profissionais não selecionados também solicitaram a aplicação da técnica.

Considera-se que a depressão na equipe de Enfermagem que atua na Unidade Básica de Saúde configura-se como um fator que remete à preocupação em relação às condições de trabalho e ao atendimento realizado, evidenciando que, todos os profissionais são seres humanos que apresentam limitações, e como tais, necessitam ter condições dignas de desenvolvimento de suas atividades.

Constatou-se que os profissionais de enfermagem não se cuidam adequadamente pelo excesso de carga de trabalho e tipo de trabalho que envolve o cuidado de pacientes. Sugerem-se, a partir dos resultados da pesquisa, estratégias visando melhorar a qualidade de vida no trabalho:

- Grupo Terapêutico de saúde mental para os profissionais de enfermagem;
- Continuidade da aplicação de terapias alternativas para os profissionais de enfermagem;
- Ginástica laboral.

Como resultado da pesquisa, percebeu-se a necessidade premente dos profissionais de enfermagem rever os hábitos de vida, a reorganização do tempo, a busca de uma vida mais saudável, tanto nos aspectos físico, emocional, mental e espiritual, sendo considerados pilares básicos para o cuidado do cuidador, o que requer reflexão sobre o auto cuidado do trabalhador.

O profissional de enfermagem é um ser humano cuidando de seres humanos, necessitando de cuidado para garantir a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, MA; FORMAGGIO, FM. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 2007; 28(2): 233-41. Disponível em <seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/3168/1739> Acesso em 10 de Nov. de 2013.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 13 de set. de 2013.

COSTA, Daniele Tizo; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>.

CUNHA, Marines de Fátima; GANDINI, Rita de Cássia. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, Sept. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Ago. 2013.

FLECK, Marcelo P. Temas atuais em depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2009, vol.31. p.1-16.

FRITZ, Sandy. **Fundamentos da massagem terapêutica**. Barueri, SP: Manole, 2002. 698 p.

GOULART, Carolina Brito et al. Fatores predisponentes da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 48-55, jun. 2010. Disponível em www.ccs.uel.br/espacoparasaude Acesso em 23 de out. de 2013.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, Jun 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07072009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4 de ago. de 2013.

LIPP, Marilda. **Relação entre stress e depressão**. Instituto de Psicologia e Controle do Stress, 2013. Disponível em <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/relacao-entre-stress-e-depressao/>> Acesso em 10 de Nov. de 2013.

LOPEZ, Mariane Ricardo Acosta et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Ago. 2013.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Ago. 2013.

MICHELON, Leandro; CORDEIRO, Quirino; VALLADA, Homero. Depressão= Depression. **Rbm (São Paulo): Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.65, nesp, p.15-25, dez. 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3944>. Acesso em: 18 nov. de 2013.

MINAYO, MCS. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

NAGAI, Silvana Cappelletti; QUEIROZ, Marcos de Souza. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Ago. 2013.

OLIVEIRA, Vanessa; PEREIRA, Telmo. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 7, jul. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1175>.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al . O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, Apr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200031>.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 out. 2010. doi: 10.1590/S1413-73722010000200003.

SEUBERT, Fabiano; VERONESE; Liane. A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em:<<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202008/Fabiano%20e%20Liane.pdf>> Acesso em 4 ago. 2013.

TEIXEIRA, Rosária de Campos; MANTOVANI, Maria de Fátima. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 4 de ago. de 2013.

TENG, C. T.; CEZAR, L. T. S. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, p.37-52, dez. 2010. Disponível em <<http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526>. >Acesso 4 de ago. de 2013.

INQUÉRITO SOBRE O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE A MASSOTERAPIA E O PROFISSIONAL TÉCNICO

Survey on Knowledge of Population on the Professional and Technical Massotherapy

Sara Schneider Taborda¹
Evelise Dias Antunes²
Célia Regina Alves de Araújo³

Recebido: 25 fev. 2014

Aprovado: 15 set. 2014

Resumo: Massagem é uma palavra de origem grega e significa amassar. Essa terapia holística existe há milhares de anos, promove muitos benefícios desde o relaxamento físico até o relaxamento mental. Este estudo constitui-se em análise de amostragem, realizado para levantamento de dados de uma população aleatória, sobre o conhecimento da massoterapia e suas características. Abordou-se sobre o que a população achava se tratar a massoterapia através de um questionário aplicado em forma de entrevista pessoal e, posteriormente, um questionário online. Nas questões, mostrou que grande parte da população já havia recebido massagem, independente de profissional, familiar ou amigo. A maior porcentagem foi de profissionais habilitados, mas poucos foram os profissionais técnicos. Apresentou-se o conhecimento da população sobre as técnicas mais utilizadas de massagem, como a massagem relaxante, drenagem linfática e massagem laboral. O interesse da população em saber mais sobre a massoterapia foi relevante, precisando, assim, de uma maior divulgação para aqueles que buscam uma melhor qualidade de vida em seu cotidiano.

Palavras-chave: Massoterapia. Técnico em massoterapia. Questionário. Opinião pública.

Abstract: Massage is a word of greek origin and means kneading. This holistic therapy existed for thousands of years, promotes many physical benefits from the relaxation to the mind relaxation. This constitutes a study was sampling conducted to survey data from a random population, about knowledge of massage therapy and its features. It approaches what the population thought it was the massage therapy through a questionnaire administered in the form of a personal interview and a subsequent questionnaire online. In questions showed that most of the population had received massage, independent professional, family member or friend. The highest percentage was skilled professionals, but few were technical professionals. Presented the population's knowledge about the techniques used massage as a relaxing massage, lymphatic drainage massage and labor. The population of interest in learning more about massage therapy was relevant, thus requiring a greater outreach to those who seek a better quality of life in their daily lives.

Keywords: Massage therapy. Massage therapy technician. Survey. Public opinion.

¹ Aluna concluinte do Curso Técnico em Massoterapia do IFPR. Email: saraschneider2304@hotmail.com.

² Professora do Curso Técnico em Massoterapia, orientadora. Email: evelise.antunes@ifpr.edu.br.

³ Professora do Curso Técnico em Massoterapia, co-orientadora.

INTRODUÇÃO

Uma das formas mais antigas de se buscar o relaxamento e bem estar é a massagem. Massagem é uma palavra de origem grega e significa amassar, uma terapia holística que existe há milhares de anos, promovendo muitos benefícios do relaxamento físico até o mental. Desde os tempos antigos, instintivamente, as pessoas já faziam a massagem pelo simples toque, fricção ou aquecimento do tecido realizado após alguma lesão. Acredita-se que ela se iniciou ainda na pré-história, época em que se preveniam e tratavam lesões através de fricções. (SHEN, 1999).

Entretanto, a massoterapia é uma profissão em crescimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 20% (vinte por cento) da população mundial se trata com terapias holísticas. Entende-se que muitas pessoas não procuram a massagem por falta de informações sobre a profissão e sobre a massoterapia, assim como tendem a aceitar um profissional não qualificado que atenda suas expectativas naquele momento.

Dentro das terapias holísticas/alternativas encontra-se a massagem. Hill (s.d.) apud Trovo (2003) diz:

Terapias alternativas/complementares são as técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/corpo/espírito e não um conjunto de partes isoladas.

O desconhecimento da população sobre as técnicas e profissionais que atendem faz com que o desinteresse da população aumente, havendo, inclusive, o pensamento de que a prevenção a saúde é algo fútil. Quando o indivíduo adquire mais informações sobre o assunto, cresce o seu interesse em descobrir o seu corpo, a sua saúde e as formas de melhorá-la.

No estudo de Trovo (2003), de 178 estudantes de enfermagem pesquisados, somente 18% conheciam a massagem como uma técnica de terapia alternativa, demonstrando que, também, na área da saúde existem profissionais que desconhecem a profissão.

A massoterapia vem sendo cada vez mais validada por pesquisas na melhora de tratamentos complementares, na ajuda de doenças, algias, dentre outros sintomas. No estudo de Morelli (2007, pág.329), vê-se a eficácia na melhora de pacientes com cefaleia tensional, utilizando a técnica de massagem.

No Brasil, não há dados quanto ao número de pessoas que fazem tratamento com medicina alternativa, o que difere dos dados mostrados em países mais desenvolvidos. Neto

(2009, pág. 299) destaca o uso de medicina complementar e alternativa, sendo que, nos Estados Unidos (1997), 42% de todas as terapias alternativas foram utilizadas para tratar alguma doença, enquanto 58% foram usadas, pelo menos, em parte, para prevenir doenças futuras ou manter a saúde e vitalidade.

A falta de informação pode impedir que as pessoas tenham acesso a um tratamento alternativo que atue tanto como terapêutica complementar como na prevenção de diversas doenças, potencializando a saúde da população e diminuindo o alto custo com doenças na saúde pública.

No projeto inicial desta pesquisa, objetivou-se aplicar um questionário dos usuários das unidades de saúde de Curitiba sobre massoterapia e verificar a aceitação do técnico em massoterapia como um profissional da unidade, utilizando a massagem como método de tratamento e/ou auxílio a outras terapias. Mas não houve o consentimento do órgão que viabiliza as pesquisas dentro das unidades de saúde e nem tempo hábil para a aprovação do projeto no ano vigente. Por isso houve a necessidade de alterar o questionário, retirando as questões relacionadas.

Souza (2010, pág. 513) apresenta uma avaliação para o paradigma da saúde pública:

O Sistema Único de Saúde (SUS), como responsável por ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, apresenta propostas legislativas completas para um sistema de saúde nacional. Porém, num país com dimensões territoriais continentais como o Brasil, que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades, sua efetivação torna-se de difícil realização... Pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado.

Também em Andrade (2010, pág. 502), há uma definição sobre o princípio antropológico da integralidade:

O fato de termos hoje uma política nacional voltada para 'práticas integrativas' em saúde coloca questões relevantes para reflexão. Tais questionamentos são de diversas ordens, sejam de natureza conceitual e filosófica, sejam relativas à eficácia terapêutica desses métodos, ou ainda, quanto ao encaminhamento das políticas públicas do setor.

Sendo assim, esta pesquisa objetivou realizar um inquérito sobre o conhecimento da população sobre a massoterapia e o profissional técnico, a fim de promover maior quantidade e qualidade das informações sobre a profissão.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa teve caráter quantitativo por amostragem e população aleatória simples. Segundo Marconi (1996, pág. 37), “Quando se deseja colher informações sobre um ou mais aspectos de um grupo grande ou numeroso, verifica-se, muitas vezes, ser praticamente impossível fazer um levantamento do todo”.

Para o estudo, elaborou-se, pelos pesquisadores, um questionário para avaliar o grau de conhecimento da população sobre a massoterapia e o profissional técnico. O questionário manteve uma linguagem de fácil entendimento para pessoas leigas sobre o assunto.

No início da aplicação do projeto, abordaram-se pessoas aleatórias nas ruas da cidade, fez-se a entrevista, lendo o questionário para o entrevistado. Não se deu nenhuma resposta sobre estar correto ou errado antes do término da entrevista e, após, esclareceram-se as dúvidas e fez-se a divulgação do trabalho com um folder elaborado, contendo informações sobre o profissional e o curso.

Em Marconi (1996, pág. 88, 100), há a descrição da diferença entre o questionário e o formulário:

O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador... O formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado.

Sendo analisado nesse contexto, utilizaram-se as duas formas nesta pesquisa.

Após um período inicial, percebeu-se pouco interesse e colaboração da população em realizar a entrevista pessoalmente, houve a estratégia de fazer o mesmo questionário online e postar em redes sociais para que as pessoas pudessem responder na hora em que pudessem e no conforto de onde estivessem. Essa abordagem mostrou-se mais bem recebida e o número de respostas ao questionário aumentou consideravelmente.

O questionário online foi formulado a partir do aplicativo disponível no Google Docs e a tabulação dos dados fez-se pelo mesmo. Acrescentaram-se, ao aplicativo, as entrevistas que haviam sido feitas pessoalmente para contabilizar nos resultados. A escolha da quantidade de entrevistas para a amostragem foi de 300 (trezentos) indivíduos, sendo aplicadas no mês de novembro de 2012 e encerrada quando atingida o número estabelecido.

As questões foram escritas de uma maneira simples, para melhor compreensão. Seguindo os padrões de ética, solicitaram-se, do indivíduo, apenas dados que não identificassem como iniciais do nome, idade e profissão. Na primeira questão, perguntou-se sobre o que a pessoa achava ser a massoterapia, sendo dadas a opção correta (tratamento com massagens), duas opções incoerentes (tratamento com ervas e “colocar o nervo no lugar”) e a opção “não sei o que é”. Na segunda questão, perguntou-se qual a utilidade da massoterapia, se serviria para a estética (emagrecer), para tratamento de doenças, para prevenção à saúde, ou para tratar a dor. Na terceira e quarta questões, perguntou-se se o indivíduo já havia recebido massagem, e, se sim, de quem; com as opções desde profissionais da área (massagista, massoterapeuta e técnico em massoterapia), até amigo, familiar, fisioterapeuta ou esteticista. Na última questão, perguntou-se se haveria interesse em saber mais sobre a massoterapia; os entrevistados pessoalmente ganharam um folheto esclarecendo algumas informações sobre o curso técnico em massoterapia como forma de criar curiosidade. E aqueles que responderam online, tiveram acesso ao mesmo conteúdo do folheto na página do questionário, antes de enviarem as respostas.

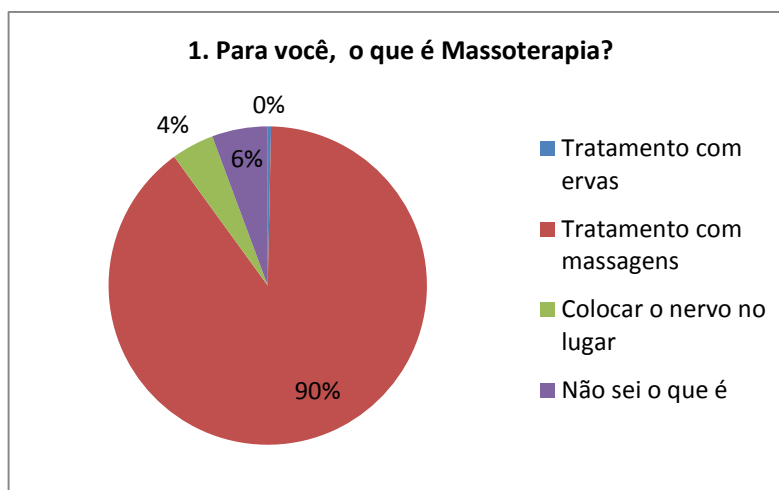
RESULTADOS

O estudo foi encerrado quando atingiu a quantidade de trezentos questionários respondidos, entre eles os que foram online e entrevistas. A média de idade dos questionados foi de 29 anos com desvio padrão de ± 11 . E, quanto ao gênero, predominou o feminino com 61%, e masculino com 39%.

Na escolaridade, a predominância foi de indivíduos com o ensino superior (47%), cursando ou concluído. Em segundo lugar, o ensino médio com 30%. Logo após veio o curso técnico e a pós-graduação empatados com 8%, ensino fundamental com 7%, e não houve nenhum entrevistado sem escolaridade (0%).

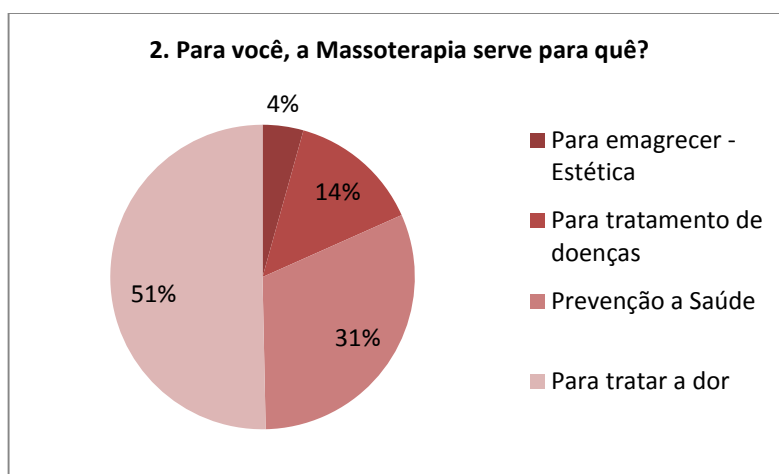
Na primeira questão, “Para você, o que é Massoterapia?”, de acordo com o Gráfico 01, demonstrou que a maioria da população tinha a opinião relacionada à massagem (90%); poucos relataram a expressão popular “colocar o nervo no lugar” (4%); não souberam obteve 6%, e “tratamento com ervas” somente uma pessoa respondeu, mas em porcentagem foi 0%.

Gráfico 01 – Para você, o que é Massoterapia?



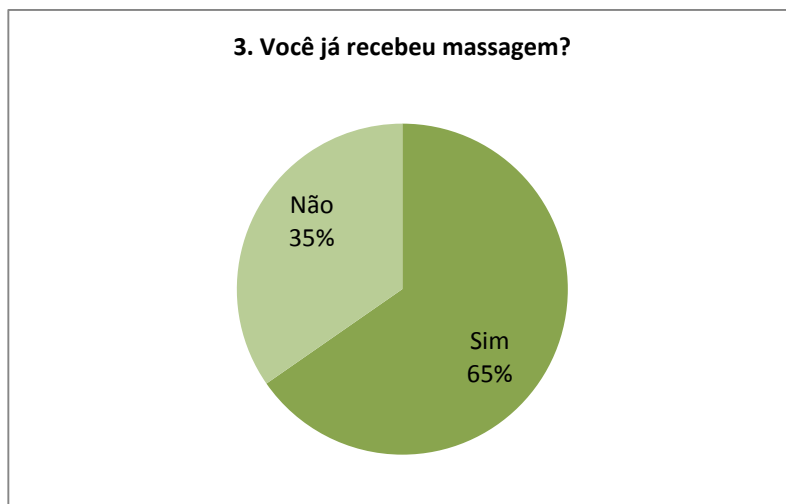
Na segunda questão (Gráfico 02), 50% dos questionados responderam que a massoterapia serve para tratar a dor; 31% para prevenção à saúde; 14% para tratamento de doenças e 4% para estética (emagrecer).

Gráfico 02 – Para você, a Massoterapia serve para quê?



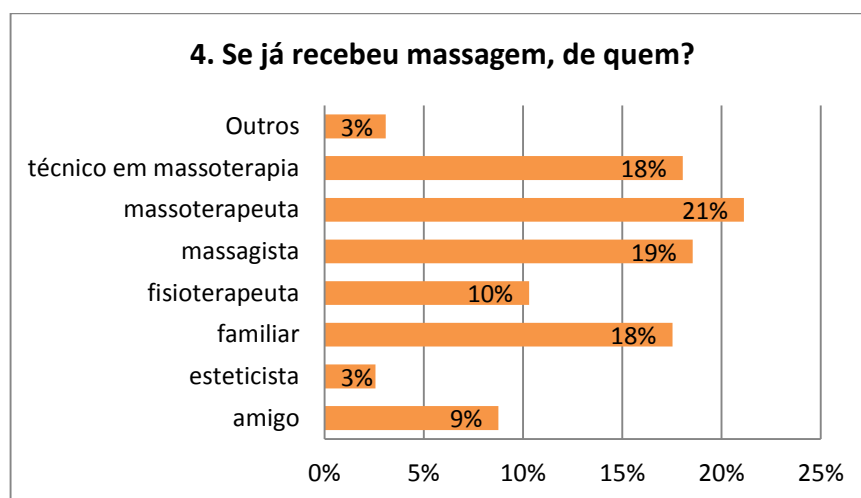
A questão três abordava quem já havia recebido massagem, sendo que 65% responderam que sim, e 35% nunca havia recebido massagem. Dentre aqueles que responderam sim, foi perguntado de quem receberam a massagem.

Gráfico 03 – Você já recebeu massagem?



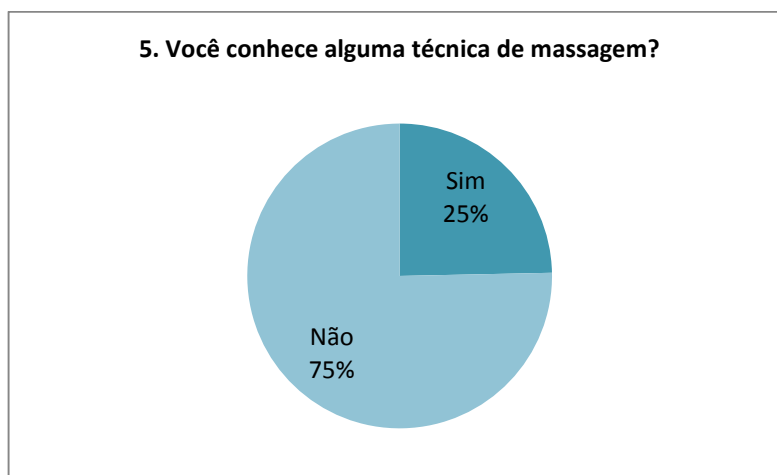
Somente duas pessoas responderam que receberam massagem e não especificaram qual. De acordo com a figura do gráfico 04, a maior porcentagem de atendimento foi por massoterapeutas (21%); seguida de massagistas (19%) e técnico em massoterapia (18%). Logo após vieram os familiares (também com 18%); fisioterapeuta (10%); amigo (9%); outros (3%) e esteticista (3%).

Gráfico 04 – Se já recebeu massagem, de quem?



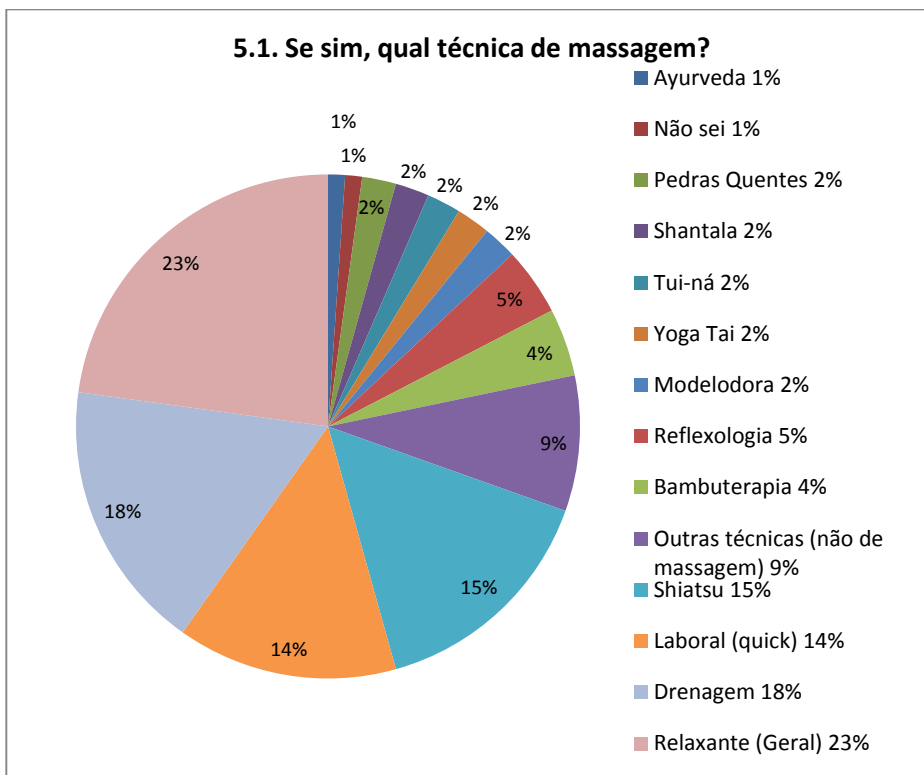
Na quinta questão houve uma controvérsia de entendimento da pergunta. A questão perguntava se o indivíduo conhecia uma técnica de massagem, querendo dizer um tipo de massagem, como shiatsu, drenagem linfática, relaxante, etc. Mas algumas pessoas, quando entrevistadas, perguntaram se se tratava sobre o profissional técnico em massoterapia. Essa dúvida foi esclarecida nas entrevistas pessoalmente, mas não online. Houve 10 pessoas que, nas respostas online, citaram pessoas como técnico e não massagistas.

Gráfico 05 – Você conhece alguma técnica de massagem?



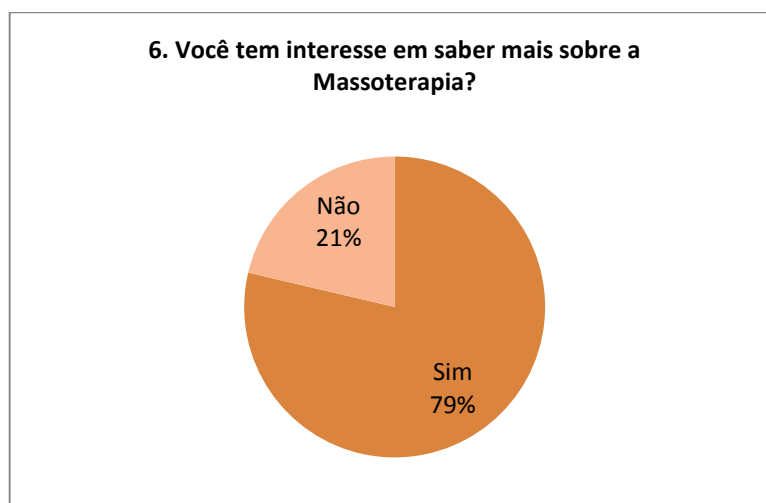
Dentre as pessoas participantes que receberam massagem, tiveram que informar os tipos de massagem. As mais citadas foram massagem geral (relaxante) com 23%; drenagem linfática com 18%; e massagem laboral (quick massage) com 14%, shiatsu com 15%. Outras técnicas aparecem com porcentagem 4% bambuterapia, 5% reflexologia. Modeladora, Yoga Tai, Tui-ná, Shantala e Pedras Quentes, ficaram com 2% cada uma. E Ayurveda apareceu com 1%. Não sei teve 1%, e outras técnicas que não seriam de massagem 9%.

Gráfico 06 – Se sim, qual técnica de massagem?



Na última questão, perguntou-se se haveria interesse em saber mais sobre a massoterapia. Dos entrevistados, 79% tinham interesse em saber mais sobre a Massoterapia, contra 21% que não tinham interesse nas informações.

Gráfico 07 – Você tem interesse em saber mais sobre a Massoterapia?



DISCUSSÃO

Após o período inicial da pesquisa, percebeu-se pouco interesse e colaboração da população em participar da entrevista pessoalmente, sendo assim, optou-se pela mudança na metodologia, criando o mesmo como questionário de forma online para que as pessoas o respondessem no momento em que houvesse disponibilidade e, uma maior abrangência.

O estudo foi melhor aceito com a mudança e tornou-se mais confiável de acordo com Marconi (1996), que relata as vantagens de ser um questionário: “há maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato; há menos risco de distorção, pela não influência do pesquisador...”

Analisando a primeira questão, sobre o conhecimento da população para a massoterapia, vê-se que havia o entendimento sobre o termo Massoterapia para a grande maioria das pessoas. Quando entrevistadas, algumas responderam questionando se estavam certas, pois ligaram o nome com a alternativa escolhida. No estudo de Fontenella (2007), constatou-se que pouco da população tinha conhecimento sobre a massoterapia, sendo 9% de conhecimento declarado, 0% de terapia utilizada, 25% de acesso mediante terceiros, 1,12% de acesso mediante profissionais, e 56,8% de interesse.

Na segunda questão, sobre o que a população acreditava que a massoterapia tratava, relatou-se a maioria com uma ligação a tratamento da dor, em seguida de prevenção a saúde. Esses dois termos estão corretos quando se descrevem os benefícios da massagem, assim com o tratamento de patologias. Justificando a maioria das respostas, relatou Seubert (2008, pág. 1):

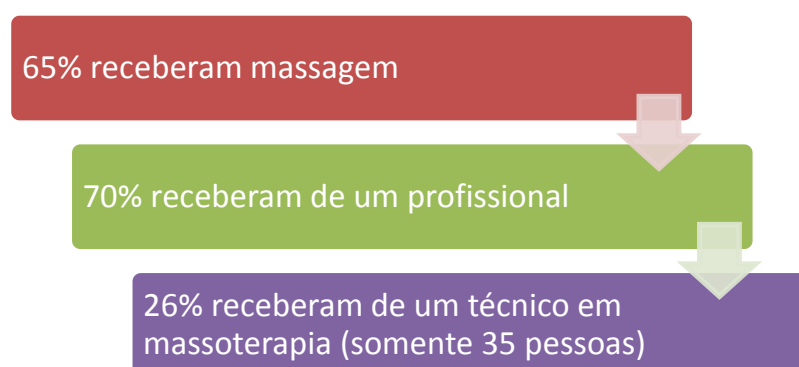
A massagem como recurso terapêutico vem sendo reconhecida como uma das terapias mais eficazes para alívio de dores e prevenção de doenças... Geralmente quem procura a massagem terapêutica encontra-se com algum tipo de dor.

O alívio da dor pode também ser explicada pela definição do efeito fisiológico da massagem, por Homem (sem data, pág. 7):

A circulação, a respiração, o movimento peristáltico dos intestinos, a contração cardíaca, a composição sanguínea, a eliminação de urina, a excreção das glândulas de secreção externa e interna, parótida, pâncreas e fígado, etc. são bastante melhoradas... A massagem torna o músculo mais ativo, rápido e expansível durante mais tempo.

A maior parte da população entrevistada já recebeu algum tipo de massagem (196 pessoas) realizada por algum profissional ou familiar e amigo. O profissional mais mencionado foi o massoterapeuta, seguido de massagista e técnico em massoterapia. Analisando o número de respostas, dos 65% das pessoas que relataram ter recebido massagem, 70% receberam de um profissional habilitado para aplicar massagem (massagista, massoterapeuta, técnico em massoterapia, fisioterapeuta, esteticista), mas somente 26% desses indivíduos receberam de um técnico em massoterapia. Nesse contexto, adicionou-se o massagista como profissional, pensando que o mesmo teria passado por um curso de massagem, com menor carga horária que o massoterapeuta e o técnico em massoterapia.

Figura 01 – Atendimento pelo técnico em massoterapia



Na questão cinco houve o problema de dupla interpretação entre o técnico em massoterapia (profissional) e a técnica de massagem (tipo de massagem). Na entrevista foi

esclarecido a qual se referia, mas nos questionários online não. Houve cinco respostas do questionário online interpretadas de forma errada. Dentre as pessoas que receberam massagem, somente 56 pessoas souberam relatar que conheciam alguma técnica de massagem. Dentre elas, as técnicas mais narradas, foram à massagem geral (relaxante), drenagem linfática, shiatsu e massagem laboral (quick massage). São técnicas mais acessíveis e de conhecimento popular. A massagem relaxante, também, vem ganhando espaço, pelo modo de vida agitado, e motivos de muito estresse.

A massagem pode estimular e relaxar o corpo e a mente. Estimula a pele, o sangue e o sistema linfático, melhorando a circulação, auxiliando na renovação das células e removendo toxinas. Um sentimento geral de relaxamento e bem-estar surge quando os músculos tensos relaxam as articulações ficam soltas e os nervos são acalmados.

Na última questão, levantou-se o interesse da população em saber mais sobre a massoterapia. A maior parte dos entrevistados tinha o interesse na informação, mas a divulgação de material ainda é escassa. O técnico em massoterapia começa agora a sua jornada de crescimento dentro do mercado de trabalho e, por isso, as pessoas não conhecem a diferença, muitas vezes, imposta, entre massagista, massoterapeuta e técnico em massoterapia. A diferença entre eles é a formação e de ordem crescente vai aumentando a carga horária de aulas e estudos mais profundos sobre o corpo humano, sua anatomia e fisiologia.

O curso técnico em massoterapia tem exigências do Ministério da Educação (BRASIL, 2012) sendo no mínimo 1.200 horas/aulas, abordando os temas de disciplinas de anatomia e fisiologia humana, noções de patologia musculoesqueléticas, noções de neuroanatomia funcional, princípios de ergonomia, cinesiologia e as técnicas clássicas e modernas de massagem, drenagem linfática e reflexologia. Já o curso de massagista, com apenas 240h, possui uma formação não aprofundada, trabalhando com menos técnicas de massagem.

Faz-se importante ampliar o número de estudos relacionados à massoterapia e seu desempenho nos sistemas de saúde, visto que a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde das nações têm possibilitado subsidiar o planejamento das ações e decisões dos gestores desse setor voltadas para garantir a qualidade e as necessidades da atenção à saúde da população. (SZWARCOWALD, 2008, pág. 39).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou a falta de conhecimento da população sobre a massoterapia e seu profissional técnico. Avaliou-se o número de pessoas dentro do estudo que já receberam massagem e notou-se o pouco número de atendimentos recebidos com o profissional técnico.

As massagens mais relatadas foram aquelas de que a população tem mais acesso e que seu uso se faz mais necessário na vivência do mundo atual, como a massagem relaxante e a massagem laboral.

A profissão de massoterapia pode alcançar um êxito através da promoção de conhecimento à população, informando sobre as técnicas, os benefícios, a diferença e importância da formação dos profissionais e, não apenas, para como alternativa em tratamentos de saúde, mas como prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saúde soc. São Paulo, v. 19, n3, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em junho, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação; Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; Diretoria de Políticas de Educação Profissional e Tecnológica. **CATÁLOGO NACIONAL DOS CURSOS TÉCNICOS**. Edição 2012. Disponível em:

http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et_ambiente_saude_seguranca/t_massoterapia.php. Acesso em dezembro, 2012.

FONTANELLA, Fabrício; SPECK, Frederico Pires; PIOVEZAN, Anna Paula; KULKAMP, Irene Cledes. **Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC**. Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 36, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>>. Acesso em dezembro, 2012.

HOMEM, Dr. Fred Vasques. **Manual de Massagem. Médica, desportiva e estética**. Ginástica reeducativa. Livraria Progresso Editora. Sem data.

MARCONI, Andrade de Marina; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MORELLI, JGS; REBELATTO, JR. A eficácia da terapia manual em indivíduos cefaleicos

portadores e não-portadores de degeneração cervical: análise de seis casos. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v. 11, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro, 2012.

NETO, João Felício Rodrigues; FARIA, Anderson Antonio de; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos. Medicina complementar e alternativa: utilizada pela comunidade de Montes Claros. Minas Gerais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo. Vol. 55, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em junho, 2012.

SANTOS, Geslaine J.B. **Massagem Geral**. Apostila do Curso Técnico em Massoterapia. INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ. Curitiba, 2010.

SHEN, Peijain. **Massagem para o alívio da dor**. 1ª ed São Paulo: Manole, 1999

SEUBERT, Fabiano; VERONESE, Liane. A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Acesso em: <www.centroreichiano.com.br>. Acesso em novembro, 2012.

SOUZA, Georgia Costa de Araujo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde, Soc.** São Paulo, v. 19, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em junho, 2012.

SZWARCWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em dezembro, 2012.

TROVO, Monica Martins; SILVA, Maria Julia Paes da; LEAO, Eliseth Ribeiro. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino –Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, ago, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro, 2012.

APÊNDICE

A - Questionário utilizado nas entrevistas e disponibilizado na forma online.



Questionário sobre aceitação do Técnico em Massoterapia

Iniciais do nome: _____ Data: ____/____/____ Sexo: () fem. () mas.

Idade: _____ Escolaridade: () sem escolaridade () ensino fundamental
() ensino médio () curso técnico () ensino superior () pós-graduação
Profissão: _____

1. Para você, o que é Massoterapia?

- () tratamento com ervas () tratamento com massagens
() colocar o nervo no lugar () não sei o que é

2. Para você, a Massoterapia serve para quê?

- () para emagrecer – estética () para tratamento de doenças
() prevenção da saúde () para tratar a dor

3. Você já recebeu massagem?

- () não () sim

4. Se sim, de quem?

- () massagista () massoterapeuta () técnico em massoterapia
() familiar () amigo () fisioterapeuta
() esteticista () outro _____

5. Você conhece alguma técnica de massagem?

- () não () sim. Qual? _____

6. Você tem interesse em saber mais sobre a Massoterapia?

- () não () sim

B – Folder elaborado para divulgação.



TÉCNICO EM MASSOTERAPIA

**Você sabia que tem diferença entre o
*Massagista e o Técnico em
Massoterapia?***

O técnico em massoterapia tem a formação baseada no estudo da fisiologia humana, anatomia, técnicas de medicina oriental e ocidental.

Quem é o Técnico em Massoterapia?

É um profissional que aplica manobras de massoterapia ocidental, de massagem oriental, visando ao bem-estar físico, ao relaxamento de tensões e ao alívio da dor.

Identifica e seleciona técnicas massoterápicas indicadas às diferentes necessidades do cliente. Também atende por indicação dos profissionais da área da saúde.

Quanto tempo leva a formação?

O curso técnico tem a duração de dois anos,
com aulas teóricas, práticas e estágio
(prática ambulatorial) – mínimo de 1200 horas.

Formanda: Sara Schneider
Orientadora: Prof^ª Evelise Dias Antunes
Curso Técnico em Massoterapia
Instituto Federal do Paraná
<http://curitiba.ifpr.edu.br>

EQUOTERAPIA E REABILITAÇÃO EM SAÚDE

Equine Therapy and Rehabilitation in Health

Jadson Justi¹
Heloisa Bruna Grubits²

Recebido: 06 mar. 2014
Aprovado: 15 set. 2014

Resumo: A Equoterapia é um método terapêutico que apresenta o cavalo como principal instrumento para habilitação e reabilitação em saúde e educação, utilizando-se de técnicas de equitação para a reeducação motora e mental, atuando em âmbito terapêutico para superar ou minimizar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais de seus praticantes. A teoria da comunicação e o desenvolvimento humano em saúde podem ser sistematizados e integrados de uma maneira metódica e, ao mesmo tempo, prática no cotidiano equoterapêutico. **Objetivo:** Estimular processos dimensionais da Linguagem na associação de dois procedimentos terapêuticos, Equoterapia e terapia fonoaudiológica, para crianças diagnosticadas com atraso de linguagem. **Método:** Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso de cunho hipotético-dedutivo sobre o atendimento equoterapêutico com crianças que apresentam diagnóstico de atraso de linguagem. **Resultados:** A avaliação pré-intervenção terapêutica constatou prejuízos sintáticos, semânticos e pragmáticos dos integrantes. Os dados coletados pós-intervenção demonstraram melhoras para os participantes nas três dimensões estudadas. Os participantes deste estudo obtiveram crescente número de palavras emitidas espontaneamente durante as terapias. Houve desenvolvimento em aspectos psicomotores, perceptuais, cognitivos e de desenvolvimento verbal. **Considerações finais:** A terapia concomitante de linguagem e equoterapia pode ser satisfatória para a melhora da patologia de atraso de linguagem. Ressalta-se que as melhoras na gama de itens avaliativos de linguagem também foram promovidas por aspectos psicomotriciais proporcionados pela Equoterapia para os dois casos estudados.

Palavras-chave: Equoterapia. Reabilitação. Linguagem. Saúde.

Abstract: Equine therapy is a therapeutic method that uses horses as the main instrument for habilitation and rehabilitation in the fields of health and education. By employing horseback riding techniques to promote motor and mental re-education, the equine therapy is used as a therapy to overcome or reduce sensory, motor, cognitive and behavioral impairments. The communication theory and the human development in health can be systematized and integrated in a methodic and practical manner into the

¹ Mestre em Psicologia (Psicologia da Saúde) pela Universidade Católica Dom Bosco; especialista em Bioética pela Universidade Federal de Lavras; graduado em Fonoaudiologia e em Pedagogia pela Universidade Católica Dom Bosco. Membro do corpo de pesquisadores da Universidade Católica Dom Bosco. E-mail: jadsonjusti@hotmail.com.

² Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas; mestre em Psicologia (Psicologia da Saúde) pela Universidade Católica Dom Bosco; graduada em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Vice-Coordenadora do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. E-mail: freirejb@terra.com.br.

equine therapy practice. Objective: To stimulate Language dimensional processes by associating two therapeutic procedures, namely equine therapy and speech therapy, in the treatment of children diagnosed with Language delay. Methods: This is a case study about the equine therapeutic care of children with diagnosis of Language delay. The hypothetical-deductive method was used to perform this research. Results: The assessment carried out before the therapeutic intervention detected syntactic, semantic and pragmatic impairments. Data collected after intervention demonstrated improvement in the three dimensions studied. The participants acquired an increased number of words spontaneously spoken during the therapeutic sessions. There was development regarding psychomotor, perceptual, cognitive and verbal development aspects. Final considerations: The concomitant use of language therapy and equine therapy can be satisfactory to improve the pathology of Language delay. It is noteworthy that the improvements in the language items assessed in this study were also promoted by psychomotor aspects provided by the equine therapy in both cases.

Keywords: Equine Therapy. Rehabilitation. Language. Health.

INTRODUÇÃO

A Equoterapia é um método educacional de habilitação e reabilitação humana, utilizado em diversos quadros patológicos e funcionais, e tem o cavalo como eixo principal dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais (FREIRE, 1999). Também é vista como uma atividade de padrão físico ativo que apresenta uma intensa ligação com o cavalo e exige, de uma forma direta, o policiamento da posição corporal para maior flexibilidade, conscientização do corpo e do movimento (RODRIGUES, 2000).

A montaria é uma atividade de estimulação com a qual se obtêm resultados múltiplos na área psicológica, orgânica, postural entre outras. Nessa última abordagem, o sentido é de interação e desinibição com o meio. Nos últimos anos, um grande fluxo de pessoas acometidas com diversas patologias neurológicas e funcionais foi submetido à Equoterapia. Na literatura, muito se comenta sobre a eficácia dessa terapia e seus aspectos interdisciplinares. Em Equoterapia, um conjunto de profissionais trabalha de forma integrada para a melhora das dificuldades apresentadas por seus praticantes. Essa integração, muitas vezes, não é observada em outros programas terapêuticos. Assim, pensa-se que, além da interação com o cavalo, dos avanços alcançados pelos praticantes, essa intervenção também é facilitada e auxiliada pelo relacionamento com profissionais (FREIRE, 1999). No entanto, existe pouquíssimo embasamento teórico sobre aspectos referentes à linguagem humana desenvolvida

concomitantemente com o tratamento em Equoterapia. Muito se comenta sobre as estimulações referentes às sensações produzidas pelo cavalo por intermédio da propriocepção.

A intensidade das sensações e das emoções provocadas pela interação com o cavalo conduz o indivíduo a uma relação melhor com os que o cercam. Em terapia a cavalo, a confiança que é obtida permite acelerar o processo de desenvolvimento de potencialidades diversas, responsável pela integração social e pessoal do portador de deficiências ou dificuldades (FREIRE, 1999).

O tratamento terapêutico, utilizando cavalos, é de grande valia na melhora da qualidade de vida (RIBEIRO, 2003). A Equoterapia proporciona estimulação direta dos órgãos da audição, visão e tato (propriocepção). Percebe-se, em terapia a cavalo, que os sentidos humanos são diretamente ativados durante atividades, e que a linguagem humana é adquirida e desenvolvida por intermédio dos sentidos humanos, suscitando uma possibilidade de estimulação terapêutica para pessoas com patologias de linguagem. Acredita-se que a linguagem possa ser descrita como o desenvolvimento que favorece a comunicação por intermédio de seus aspectos de percepção sensório-motora, aquisição e desenvolvimento das funções psicomotoras, aprimoramento das habilidades comunicativas e coordenação pneumofonoarticulatória. O desenvolvimento linguístico é de extrema importância para o crescimento da criança, pois subsidia o eficaz entendimento e interpretação do mundo que o cerca. O seu desenvolvimento se dá pelas vias de aferência dos cinco sentidos humanos: visão, audição, gustação, olfato e tato, além do contato com outras pessoas e com o meio.

Para Zorzi (1994), a linguagem é considerada uma forma de expressão de grande importância para a comunicação dos seres humanos, porque torna possível a manifestação do pensar por meio de códigos linguísticos. É através do desenvolvimento da linguagem que se constitui a comunicação e a interação entre indivíduos. O ser humano possui uma atividade nervosa complexa que permite a comunicação oral e escrita de seu estado psíquico pela materialização de signos multimodais que simbolizam esses estados de acordo com uma convenção inerente a uma comunidade linguística.

O atraso de linguagem é uma deficiência no processo evolutivo de decodificação (entendimento) e ou na expressão (verbal, gestual e escrita) da informação. Suas consequências trazem complicações diversas no sentido semântico (significado das palavras, frases, textos),

sintático (construção das palavras por meio da combinação de unidades), pragmático (produção da fala, habilidades conversacionais, fluência) e de alterações relacionadas à interpretação (contextos sociais).

A organização linguística (bagagem de informações mentais de sons e formas de se comunicar) apresenta-se em caráter sistemático, ou seja, de forma gradual (por intermédio do aprendizado), daí a noção do sistema linguístico ou mesmo de linguagem; no entanto não é suficiente para garantir a interpretação do que é dito. O trabalho interpretativo depende de dois fatores inter-relacionados. Por um lado, de um domínio de interpretação que dá sentido ao que é dito, pois nele se estabelecem as medidas das pessoas e das coisas, no tempo e no espaço, dos processos e acontecimentos, do que pode e não pode ser dito; e, por outro lado, das condições contextuais e sociais de um determinado enunciado, regras que regulamentam a expressividade da linguagem e que são sociais e partilhadas por uma determinada cultura (LURIA, 1987). O ato de se comunicar significa, etimologicamente, pôr em comum. Pode-se entender que a comunicação, simplificada, está relacionada com troca de uma mensagem entre um emissor e um receptor.

A teoria da comunicação e o desenvolvimento humano em saúde e educação podem ser sistematizados e integrados de uma maneira metódica e, ao mesmo tempo, prática no cotidiano equoterapêutico. A partir do exposto, objetiva-se, com este estudo, estimular processos dimensionais da linguagem na associação de dois procedimentos terapêuticos, Equoterapia e terapia fonoaudiológica para crianças diagnosticadas com atraso de linguagem.

RELAÇÃO ENTRE EQUOTERAPIA E LINGUAGEM

A Equoterapia propicia aplicação de técnicas terapêuticas que podem ser utilizadas ao mesmo tempo na terapia (RATTO, 1999). O terapeuta, em ambiente estimulador e munido de materiais terapêuticos, pode estimular pacientes por meio de atividades lúdicas que atingirão níveis sensoriomotores e percepto-cognitivos, servindo como base do aprendizado no qual o desenvolvimento cognitivo está presente e altamente atuante (SILVA, 2004). A comunicação e a criatividade são objetivos da psicomotricidade, que auxilia no desenvolvimento da linguagem (QUIROS; SCHRAGEN, 1979), no desenvolvimento do pensamento operativo, levando-se em conta o aspecto interativo do ser humano, do corpo e da gestualidade (NEVES; MALTA, 2002).

A terapia a cavalo possui um aspecto específico e ímpar de realização de gestos e movimentos repetidamente sem estresse e prazerosos, que acabam proporcionando um conjunto de subsídios motriciais capazes de promover a construção da significação e aprendizado (FREIRE, 1999), bem como possíveis benefícios de fala e linguagem por meio da psicomotricidade. A equitação terapêutica traz benefícios para os distúrbios da fala e linguagem, comunicação gestual e auxiliam na articulação de sons (RODRIGUES, 2000).

Para Leitão (2004), as relações psicoeducacionais são alcançadas satisfatoriamente com o tratamento equoterápico. Essas evidências teóricas propiciam uma reflexão sobre a importância do papel do cavalo, que deve ser vista como de grande relevância para o desenvolvimento infantil. Esses dados sugerem que tal terapêutica possa influenciar as dimensões da linguagem humana. Isso será descrito nos próximos itens.

DIMENSÃO SEMÂNTICA

O homem sempre se preocupou com a origem das línguas e com a relação entre as palavras e as coisas que elas significam. Certas palavras desenvolvem um novo sentido quando postas em um contexto diferente daquele em que costumavam ser empregada; essa situação denota valor semantical. A semântica é a dimensão que se ocupa com o estudo do significado. Muitas discussões científicas são realizadas entre linguistas sobre o ponto de vista da semântica e gramática de forma a serem avaliadas independentemente uma da outra. A estrutura gramatical da frase determinará as relações semânticas entre os elementos frasais (BISHOP; MOGFORD, 2002).

O uso semântico das crianças está restringido por certas palavras que variam de acordo com sua capacidade de armazená-las cognitivamente. Existem dois processos distintos de compreensão da leitura: a compreensão lida oralmente e a lida visualmente (SOUZA, 1997; CHAPMAN, 1996). Essa dimensão semântica gera e provoca aparição de uma série de enlaces complementares como o entendimento acerca do ser humano. O valor semântico está relacionado ao significado e a um sistema fundamental de códigos que garantem a passagem do conhecimento do homem para o meio. A designação de um objeto expresso por meio da palavra é determinada pelo sentido semântico. O principal objetivo é o de dar sentido através de seu papel designativo, ou seja, a palavra designa o sentido de algo ou alguma coisa (LURIA,

1987).

DIMENSÃO PRAGMÁTICA

É formada pela ação da mente e proporciona as atitudes verbais e de organização mental dos seres humanos. Essa dimensão se desenvolve junto com o aprendizado organizacional no cérebro (ZORZI, 1994). Estudos sobre o desenvolvimento das habilidades pragmáticas são recentes quando comparados com os estudos do desenvolvimento morfossintático, semântico e fonológico. Uma das principais contribuições da perspectiva pragmática foi incluir, ao estudo da linguagem infantil, a comunicação pré-verbal na medida em que é no período pré-linguístico que se inicia o uso da comunicação para interagir com as pessoas e se estabelecem as bases funcionais da comunicação (MEISEL, 1997).

A possibilidade de fazer escolhas entre ações e gostos são padrões estabelecidos individualmente de acordo com a pragmática estabelecida e estimulada individualmente. A pragmática é a materialização no estudo de línguas e na comunicação e tem estabelecido a forma verbal física articulatória e de interesse para um padrão correto pedagógico (JAMES, 1974). Os primeiros estudos, nesse sentido, foram descritos no final dos anos 1970 com o aparecimento de uma perspectiva funcionalista sobre a linguagem em contraposição à forte visão estruturalista da época (ACOSTA et al., 2003).

Em pesquisas pragmáticas infantis, concentram-se, basicamente, dois aspectos: funções comunicativas e habilidades conversacionais. As funções comunicativas são unidades abstratas e amplas que refletem a intenção comunicativa do falante, envolvem motivação, metas e fins que se quer conseguir ao comunicar-se com o outro (KAJAGOPALAN, 2002). Habilidades conversacionais referem-se à capacidade do sujeito em participar de uma sequência interativa de atos de fala, tendo como objetivo um intercâmbio comunicativo. Essa dimensão é observável em todos os contextos de fala. É o que acontece nos discursos políticos, pedagógicos, religiosos e até nos discursos amorosos. Em todos esses casos, há uma base afirmativa que, manipulada, serve aos objetivos do emissor. A diferença está no grau de consciência quanto aos recursos utilizados para o convencimento. A linguagem publicitária prima na utilização desses recursos para mudar ou manter a opinião do público-alvo e assim conseguir o objetivo persuasivo (ZORZI, 2003).

DIMENSÃO SINTÁTICA

Esta dimensão apresenta competência organizacional mental e linguística. Existem algumas diferenças existenciais entre a compreensão e a produção que são moduladas através do desenvolvimento sintático. Não atender a ordem metodológica frasal ou de palavras é indício de fenômeno de alteração desenvolvimental linguística (CHAPMAN, 1996). A sintaxe refere-se à estruturação de códigos (componentes) com objetivo de melhor entendimento da mensagem. Esses devem se organizar hierarquicamente tanto para a fala, como para a escrita. Para a maioria das pessoas, ordenar o conteúdo a ser expresso é fácil e eficaz para uma satisfatória decodificação alheia. Quando isso não acontece com facilidade ou mesmo de forma típica, considera-se alteração nessa dimensão. O conhecimento das pessoas se dá pelo meio que as cerca, por fatores culturais e pelo gradual desenvolvimento natural da ordem lógica (BOONE; PLANTE, 1994).

A sintaxe preocupa-se com a formulação de regras para descrição das formas pelas quais diferentes partes do discurso podem ser combinadas para formar frases em uma língua seja ela verbalizada ou não (BISHOP; MOGFORD, 2002), e, nessa dimensão, é que a linguagem estuda os processos generativos ou combinatórios das frases das línguas, tendo em vista a sua estrutura (CALLOU et al., 1993). A aquisição de palavras é uma parte importante do desenvolvimento da linguagem, e a infinita produtividade e a flexibilidade comunicacional se fundamentam em muito mais do que simplesmente palavras. Essas características se derivam da capacidade que as pessoas possuem de combinar inúmeras palavras de maneiras variadas, de acordo com as regras compreendidas por todos os usuários da língua, de forma a expressar ideias novas e gradações sutis de significado. Essas regras são organizadas sintaticamente (CHOMSKY, 1975).

METODOLOGIA

Enviou-se um pedido de autorização para a direção da Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco. Devidamente, enviaram-se todos os documentos necessários para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, solicitando autorização para iniciar a pesquisa proposta de acordo com as normas éticas em estudos com seres humanos. Após a autorização, pela direção, de todos os locais necessários ao cumprimento das exigências

pertinentes a esse tipo de estudo, bem como autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (sob o protocolo n. 062/2007) foi iniciado o contato com os possíveis participantes da pesquisa.

Alguns critérios foram estabelecidos como padrão para a seleção dos participantes: a) crianças entre oito e nove anos com diagnóstico de atraso de linguagem; b) Indivíduos, independentemente de sexo, que estivessem cursando o ensino fundamental e não possuíssem queixas de comprometimento visual, neurológico e auditivo; c) não praticantes de qualquer atividade física regular ou terapêutica; d) crianças com antecedentes de patologia e/ou doenças que afetassem, direta ou indiretamente, o desempenho neurológico e o quadro de desenvolvimento da coordenação motora ou que impedissem a montagem.

O contato inicial com os possíveis participantes aconteceu via telefone, e as informações foram fornecidas pelo setor de Assistência Social da Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco. A diretoria da Assistência Social autorizou o acesso aos prontuários, bem como a coleta de informações necessárias. As pessoas que estão na lista da Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco ficam no aguardo do contato de algum profissional ou acadêmico a ela vinculado para o agendamento de uma consulta. O contato via telefone aconteceu diretamente com os responsáveis legais (pais dos possíveis participantes). Após uma conversa prévia, marcou-se uma entrevista com os pesquisadores. Os responsáveis e juntamente o possível participante foram esclarecidos sobre a importância dessa pesquisa e, sanadas todas as dúvidas quanto a local, tipo de tratamento, período de execução da terapia, ambiente, profissionais envolvidos, procedimentos com a criança, expectativas quanto a melhoras no desenvolvimento da linguagem — o objetivo deste estudo — e toda segurança que, durante o tratamento, a criança teria com uso de materiais de segurança. Após todos os esclarecimentos, forneceu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que autorizou a realização do estudo proposto.

Após a realização desses procedimentos, marcou-se o início das avaliações na Clínica Escola onde os participantes foram submetidos aos exames de audiometria, logaudiometria e imitanciometria para descartar possíveis comprometimentos auditivos em nível periférico e possível alteração de processamento auditivo. Ressalta-se que os dois participantes são do sexo masculino, com idade de oito anos. Todos os integrantes passaram por avaliação médica para descartar algum transtorno que, de alguma forma, pudesse impedir a montagem.

As crianças e seus responsáveis legais responderam ao questionário anamnésico. Posteriormente, os dois participantes deste estudo passaram por avaliação fonoaudiológica realizada por um dos pesquisadores, na área de linguagem na Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco, antes do início dos atendimentos. Após essas etapas, os participantes foram avaliados pelo protocolo de linguagem estabelecido pela Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco, com observação criteriosa dos aspectos estruturais e funcionais dos órgãos fonoarticulatórios e das dimensões da linguagem: aspectos semânticos, sintáticos e pragmáticos. Após a realização dessas etapas criteriosas e essenciais pré-estabelecidas, iniciou-se o atendimento no Instituto São Vicente – Campi da Universidade Católica Dom Bosco.

No decorrer das sessões, aplicaram-se atividades terapêuticas individuais com todos os participantes. Isso englobou atividades de memória, imaginação, identificação sonora, lexical (grafemas) e fonêmica (sons de letras), construção de frases simples (com um único verbo) e complexas (com mais de um verbo), lateralização com as mãos segurando bolas terapêuticas para os lados direito e esquerdo, para cima e para as diagonais. Também, realizou-se atividade de construção de histórias, diálogos de atividades diárias, identificação numérica, emissão de sons (fonêmicos e silábicos), verbalização de palavras novas estabelecidas pelo pesquisador e emissão de sons guturais. As atividades realizadas com os participantes tiveram apoio de instrumentos criados e ou adaptados para a estimulação da linguagem deste estudo, elaborados pelos pesquisadores. Gravaram-se imagens de todas as sessões terapêuticas, com câmera filmadora Samsung digital Cam, e toda verbalização, com gravador de voz digital Eco Mania. Todas as fotos foram registradas por câmera fotográfica Genius G-Shot.

As gravações das imagens sempre se realizaram por acadêmicos estagiários do Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco. As gravações das vozes, bem como da fala dos integrantes, eram realizadas por um dos pesquisadores, que ligava o gravador de voz e colocava-o no bolso da camisa ou da calça. As imagens fotográficas foram registradas tanto por acadêmicos como pelos pesquisadores.

Antes de cada participante iniciar a sessão terapêutica realizou-se a aproximação cavalo-cavaleiro para promover-lhes uma interação.

O tratamento concomitante de Equoterapia e estimulação de linguagem realizaram-se uma vez por semana, durante quatro meses, totalizando quatorze sessões terapêuticas cada. Os

encontros realizaram-se às quartas-feiras, no período vespertino, pois as duas crianças estudavam no período matutino. Após o período de tratamento, ambos foram novamente submetidos à avaliação fonoaudiológica na área de linguagem na Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco, para que se pudesse fazer a comparação com a avaliação inicial.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na pré-intervenção, os dois participantes foram avaliados pela área de linguagem em seus aspectos físicos, cognitivos, comunicativos, fonoarticulatórios, sistema motor oral, funções estomatognáticas, percepção visual, percepção auditiva e escrita. Para ambos os participantes, houve comprometimento nas dimensões da linguagem: semântica (significado das palavras, frases, textos), sintática (construção das palavras por meio da combinação de unidades verbais e escrita), pragmática (produção da fala, habilidades conversacionais, fluência). Frente aos dados dimensionais da linguagem alterados, pôde-se concluir o diagnóstico de atraso de linguagem. Destacou-se, também, pobreza de vocabulário e de escrita, alteração na percepção auditiva fonológica, pouca criatividade e percepções ambientais alteradas (acontecimentos), aspectos motores comprometidos funcionalmente para os participantes. Diante de tais resultados, houve indicação concomitante de fonoterapia e Equoterapia para as crianças participantes deste trabalho. Para (JUSTI, 2013), a etapa de avaliação da linguagem é expressão que define uma instância clínica de extrema rigurosidade para o bom direcionamento ao diagnóstico preciso, bem como aos vários fatores que operam nessa instância.

Na pós-intervenção (após a intervenção terapêutica), pôde-se observar melhora nas dimensões da linguagem, bem como dos aspectos psicomotores dos participantes. As crianças obtiveram vantagens na linguagem concomitantemente ao desenvolvimento psicomotor.

Durante o desenvolvimento infantil, a criança passa por experiências sensório-motoras e ambientais que facilitam a aquisição e o refinamento de padrões motores e cognitivos. Essas experiências acontecem e são enriquecidas devido à variabilidade e à complexidade de estímulos provindos do ambiente (GESELL, 2002). O desenvolvimento nos itens avaliativos da linguagem se embasa na probabilidade de a Equoterapia ter proporcionado uma grande gama

de estímulos (ambientais e motores), e a fonoterapia favorecido estímulos linguísticos e de experiências comunicacionais que propiciaram o desenvolvimento dos dois integrantes do estudo. Os parâmetros delineares para os resultados encontrados basearam-se na avaliação fonoaudiológica realizada numa perspectiva subjetiva em linguagem enfocando aspectos desenvolvimentais em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, pode-se afirmar que o objetivo proposto foi atingido de forma satisfatória. No que se refere à questão que norteou essa investigação – a hipótese de que a Equoterapia e a fonoterapia pudessem auxiliar o desenvolvimento da linguagem – múltiplos objetivos foram atingidos ao longo do trabalho: as etapas propostas, os resultados satisfatórios para os dois casos atendidos e a finalização da pesquisa.

As sensações experimentadas e proporcionadas pela equitação terapêutica podem ter influenciado diretamente as mudanças desenvolvimentais em linguagem (dimensão semântica, sintática e pragmática) por intermédio da psicomotricidade. A intensidade das sensações vivenciadas e percebidas pelos sentidos humanos é favorecida e originada por estímulos externos e internos. O movimento ao passo do cavalo favorece a estimulação sensorial e, conseqüentemente, os aspectos psicomotores e de saúde motora e mental. O meio em que as crianças foram inseridas (ambiente terapêutico), chamado de picadeiro, apresenta a seu redor árvores, plantas, cavalos, lago, patos, pássaros e campo de futebol gramado. Esse ambiente, cujos aspectos foram explorados pelos pesquisadores, permitiu-lhes, durante as sessões terapêuticas, estimular a intenção, a interação e a evolução verbal das crianças por intermédio de manejo terapêutico.

Isso leva ao entendimento de que a terapia de estimulação de linguagem associada à Equoterapia pode ser satisfatória para a patologia de atraso de linguagem. Esta pesquisa pôde ressaltar que as melhoras na gama de itens avaliativos de linguagem foram também estimuladas por aspectos psicomotriciais proporcionados pela Equoterapia.

Diante do exposto, acredita-se que este estudo tenha fornecido dados relevantes para o meio científico, os quais poderão contribuir para o entendimento da complexidade que envolve a estimulação da linguagem na Equoterapia, bem como processos reabilitacionais.

Parte-se do pressuposto de que ambos os procedimentos caminharam concomitantemente, com intuito terapêutico, proporcionando estímulos diferentes que podem ser aplicados, valorizando a interdisciplinaridade e a estimulação de crianças com atraso de linguagem.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, V. M. et al. **Avaliação da linguagem**: teoria e prática do processo de avaliação do comportamento linguístico infantil. São Paulo: Santos, 2003.

BISHOP, D.; MOGFORD, K. **Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

BOONE, D. R.; PLANTE, E. **Comunicação humana e seus distúrbios**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CALLOU, D. et al. Topicalizações e deslocamento à esquerda: sintaxe e prosódia. In: ILARI, R. (Org.). **Gramática do português falado**. Campinas: UNICAMP/FAPESP, 1993. v. 2, p. 315-353.

CHOMSKY, N. **Aspectos da teoria da sintaxe**. Coimbra: Armênio Amado, 1975.

CHAPMAN, R. S. **Processos e distúrbios na aquisição da linguagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FREIRE, H. B. G. **Equoterapia**: teoria e técnica – uma experiência com crianças autista. São Paulo: Vetor, 1999.

GESELL, A. **A criança dos 5 aos 10 anos**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

JAMES, W. **Pragmatismo**. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

JUSTI, J. Estudo crítico e propositivo de testes de avaliação da linguagem infantil. In: XI Congresso Nacional de Educação, 11., 2013, Curitiba, **Anais...** Curitiba: Champagnat, 2013. p. 27192-27199.

KAJAGOPALAN, K. Sobre a especificidade da pesquisa no campo da pragmática. **Caderno de Estudos Lingüísticos**, Campinas, n. 42, p. 89-97, 2002.

LEITÃO, L. G. Relações terapêuticas: um estudo exploratório sobre Equitação Psico-educacional (EPE) e autismo. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 2, p. 335-354, jun. 2004.

LURIA, A. R. **Pensamento e linguagem**: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MEISEL, J. M. Parâmetros na aquisição. In: FLETCHER, P.; MACWHINNEY, B. **Compêndio da linguagem da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997. p. 21-39.

NEVES, A. P. M.; MALTA, S. C. L. Aspectos pragmáticos do perfil comunicativo de portadores de necessidades especiais submetidos à equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. **Anais...** Brasília: ANDE-Brasil, 2002. p. 57-67.

QUIROS, J.; SCHRAGEN, O. **Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad**. Buenos Aires: Panamericana, 1979.

RATTO, E. R. O cavalo a serviço da educação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: ANDE-Brasil, 1999. p. 227-227.

RIBEIRO, S. L. L. Encefalopatia crônica infantil não progressiva e o manejo terapêutico. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. **Curso avançado de Equoterapia**. Brasília, 2003. p. 2-13. Apostila.

RODRIGUES, C. S. **Equoterapia aplicada à paralisia cerebral**. Brasília, DF: Associação Nacional de Equoterapia – ANDE-Brasil, 2000. no prelo. Palestra do 34º Curso Básico Especial de Equoterapia.

SILVA, C. H. **Equoterapia para cegos: teoria e técnica de atendimento**. Campo Grande: UCDB, 2004.

SOUZA, S. J. **Infância e linguagem: Bakhtin, Vygotsky e Benjamin**. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1997.

ZORZI, J. L. **Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita: questões clínicas e educacionais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2003.

_____. **Linguagem e desenvolvimento cognitivo: a evolução do simbolismo na criança**. São Paulo: Pancast, 1994.

O AUTOCUIDADO DO ADULTO HIPERTENSO

The Self Care Adult Hypertensive

Alessandra Flores da Cunha¹
Elisete Rossato Rick²
José Otávio Feltrin³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido: 27 jan. 2014
Aprovado: 15 set. 2014

Resumo: A hipertensão arterial constitui-se num relevante problema de saúde pública, apresentando elevado índice de prevalência e mortalidade. O diagnóstico correto da hipertensão arterial e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular. O objetivo do estudo foi identificar de que forma o adulto hipertenso mantém seu autocuidado em relação ao processo da doença. Realizou-se uma pesquisa com levantamento de dados descritivo- exploratório e de campo, com abordagem quali-quantitativa a partir da utilização de uma entrevista semi-estruturada, realizada através de visitas domiciliares. Os sujeitos do estudo foram compostos de 23 pacientes adultos com hipertensão da microárea4, da ESF São Francisco de Torres RS. Com relação à prevalência dos fatores de risco cardiovasculares, verificou-se que 100% dos hipertensos apresentavam antecedentes familiares de doenças cardiovasculares. Dos pacientes hipertensos entrevistados 69,6% revelaram apresentar dificuldades para manter o autocuidado relacionados à: alimentação; controle do sal; dificuldade financeira; estresse e ansiedade; falta de tempo; dor e problemas de saúde associados; manter o peso; fazer exercício físico e o uso do álcool. Dessa forma, é indispensável apontar, aos pacientes, novas perspectivas para mudança dos hábitos de vida, o que resultaria em melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Adulto. Enfermagem. Programa Saúde da Família.

Abstract: Hypertension constitutes a significant public health problem, with high rates of prevalence and mortality. The correct diagnosis of hypertension and persistence of patients in follow-up are key factors to achieve the ideal goal of treatment and reduce cardiovascular morbidity and mortality. The aim of the study was to identify how the adult hypertensive keeps your self-care in relation to the disease process. A survey of descriptive exploratory survey and field data, with qualitative and quantitative approach, from the use of a semi - structured interview, conducted through home visits was performed. The study subjects were composed of 23 adult patients with hypertension

¹ Enfermeira – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: alessandra222009@hotmail.com.

² Enfermeira - Mestrado em Saúde Coletiva – Professora Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: elisete.rick@unisul.net.

³ Enfermeiro - Mestrado em Saúde Coletiva – Professor Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: bimba@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestrado em Educação – Professora Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: guiga@engeplus.com.br.

microarea 4, Family Health Strategy San Francisco Torres RS. With regard to the prevalence of cardiovascular risk factors, it was found that 100 % of hypertensives had a family history of cardiovascular disease. Of the respondents 69.6 % had hypertensive patients have difficulty in maintaining self-care related to: power, control salt; financial hardship, stress and anxiety, lack of time, pain and associated health problems, maintain weight, get exercise and alcohol use. Thus it is essential to point out to patients new prospects for change in lifestyle, which would result in better quality of life.

Keywords: Hypertension. Adult. Nursing. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial constitui-se um relevante problema de saúde pública, ressaltando-se que apresenta elevado índice de prevalência e mortalidade (FIGUEIREDO, 2005; BRASIL, 2006; PIRES; MUSSI, 2008; DUARTE et al, 2010; GUEDES et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2013; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

Atualmente, cerca de 300 mil pessoas morrem, por ano, em consequência das doenças cardiovasculares. É comum o aparecimento da hipertensão arterial na fase adulta, sendo que 39% dos hipertensos têm entre 20 e 49 anos (FIGUEIREDO, 2005).

O diagnóstico correto da hipertensão arterial e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular.

A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento. A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando, assim, um risco significativo de eventos cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al, 2012).

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (GIROTTI et al, 2013).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é

frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006; DUARTE et al, 2010; GUEDES et al, 2011; CARVALHO et al, 2012; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; GIROTTO et al, 2013). Esses são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) aos níveis considerados normais em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Os fatores que interferem na adesão estão associados à terapêutica, ao sistema de saúde e ao indivíduo. Apesar da importância de se estudar essa gama de fatores, pouco tem sido explorado sobre aqueles associados às pessoas hipertensas, no que se refere às suas crenças em saúde sobre as medidas de prevenção e controle da doença, a saber: dieta hipossódica e com baixo teor de gordura saturada e colesterol, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool, prática de atividade física, lazer, relaxamento, manutenção do peso corporal ideal, controle da pressão arterial e comparecimento periódico às consultas médicas (PIRES; MUSSI, 2008).

A hipertensão é considerada uma doença multifatorial, desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças; em virtude do seu caráter crônico e incapacitante, gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo; aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, mudança de hábitos de vida, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física; o patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença. Esse panorama revela que a prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos (PIRES; MUSSI, 2008).

As equipes da saúde da família – ESF possuem os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (OLIVEIRA et al, 2013).

As mudanças de comportamentos necessárias para o controle da pressão arterial são

desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde. Estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento e os grupos populacionais mais vulneráveis a não adesão são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde (GIROTTI et al, 2013).

A partir dessas reflexões, tem-se como objetivo identificar de que forma o adulto hipertenso mantém seu autocuidado em relação ao processo da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como quali-quantitativo, descritivo-exploratório e de campo. Realizou-se visita domiciliar e aplicou-se entrevista semiestruturada com 23 pacientes adultos com hipertensão da microárea4, da Estratégia Saúde da Família (ESF) São Francisco de Torres RS. Como critério de inclusão, utilizou-se: paciente hipertenso; adulto; aceitação para participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, segundo os preceitos éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). A análise de dados qualitativos realizou-se através da categorização de dados (MINAYO, 2009). Os dados quantitativos foram organizados através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas com os pacientes, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra “H” para os pacientes adultos hipertensos, seguido do respectivo número.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL pelo nº Projeto 372.522.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do Perfil dos pacientes hipertensos

Em relação ao perfil dos pacientes adultos hipertensos, 73,91% é do sexo feminino e 26,09% do sexo masculino. A idade variou de 39 a 59 anos. Em relação ao estado civil, 52,17%

são casados, 26,09% solteiros, 13,04% viúvos e 8,7% divorciados. Quanto à escolaridade, 73,91% dos pacientes não concluiu o ensino fundamental; 13,04% com 1º grau completo; 8,7% com 2º grau completo e 4,35% analfabeto.

O nível de escolaridade está inversamente relacionada com a ocorrência de complicações da hipertensão, pois indivíduos com nível superior têm prevalência de complicações hipertensivas 40% menor do que aqueles com menos de 10 anos de estudo. A falta de estudo pode estar diretamente relacionada com a falta de compreensão do tratamento, as indicações medicamentosas, assim como as recomendações de mudanças comportamentais (MOUSINHO; MOURA, 2008).

A descoberta da hipertensão arterial

O tempo de descoberta da hipertensão foi bem variado: de 1 ano a 18 anos. Quando os pacientes foram questionados sobre a descoberta da hipertensão e a sintomatologia, 43,5% citaram mal-estar; 39,1% dor cervical; 34,8% náusea e enjôo; 26,1% cefaleia e peso na cabeça; 21,7% dor precordial e pressão no peito; 17,4% vertigem; 17,4% eritrofobia ou rubor facial; 4,3% pulso vibrante e zumbido; insônia, estresse e frio. A Gravidez de alto risco e a pré-eclampsia foram relatadas por 8,7% dos hipertensos. Já, 17,4% descobriram a hipertensão em virtude de doenças associadas, que foram: 8,7% transplante de fígado; 4,3% colecistectomia e doenças císticas dos rins. Destaca-se que 8,7% dos hipertensos eram assintomáticos.

Na maioria das vezes, não há sintomas, eles só aparecem quando a hipertensão já está muito elevada, pode ocorrer dor precordial, cefaleia, com mais frequência na região da nuca, vertigem, náusea, mal-estar, visão turva e até mesmo o sangramento nasal (FIGUEIREDO, 2005).

Destacam-se, nos relatos dos pacientes H2, H7, H18, H20, H21, a dor e pressão no peito.

(H2) “Há doze anos. Devido à dor no peito procurei um médico que constatou a PA alta. Sentia dor no peito, que parecia correr do pescoço ao peito.”

(H7) “Há sete anos. Passei mal algumas vezes, fui ao médico, fiz exames e descobri que tinha PA alta. Náusea, dor de cabeça forte, pressão no peito, calorão e calor como um vermelhão para a cabeça.”

(H18) “Há três anos. Foi em uma consulta de emergência. Dor no peito e mal estar.”

(H20) “Há oito anos. Por exame devido aos sintomas. Estresse, dor no peito e dor na nuca.”

(H21) “Há dez anos. Se sentiu mal e a PA estava alta. Dor no peito, dor na nuca e

ânsia de vômito.”

Ressalta-se, no relato dos pacientes H15 e H23, a descoberta da hipertensão através de consulta médica, pois os pacientes eram assintomáticos, o que corrobora a característica da hipertensão como “assassina silenciosa”:

(H15) “Há cinco anos. Foi a uma consulta e a PA estava alta, devido também ao rim com cisto. Não sentia nada.”

(H23) “Há dez anos. Consulta normal. Não sentia sintomas.”

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada uma "assassina silenciosa", é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes, pois muitos dos pacientes relatam não sentir sintomas, sendo esse fato preocupante. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HAS continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (SILVA et al, 2013).

Considera-se importante salientar que, por não sentir qualquer sintoma, alguns pacientes tendem a não manter o ideal autocuidado em relação à doença.

O Brasil tem aproximadamente 17 milhões de pessoas portadoras de HAS, o que representa 35% da população com mais de 40 anos. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (SILVA, 2012).

O diagnóstico precoce e seu tratamento adequado são fundamentais para o controle da HAS e suas complicações. O controle da HAS depende de medidas dietéticas; estilo de vida saudável e, quando necessário, o uso regular de medicamentos.

Tratamento medicamentoso

Destaca-se que 100% dos pacientes entrevistados tinham indicação medicamentosa para o controle da Hipertensão Arterial Essencial (HAS). O paciente H10 relatou não utilizar a medicação, o que pode incorrer em complicações relacionadas à hipertensão não tratada:

(H10) “Deveria, mas não tomo medicação.”

A adesão à medicação é estimada em torno de 50%, e essa taxa diminui ainda mais com relação às mudanças no estilo de vida (BASTOS-BARBOSA et al, 2012).

Esse dado é considerado preocupante devido ao agravamento da doença, após o diagnóstico, o autocuidado do paciente é fator-chave muito importante para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso proposto é uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial. Hipertensos que não aderem ou abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes superior aos pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

História da família de hipertensão

O fator de risco antecedentes familiares de Doenças Cardiovasculares (DCV) é citado por Piaci, Felicetti e Lopes que em estudos verificaram que 70% dos indivíduos portadores de HAS referiram histórico positivo para Doenças Cardiovasculares (SILVA, 2012). Já no presente estudo, 100% dos pacientes relataram antecedentes familiares.

O fator hereditariedade é considerado como risco aumentado e pode ser entendida por efeitos genéticos sobre outros fatores de risco como hipertensão arterial, obesidade, entre outros, sendo a avaliação relevante no contexto do diagnóstico e prevenção destas doenças (SILVA, 2012).

A causa da hipertensão

Quando os pacientes foram questionados sobre a causa da sua hipertensão, 52,2% responderam causas relacionadas ao estresse, ansiedade, preocupação, nervosismo, incomodação e discussões frequentes; 13% responderam doenças associadas com o início da hipertensão, como problemas renais e transplante; 13% responderam os fatores de risco, como sobrepeso, alimentação inadequada, idade, hereditariedade e tabagismo; 8,7% relataram ser devido à menopausa e gravidez; 4,3% relataram ser devido o transtorno mental e 8,7% não souberam responder.

Existe relação da ansiedade com a personalidade e, ainda, relação de vulnerabilidade ao estresse e à gênese da hipertensão arterial. Já, em outros estudos, autores diferentes

apontaram a associação entre expressão da raiva e níveis de pressão arterial que pode ser afetada por diversos fatores. Outro aspecto que pode ser levado em consideração é o neurobiológico, pode-se apontar relação entre o funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS), as emoções e a hipertensão arterial, pois quando em situações de emergência, o Sistema Nervoso Simpático (SNS) prepara o organismo para a ação por meio da elevação da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração (FONSECA et al, 2009).

As doenças associadas com o início da hipertensão foram relatadas pelos pacientes H3; H13 e H19:

(H3) “Devido a problemas renais.”
(H13, H19) “Devido ao transplante.”

Os principais grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal são diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar. Todo paciente pertencente ao chamado grupo de risco, ou seja, com hipertensão e com história familiar, mesmo que assintomático deve ser avaliado anualmente com exames (OPS; 2010).

As cirurgias podem resultar em consequências futuras, condições podem persistir ou surgir, tais como piora de controle da hipertensão arterial sistêmica, entre outros fatores (AGENA, 2010).

A Hipertensão Arterial Essencial (HAS) torna-se presente com mais frequência em receptores de órgãos de doadores falecidos do que quando comparada de doadores vivos (AGENA, 2010).

A hipertensão foi associada tanto à gravidez de alto risco (H4), como à menopausa (H4):

(H4) “Apareceu junto com a menopausa.”
(H10) “Apareceu durante a gravidez.”

O pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua de forma segura, o que compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de detectar e tratar precocemente qualquer intercorrência que propicie evolução desfavorável para a mãe e ou para o feto. Dentre essas intercorrências, encontra-se a pré-eclampsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez, com incidência em 5% a 8% das gestações. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema, ou ambos (SOUZA et dal, 2007)

Sobre os fatores de risco para DCV no período após a menopausa representam a principal causa de morbimortalidade, na faixa etária após os 40 anos. Nesse sentido, torna-se necessária a abordagem preventiva dos fatores de risco identificáveis durante a vida reprodutiva, no sentido de minimizar a ocorrência futura de eventos mórbidos relacionados ao sistema cardiovascular (SANTOS; SILVA, 2006; AZEVEDO et al, 2006).

A hipertensão é associada a fatores de risco tais como sobrepeso, alimentação inadequada, idade e hereditariedade e tabagismo, citado pelos pacientes:

- (H5) “Peso e cigarro.”
- (H18) “Idade e hereditariedade.”
- (H23) “Alimentação inadequada.”

Dentre os fatores de risco conhecidos para a HAS, são: tabagismo, ingestão de álcool, história familiar de hipertensão, fatores psicológicos, certos traços de personalidade e estresse, obesidade, inatividade física e abundância no consumo de sódio que podem sendo esses importantes desencadeadores no desenvolvimento da hipertensão (FONSECA et al, 2009).

Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, cessação do tabagismo e evitar uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser controlados, juntamente com o tratamento medicamentoso. Apesar dessas evidências, esses fatores relacionados aos hábitos de vida continuam a crescer na população levando a um aumento contínuo da incidência da HAS, bem como do seu controle inadequado (SILVA, 2012).

A hereditariedade é citada como um fator de risco não modificável que parece influenciar o processo de DCV (SILVA, 2012).

Os pacientes H15 e H16 não souberam responder.

Um aspecto importante a ser sugerido é a inclusão de uma orientação multidisciplinar para o tratamento da HAS, incluindo orientação nutricional, atividade física e acompanhamento psicológico para o adequado manejo do estresse, sendo este último citado por mais da metade dos pacientes (52,2%).

O cuidado relacionado à hipertensão

Os cuidados dos pacientes em relação à hipertensão foram relacionados a: 86,9%

utilização de medicamentos; 69,6% consulta médica periódica; 56,5% alimentação; 47,8% controle da pressão arterial; 43,5% peso; 39,1% atividade física regular; 17,4% adesão ao grupo de hipertensos; ainda, nessa questão, citaram-se outros cuidados como: 8,7% cuidado com o sal, e ingestão hídrica; 4,3% evitar incomodação e confusão.

O cuidado com a alimentação foi relatado por 56,5% dos pacientes hipertensos, e 8,7% relataram que controlam na alimentação apenas o sal, sendo esse um enorme benefício, já que a redução do sal é um importante aliado para a prática da alimentação saudável. Sabe-se que a redução da ingestão do sal na dieta, além da redução da pressão arterial, determina a queda da mortalidade por acidente vascular encefálico e a regressão da hipertrofia ventricular esquerda (PIRES; MUSSI, 2008).

A modificação no estilo de vida é peça fundamental no tratamento da HAS. Cuidados com a alimentação, especialmente quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, cessação do fumo e evitar uso excessivo de álcool, consistem em minimizar os fatores de risco, junto com o tratamento medicamentoso, trazem benefícios à saúde. Apesar de variadas evidências, esses fatores ainda compõem os hábitos de vida da população, continuam a crescer, levando a um aumento contínuo da incidência da HAS, bem como do seu controle inadequado (BRASIL, 2006).

A atividade física ajuda a controlar os fatores de risco cardiovasculares e reduz a pressão arterial independentemente do efeito na diminuição do peso (BASTOS-BARBOSA et al, 2012).

No intuito de tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco. São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação (GIROTTI et al, 2013).

Orientações recebidas da equipe de saúde do ESF

As orientações recebidas pela equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram relacionadas a: 47,8% alimentação; 30,4% medicação; 26,1% exercício físico, atividade física e várias orientações de cuidados; 17,4% sal, e controle de PA; 8,7% convite para

participar dos grupos, cuidado com peso e evitar incomodação; 4,3% participar dos grupos de hipertensão; eliminar cigarro, tabagismo; diminuir o café; pouco óleo; e cuidados com o sol e hidratação.

A prática de atividade física é uma orientação constante, pois o sedentarismo tem sido identificado não só como um fator de risco independente para o desenvolvimento de DCV, mas também, relacionado à maior prevalência de HAS, DM, obesidade e dislipidemias. O exercício físico regular, orientado por profissional habilitado, é indispensável para melhorar a função cardiovascular e aumentar o gasto energético diário, tornando o indivíduo mais saudável (SILVA, 2012).

A HAS associada ao hábito de fumar pode levar à morte por doenças vasculares e elevam as chances de sofrerem infarto do miocárdio, em comparação com os não fumantes (SILVA, 2012).

As mudanças no estilo de vida fazem parte do tratamento não farmacológico da hipertensão arterial e suas modificações e adaptações dependem do indivíduo doente para que o tratamento tenha sucesso.

Quando os pacientes foram questionados sobre de quem receberam essas orientações: 60,9% relataram ACS; 34,8% Médica; 17,4% Grupos HAS, Enfermeira; 13% relataram Todos da equipe; 4,3% Técnica de Enfermagem, Nutricionista.

O controle da hipertensão depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade. (OLIVEIRA et al, 2013).

Destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde(ACS) em estimular os pacientes em relação ao seu autocuidado, quando necessário encaminham os pacientes a ESF, e em todas as Visitas Domiciliares (VD) enfatizam a participação dos grupos. Essa atitude caracteriza o ACS como elo entre a comunidade e a equipe da ESF, havendo mobilização de todos os

pacientes, sendo essencial como agente promotor de mudanças e melhoria da qualidade de vida do paciente com hipertensão.

Participação de atividades em grupo desenvolvida na ESF

Quando os pacientes foram questionados sobre a participação em alguma atividade em grupo desenvolvida na ESF, surpreendentemente 60,9% responderam que não participam; 21,7% Grupo de HAS; 17,4% Grupo de Saúde Mental; 8,7% Grupo de Atividade Física; 4,3% Chá das Quatro e Grupo de Nutrição.

A participação de atividades em grupo desenvolvida na ESF é uma forma de inserir os pacientes numa concepção mais ampliada de saúde. São as oficinas ou grupos de trabalho as ferramentas que podem complementar as ações individuais promovidas pelos serviços de saúde, possibilitando que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas que facilitam a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde (GIROTTI et al 2013).

As dificuldades vivenciadas para manter o autocuidado

Quando se questionou: quais as dificuldades que você vivencia para manter o seu autocuidado? 21,7% relataram dificuldades relacionadas à alimentação, controle do sal; 17,4% relacionaram à dificuldade financeira para adequar a dieta; 13% ao estresse e ansiedade; 8,7% falta de tempo; dor e problemas de saúde associados; 4,3% manter o peso; Fazer exercício físico; realiza os cuidados mas a PA aumenta; controle do álcool. Dos pacientes entrevistados, 30,4% consideram não ter dificuldades.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial vem sendo considerada um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e perpassado por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (PIRES; MUSSI, 2008).

A mudança no estilo de vida, muitas vezes, é considerada como dificuldades pelos pacientes hipertensos, devido às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas na convivência social. Desse modo as variadas dificuldades encontradas pelo paciente devem ser consideradas. É inegável que o controle da pressão arterial não se limita

apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si (PIRES; MUSSI, 2008).

Considerando que 69,6% dos pacientes hipertensos entrevistados revelaram apresentar alguma dificuldade vivenciada para manter o autocuidado, e a maior parte, representando 21,7% dos pacientes relataram barreiras para usar menos sal na comida, pois a redução implicava ter menos prazer e estar envolvido no preparo do alimento. Talvez essas barreiras possam ser minimizadas se as pessoas forem orientadas a tornar a comida mais saborosa e saudável, utilizando outros elementos culinários, a exemplo do uso de mais limão, vinagre e azeite doce em vez do sal. Vale ressaltar que existem temperos que proporcionam gostoso sabor aos alimentos (PIRES; MUSSI, 2008).

Ainda sobre a alimentação, Oliveira et al (2013, p.182) relata: “A modificação do hábito alimentar não é uma tarefa simples, pois se trata de um costume presente desde a infância, relacionado à origem étnica e à condição socioeconômica dos indivíduos.”

Segundo Ferreira; Ferreira (2009) estudos têm demonstrado que pequenos aumentos no nível de atividade física em populações sedentárias teriam maior impacto na redução da prevalência da HAS.

A mudança dos hábitos citados e a diminuição do consumo de álcool se tornam imprescindíveis para o controle da pressão arterial (OLIVEIRA et al, 2013).

Necessidades para melhorar o autocuidado e manter melhor controle da pressão arterial

As necessidades para melhorar o autocuidado e manter melhor controle da pressão arterial dos pacientes entrevistados são: 34,8% praticar exercícios; 26,1% alimentação; 17,4% controlar preocupação e ansiedade; 17,4% necessidade de tempo; 13% parar de fumar; 8,7% dedicação, vontade; 4,3% controlar o sal; perda de peso; não tomar álcool. Dos pacientes entrevistados, 8,7% relataram não ter necessidades para melhorar o autocuidado e manter melhor controle da pressão arterial.

O tabagismo como um dos principais fatores de risco para DCV, em virtude de lesar a célula endotelial dos vasos, aumentar o tônus vascular e a ativação de plaquetas, originando a oxidação da LDL e, assim, crescendo o risco de aterosclerose e acelerando em até 10 anos a

história natural da doença (SILVA et al, 2013).

No Brasil, atualmente, morrem 200 mil pessoas ao ano em decorrência das doenças associadas ao hábito de fumar, sendo que o tabaco responde por 20% dos óbitos por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

O estresse associado à hipertensão mostrou-se presente nos relatos dos pacientes, sendo que 17,4% dos entrevistados relataram ter a necessidade de evitar preocupação para o controle da hipertensão arterial. Considerando que as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres, pois é difícil um indivíduo querer se afastar, evitar ou ocultar o que talvez considere como intrínseco à vida, uma preocupação vital. Por isso é sempre necessário que a educação em saúde se faça de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa (PIRES; MUSSI, 2008).

Estudos relatam que a adesão ao tratamento farmacológico associou-se ao não consumo regular de bebidas alcoólicas. Isso afirma que comportamentos de proteção à saúde estão fortemente associados a medidas de controle da hipertensão arterial, e que a redução do consumo de bebidas alcoólicas e combate ao tabagismo devem fazer parte do manejo da hipertensão arterial (GIROTTTO et al, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciou-se a elevada prevalência dos fatores de risco cardiovasculares com níveis variados de adesão do paciente hipertenso ao tratamento. Programação de oficinas e palestras destinadas aos pacientes acometidos por esses agravos, incluindo seus familiares de forma a abordar assuntos relevantes sobre a hipertensão arterial e sobre sua associação aos hábitos do cotidiano, pode ser necessário na promoção de rotinas saudáveis.

Destaca-se que 60,9% dos pacientes entrevistados não participam do grupo operativo terapêutico de hipertensos. Considera-se fundamental a participação dos hipertensos nos grupos, como forma de aumentar o conhecimento sobre a doença, que necessita de cuidados contínuos resultando em uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma a equipe multiprofissional da ESF deve implementar ações articuladas e de acordo a necessidade apresentada pelas informações obtidas, na tentativa de um atendimento humanizado, buscando diagnosticar, tratar, informar, recuperar/manter o estado nutricional, acompanhar e também prevenir complicações nos indivíduos que já estão acometidos por esses agravos.

É indispensável apontar aos pacientes novas perspectivas para mudança nutricional, mudança dos hábitos alimentares e do sedentarismo, no que resultaria em melhor qualidade de vida.

Sugerem-se novos estudos com objetivo de identificar as melhores medidas de intervenção, a fim de que se alcance um maior comprometimento dos pacientes e se obtenham resultados mais eficazes nas ações de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- AGENA, Fabiana. **Avaliação do Comportamento da Pressão Arterial em Pacientes Transplantados Renais Através de Três Métodos de Mensuração**. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2010.
- AZEVEDO, George D. et al. Irregularidade do Ciclo Menstrual no Menacme Como Marcador Para Fatores de Risco Cardiovasculares na Pós-menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.50, n.5, São Paulo, Out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000500008&lang=pt>. Acesso em 13 nov. 2013.
- BASTOS-BARBOSA, Rachel G. et al . Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, Jul 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 13 de setembro de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2013.
- CARVALHO, Andre Luis Menezes et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio

de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

DUARTE, Marli Teresinha et al . Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, V.53, N.1, 2009.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FONSECA, Fabiana de Cássia Almeida et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal bras. psiquiatr.** vol.58 no.2 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000200011&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2013.

GIROTTI, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Jun 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 4, Abr. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jul 2013.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante et al . Barrierstohypertension treatment. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, dez. 2011 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2009. 108 p.

MOUSINHO, P. L. M; MOURA, M. E. S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**. 2008; v.5, n.25, p.212-8.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes et al . Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2013

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jul 2013.

OPS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes**. Brasília: 2010.

PIRES, Cláudia Geovana da Silva; MUSSI, Fernanda Carneiro. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, suppl.2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo; SILVA, Raimunda Magalhães da. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: um análise no âmbito da educação em saúde. **Rev. bras. enferm.** vol.59 no.2 Brasília. abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200016&lang=pt>. Acesso em 15 nov. 2013.

SILVA, Leonardo Oliveira Leão et al. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. vol.23 no.1 Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100013&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SILVA, Sabrina Teodosio. **Fatores de Risco Cardiovasculares em Usuários do Hipertensão de Uma Unidade Básica de Saúde do Município de Criciúma/SC**. 2012. 53 f. Monografia (Especialização em Nutrição Clínica) - Pós graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1087/Sabrina%20Teodosio%20Silva.pdf?sequence=1>>. Acesso em 13 nov 2013.

SOUZA, Nilba Lima et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. **Rev Saúde Pública**, Natal, RN: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965.pdf>> Acesso em: 14 nov 2013.

**UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA
TRANSCRANIANA PELO FISIOTERAPEUTA: ASPECTOS LEGAIS E INSERÇÃO
NAS ESTRUTURAS CURRICULARES**

*Use of the Transcranial Magnetic Stimulation Techniques by Physiotherapist: Legal Aspects
and Inserting in the Curriculum Frameworks*

Luciano Alves Nascimento¹
João Ferreira Silva Junior²
Marcus Vinicius Viégas Lima³

Recebido: 30 set. 2014
Aprovado: 09 out. 2014

Resumo: Objetivo: Compreender a utilização das técnicas de estimulação magnética transcraniana pelo fisioterapeuta. Materiais e métodos: tratou-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal com abordagem quantitativa e análise documental. A amostra foi composta de 46 instituições de ensino superior públicas e 220 privadas, em que se avaliou o plano de curso da disciplina de recursos fototermoeletroterapêuticos ou disciplina equivalente dos cursos de fisioterapia em atividade no Brasil. Resultados: nenhuma instituição de ensino superior atende ao requisito do ensino EMT em seus planos de disciplinas. Conclusão: os avanços tecnológicos como a EMT estão um pouco distantes de permear as estruturas curriculares dos cursos de fisioterapia, pois não se fazem presentes em nenhuma das 266 ementas analisadas.

Palavras-chave: Neuromodulação. Estimulação Magnética Transcraniana. Recursos Fisioterapêuticos.

Abstract: Objective: To understand the use of transcranial magnetic stimulation techniques by the physiotherapist. Materials and methods: This was a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach and document analysis. The sample was composed of 46 public higher education institutions and 220 private, in which we assessed the course plan of discipline physiotherapeutic resources or equivalent courses of physiotherapy in activity in Brazil discipline. Results: No higher education institution meets the requirement of teaching TMS courses in their plans. Conclusion: Technological advances such as TMS's are a little distant to permeate the curriculum structures of courses of physiotherapy, because is not present in any of the 266 analyzed menus.

Keywords: Neuromodulation. Transcranial Magnetic Stimulation. Physical Therapy Resources.

¹ Acadêmico de Fisioterapia na Universidade Ceuma. Email: lucianoceuma@hotmail.com.

² Fisioterapeuta, Universidade Ceuma. Email: jjunior39@hotmail.com.

³ Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Ceuma. Email: m.viegas.lima@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional publicou recentemente uma resolução que reconhece a utilização das técnicas fisioterapêuticas de estimulação transcraniana, seja para diagnóstico fisioterapêutico como para respectivo tratamento, como ato próprio do fisioterapeuta em todo o território nacional (RESOLUÇÃO COFFITO nº 434 de 27 de setembro de 2013).

A estimulação magnética transcraniana (EMT) é uma técnica de neuroestimulação e neuromodulação, com base no princípio de indução eletromagnética de um campo elétrico no cérebro. Esse domínio pode ser de magnitude e densidade suficiente para despolarizar os neurônios, e quando pulsos de EMT são aplicados repetidamente podem modular a excitabilidade cortical, diminuindo ou aumentando-a, dependendo dos parâmetros de estimulação, mesmo para aqueles parâmetros além da duração do trem de estimulação. Isso tem consequências comportamentais e potencial terapêutico (ROSSI et al., 2009).

Anthony Barker, em 1985, foi quem descreveu inicialmente a estimulação magnética transcraniana (EMT) como um método que pode ser usado de maneira segura, específica, não invasiva e indolor. A técnica consiste na utilização de um aparelho que produz um campo eletromagnético, normalmente na ordem de 2 tesla, conduzido através de uma bobina. Quando em atividade, forma um campo eletromagnético que atravessa o crânio estimulando a área cortical próxima, através da lei de Faraday (indução eletromagnética) por meio da indução de cargas elétricas no parênquima cerebral (MULLER et al., 2013).

A EMT tem sido continuamente aperfeiçoada e atualmente é considerada de baixo risco no uso diagnóstico e terapêutico, já existindo na literatura científica diretrizes essenciais para a utilização. Essa técnica tem sido usada como uma ferramenta confiável para a modulação não-invasiva de regiões corticais. Em consequência, a EMT tem sido sugerida para o tratamento de diversas doenças neurológicas, psiquiátricas e na reabilitação física (VALERO-CABRÉ et al., 2011).

A EMT pode ser de dois tipos: de pulso único ou de repetição. A estimulação de pulso único é geralmente utilizada em neurologia e neurofisiologia, principalmente para o estudo e tratamento das funções motoras, foco principal da fisioterapia. Em psiquiatria, é mais relevante a utilização da EMT de repetição (repetitive TMS, ou rTMS). Nesta, os pulsos são

administrados de forma repetitiva, com frequências variáveis e tipicamente administrada em cargas que estão abaixo do limiar de estimulação que seria capaz de induzir uma convulsão (ROSA et al., 2004).

Silva et al. (2013) afirmam que a EMT de pulso único é a mais amplamente usada, e, na EMT de repetição, existem alguns modos de estimulação chamados *Theta burst* (TBS), uma forma de EMTr. Assim, definem-se três tipos de TBS: TBS contínuo (cTBS), TBS intermitente (iTBS) e TBS intermediário (imTBS). Destes, o cTBS diminui a efetividade das sinapses (efeito inibitório) e o iTBS aumenta a efetividade das sinapses (efeito excitatório).

Há, atualmente, evidências do uso da EMT no tratamento de muitas patologias, que vão desde hemiparesia (GILLICK et al. 2014), dor neuropática (SOLER et al., 2010), infarto cerebelar (GUARDA, 2013), melhora das funções motoras em AVC (HSU et al., 2012), no tratamento do Tinnitus (SONG et al., 2012), melhora da oxigenação cerebral e memória (GONÇALVES; PATTO; GAMA, 2013) e doenças psiquiátricas como depressão (DUMAS et al., 2013; KEDZIOR et al., 2012; HOLTZHEIMER III et al., 2010), transtorno obsessivo compulsivo (GOMES et al. 2012; BLOM et al., 2011), esquizofrenia (STANFORD et al., 2011), impulsividade provocada pelo uso de drogas ilícitas (JARDIM; MARCOLIN, 2013).

Okano et al. (2013) designam em seu estudo que o uso dessa promissora técnica de neuromodulação tem um amplo campo de aplicação, que vai desde a melhora da aprendizagem motora implícita, estendendo-se ao tratamento de diferentes distúrbios neurológicos como a doença de Parkinson, nos sintomas de Alzheimer, após acidente vascular cerebral, dor crônica, depressão, modulação do controle autonômico cardíaco, sensações de apetite e desempenho motor.

A EMT é regulada por meio do ajuste adequado da frequência e da intensidade dos impulsos magnéticos. O impulso magnético é gerado por uma bobina que é posicionada sobre a região cortical que se pretende estimular ou inibir. A utilização de altas frequências é capaz de induzir um aumento duradouro da excitabilidade neuronal da região, ao passo que a EMT de baixa frequência, ao contrário, induz uma redução de excitabilidade cortical que persiste por horas ou dias após a aplicação dos estímulos. Contudo, a EMT necessita de um mecanismo de refrigeração após o aquecimento da bobina quando utilizada em altas frequências, gerando assim, um alto custo para manuseio de sua aparelhagem (SILVA; BRASIL-NETO, 2013).

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a utilização das técnicas de estimulação magnética transcraniana pelo fisioterapeuta.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal com abordagem quantitativa realizado com busca documental nas "homepages", e através de solicitação via e-mail nas instituições de ensino superior brasileiras públicas e privadas. Existem, atualmente, no Brasil, 563 cursos de fisioterapia reconhecidos pelo Ministério da Educação em atividade, segundo dados disponíveis no portal E-MEC. Desse total, 52 cursos são gratuitos em instituições públicas e 511 disponíveis em instituições privadas.

Neste estudo, será extraída uma amostra significativa. A amostra terá como base o *Cálculo do Tamanho da Amostra para Populações Finitas*, de que, diante da população citada, extrair-se-á uma amostra de 46 instituições públicas e 220 entidades de ensino superior privada, tendo como critério a amostragem probabilística aleatória simples. Foram incluídos apenas cursos reconhecidos pelo MEC, com estruturas curriculares disponíveis na "homepage" oficial da instituição ou planos de curso da disciplina recebidos via e-mail após solicitação. Foram excluídas estruturas curriculares desatualizadas.

Inicialmente, será feita uma busca no portal E-MEC das instituições de ensino superior públicas e privadas em atividade que ministram o curso de fisioterapia. Após a seleção, serão visitadas as "homepages" das instituições, verificada e baixada a estrutura curricular e o plano de curso da disciplina de recursos fototermoeletroterapêuticos ou equivalente.

Através dos planos de disciplina baixados e recebidos por e-mail, será criada uma tabela no Microsoft Excel 2012® para quantificar as instituições que abordam o tema em sua estrutura curricular, como também as que não ministram essa técnica.

Tanto a criação e processamento do banco de dados quanto a análise estatística foram feitas no Microsoft Excel 2012®. As variáveis quantitativas foram exploradas com gráfico linear; já as variáveis qualitativas foram tratadas com tabelas de frequências e porcentagem.

Este estudo cumpriu com as normas da Resolução 466/12 do conselho nacional de saúde. Por se tratar de uma pesquisa que não envolve seres humanos foi pedido a dispensa do

termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por planos de disciplina de 266 instituições de ensino superior, sendo 46 (17,3%) instituições públicas e 220 (82,7%) instituições privadas. Dentro desse contexto, pode-se afirmar que o crescente número de cursos de fisioterapia no Brasil se deve ao mercantilismo do ensino superior e não está relacionado à qualidade do ensino. (Tabela 1).

Tabela 1 - Ensino da Estimulação Magnética Transcraniana nos Cursos de Fisioterapia, 2014.

IES	n	%	n	Sim	n	Não
Públicas	46	(17,3)	0	(0%)	46	(17,3%)
Privadas	220	(82,7)	0	(0%)	220	(82,7%)
Total	266	(100)	0	(0%)	266	(100%)

Fonte: Luciano Alves Nascimento

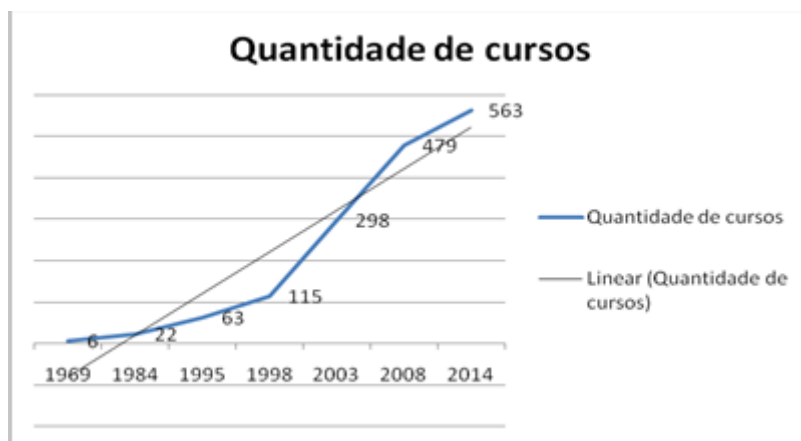
Diante do aumento da quantidade dos cursos de fisioterapia oferecidos no Brasil, que passou de 115 em 1998 para 563 em 2014, como se vê no gráfico abaixo, não está sendo dada uma atenção à qualidade e metodologia do ensino, pois todas as instituições estudadas não enfatizaram, em nenhum momento, a Estimulação Magnética transcraniana nas estruturas curriculares. Entretanto, essa técnica vem sendo estudada nos demais cursos da área de saúde. (Gráfico 1).

Os avanços científicos e tecnológicos e o desenvolvimento de diferentes tratamentos para os problemas de saúde requerem uma reciclagem do conhecimento quase que instantaneamente. Dessa forma, o papel a ser desenvolvido pelos profissionais pode variar entre o atendimento às exigências do mercado e o protagonismo na inserção da realidade tecnológica nos recursos de tratamento, corroborando com a reflexão de Bispo Júnior (2009).

Através da Resolução nº 434, de 27 de setembro de 2013, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o fisioterapeuta pode utilizar as técnicas de estimulação magnética transcraniana no tratamento funcional dos seus pacientes, pois verificou-se existir nível de evidência fisioterapêutica pré-clínico e clínico da utilização das estimulações elétrica e magnética transcraniana para o tratamento, no âmbito da fisioterapia, de indivíduos com o

objetivo de controle da dor, melhora da função sensório-motora e cognitiva. Contudo, para que o profissional possa exercer as técnicas de EMT, deve antes observar a certificação necessária para formação e habilitação do uso da EMT, sempre respeitando as normas publicadas pelo COFFITO.

Gráfico 1 - Evolução da quantidade de cursos de fisioterapia no Brasil, 2014



Fonte: Luciano Alves Nascimento (adaptado de Bispo Júnior, 2009).

Avaliando os resultados deste estudo, percebeu-se a evolução da abertura de novos cursos, destacando a rápida expansão do número de vagas decorrente da ampliação do ensino superior privado no país e do reconhecimento social da fisioterapia. Posteriormente, verificou-se a falta de abordagem de novos métodos e tecnologias no campo de atuação do fisioterapeuta através da análise das estruturas curriculares. Por fim, notou-se a inadequação do modelo de formação à nova realidade tecnológica.

Quanto ao ensino das técnicas de EMT nas instituições de ensino superior, verificou-se que 100% dos cursos de fisioterapia ainda não abordam nos seus planos de ensino da disciplina de Recursos Fototermoeletroterapêuticos a estimulação magnética transcraniana, de acordo com o resultado da pesquisa.

Não se verificou a introdução das técnicas de EMT (0%) na disciplina de Recursos Fototermoeletroterapêuticos das instituições de ensino superior pública e privada.

Os recursos físicos mais estudados pelos acadêmicos são os listados na tabela de frequência abaixo. (Tabela 2).

Tabela 2 - Relevância dada à EMT no plano da disciplina de recursos físicos, 2014

Recursos	Publicas	%	Privadas	%	TOTAL	%
Ultrassom	46	(17,3%)	220	(82,7%)	266	(100%)
TENS	46	(17,3%)	220	(82,7%)	266	(100%)
FES	46	(17,3%)	220	(82,7%)	266	(100%)
Ondas Curtas	37	(13,9%)	220	(82,7%)	257	(96,6%)
Infravermelho	46	(17,3%)	220	(82,7%)	266	(100%)
Crioterapia	46	(17,3%)	220	(82,7%)	266	(100%)
Lazer	39	(14,6%)	185	(69,5%)	224	(84,1%)
EMT	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Outras	16	(6%)	215	(80,8%)	231	(86,8%)

Fonte: Luciano Alves Nascimento

Os procedimentos de estimulação cerebral não-invasivos, mesmo tendo sido utilizados em medicina há longo tempo, não têm sido explorados pelos fisioterapeutas em seu campo de estudo, mesmo sabendo que a possibilidade de modulação de circuitos cerebrais por meio de diversas técnicas vem adquirindo importância progressiva nos diversos centros de pesquisa ao redor do mundo. Okano (2013) compartilha da mesma ideia ao afirmar que os avanços tecnológicos têm permitido o uso eficaz das técnicas de neuromodulação cerebral.

Apesar dos avanços científicos, o rol de recursos fisioterapêuticos estudados na graduação não vem acompanhando o progresso tecnológico, trazendo consequências à qualidade dos currículos e do ensino, como se observa na tabela 2.

A RESOLUÇÃO COFFITO nº 434, de 27 de setembro de 2013 incentiva novos estudos sobre a EMT e suas modalidades de utilização, formas de aplicação, as patologias a serem tratadas e até mesmo como investigação neurofisiológica. Muller (2013) colabora afirmando que existem riscos potenciais da EMT devido à despolarização neuronal, à alteração da excitabilidade das redes corticais e aos efeitos diretos eletromagnéticos do equipamento. Devem-se distinguir pelo menos três tipos de efeitos adversos relacionados temporalmente à EMT: os primeiros são imediatos ou em curto prazo; o segundo grupo está relacionado com o campo, à doença (tratamento medicamentoso neurológico ou psiquiátrico subjacente) ou com a fisiologia (crianças, mulheres grávidas e muito idosos); o terceiro é o risco em longo prazo associado à exposição crônica, à radiação eletromagnética da EMT, e diz respeito, principalmente, aos profissionais envolvidos na aplicação da EMT.

O fisioterapeuta, como profissional capaz de realizar a aplicação da EMT, deve ter

conhecimento de que existe nível de evidência fisioterapêutica pré-clínico e clínico da utilização das estimulações elétrica e magnética transcraniana para o tratamento, no âmbito da prática fisioterapêutica de indivíduos, com o objetivo de controle da dor, melhora da função sensorio-motora e cognitiva. Contudo, a maioria dos estudos não está voltada para sua utilização na prática do fisioterapeuta (ROSSI, 2009; SOLER et al., 2010; VALERO-CABRÉ, 2011).

Song et al. (2012), em sua metanálise, reúne vários estudos no tratamento do Tinnitus através da EMT repetitiva. Analisando esse estudo, verificam-se pontos focais que deveriam subsidiar a prática fisioterapêutica e servir de base para muitos outros estudos analíticos como doença do neurônio motor, hemiparesia em ambos os lados, paralisia facial, entre outras patologias neurofuncionais que estão presentes no dia a dia do ofício do fisioterapeuta.

Stanford et al. (2011) não sustentam aspectos da prática clínica fisioterapêutica em doenças psiquiátricas, contudo apresentam a fisiopatologia e neurofisiologia da ação da EMT no tratamento das patologias psicológicas resistentes aos medicamentos convencionais. Diante disso, será que não pode haver uma intenção fisioterapêutica na saúde mental, sendo que o profissional está apto a atuar em todos os campos da saúde em nível primário, secundário e terciário?

Os resultados apresentados neste estudo sugerem que, por falta de conhecimento e formação, os docentes das instituições de ensino superior não estão ainda adaptados e nem possuem conhecimento desse recurso. Isso se deve à pouca exploração do assunto nos cursos de pós-graduação e desinteresse pessoal pela área neurofuncional.

Nos estudos de Gillick (2013) e Raimundo e Brasil Neto (2007), não se necessita de gel acoplador. Os estímulos são indolores e não há risco de queimaduras ou descargas elétricas no uso de EMT. O ganho de força através da estimulação elétrica já é do conhecimento e domínio científico; a estimulação magnética, entretanto, ainda representa um universo a ser explorado como protocolos descritos para ganho de força muscular.

A EMT é capaz de reproduzir um padrão de contrações musculares isotônicas repetidas semelhantes às contrações voluntárias; a EMT é de fácil aplicação, não sendo necessário localizar o ponto motor; a EMT é bem tolerada; após os movimentos involuntários induzidos pela EMT, os sujeitos relataram todas as sensações que geralmente seguem o exercício físico;

o protocolo de EMT pode ser intensificado se estiver disponível equipamento de EMT de alta frequência, com refrigeração (DUMAS et al., 2012).

O padrão motor resultante da EMT difere daquele produzido pela NMES (isotônico e não isométrico), o que dá a possibilidade de associação das duas técnicas em pacientes. Estudos se fazem necessários, com indivíduos que apresentem algum grau de perda motora. Esse instrumento pode ter um papel mais importante na avaliação clínica, não se justificando a sua pouca difusão em nosso meio.

Para uma atuação capaz de transformar as necessidades acadêmicas, as instituições de ensino superior precisam redimensionar seus objetos de estudo, que devem se aproximar do campo da promoção da saúde e do desenvolvimento tecnológico, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Os avanços tecnológicos como a EMT estão um pouco distantes de permear as estruturas curriculares dos cursos de fisioterapia, pois não se faz presente em nenhuma das 266 ementas analisadas.

Esperam-se mais estudos bem delineados feitos por pesquisadores fisioterapeutas sobre o uso da EMT nas diferentes patologias assistidas pelos fisioterapeutas, bem como trabalhos técnicos sobre os meios de inserção nos currículos e assistência acadêmica aos graduandos.

Para tanto, ressalta-se a importância de as instituições de ensino superior incluírem no currículo dos cursos de fisioterapia os conteúdos relacionados à EMT, fundamentais à habilitação dos profissionais para o trabalho com a técnica em apreço, conforme determina a RESOLUÇÃO COFFITO nº 434, de 27 de setembro de 2013, publicada no DOU em 07 de novembro de 2013.

Essa atualização curricular proporcionará a necessária qualidade na atuação dos profissionais fisioterapeutas, contribuindo para a recuperação dos pacientes e sua consequente elevação da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o crescente aumento de cursos de fisioterapia no Brasil não tem contribuído para uma política voltada ao ensino de qualidade, verificou-se também que a

Estimulação Magnética Transcraniana não está inclusa nas estruturas de ensino dos cursos de fisioterapia.

Portanto faz-se necessário muitos estudos voltados para a aplicação das técnicas de EMT na disciplina de recursos Fototermoeletroterapêuticos bem como sua exploração na disciplina de fisioterapia neurofuncional, onde seria imprescindível o uso dessa ferramenta de tratamento.

REFERÊNCIAS

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BLOM, R. M; FIGEE, M; VULINK, N; DENYS, D. **Update on Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder: Different Targets.** Curr Psychiatry Rep v. 13 p. 289–294, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL.
RESOLUÇÃO n° 434 de 27 de setembro de 2013.

DUMAS, R; RICHERI, R; GUEDJ, E; AUQUIER, P; LANCON, C; BOYER, L.
Improvement of health-related quality of life in depression after transcranial magnetic stimulation in a naturalistic trial is associated with decreased perfusion in precuneus. Health and Quality of Life Outcomes 2012,v. 10, n. 87, p. 1-7, 2012.

GILLICK, B. T.; KRACH, L. E.; FEYMA, T; RICH, T. L; MOBERG, K; THOMAS, W;
CASSIDY, J. M; MENK, J; CAREY, J. R. **Primed low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation and constraint-induced movement therapy in pediatric hemiparesis: a randomized controlled trial.** Developmental Medicine & Child Neurology, v. 56: p.44–52, 2014.

GOMES, P. V. O; BRASIL-NETO, J. P; ALLAM, N; SOUZA, E. R. **A Randomized, Double Blind Trial of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Obsessive Compulsive Disorder With Three-Month Follow-Up.** J Neuropsychiatry Clin Neurosci v. 24 p. 437–443, 2012.

GONÇALVES, H. S. S; PATTO, M. A. V; GAMA, J. **ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA SOBRE O CÓRTEX ESQUERDO: efeitos na oxigenação cerebral, pressão arterial e frequência cardíaca.** Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

GUARDA, S. N. F. **Excitabilidade do córtex motor em indivíduos com infarto cerebelar na fase crônica e em controles saudáveis.** Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

HOLTZHEIMER III, P. E; MCDONALD, W M; MUFTI, M; KELLEY, M. E; QUINN, S; CORSO, G; EPSTEIN, C. M. **Accelerated repetitive transcranial magnetic stimulation (aTMS) for treatment-resistant depression.** *Depress Anxiety.* v. 27, n. 10, p. 960–963, 2010.

HSU, W. Y; CHENG, C. H; LIAO, K. K; LEE, I. H; LIN, Y. Y. **Effects of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Motor Functions in Patients With Stroke: A Meta-Analysis.** *Stroke* v. 43, p. 1849-1857, 2012.

JARDIM, Á. P; MARCOLIN, M. A. **Estudo do efeito da Estimulação Magnética Transcraniana de repetição sobre a impulsividade na dependência de cocaína.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

KEDZIOR K. K; RAJPUT, V; PRICE, G; LEE, J; MARTIN-IVERSON, M. **Cognitive correlates of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in treatment resistant depression- a pilot study.** *BMC Psychiatry* v. 12, n. 163, p. 1-9, 2012.

MÜLLER, V. T; SANTOS, P. P; CARNAVAL, T; GOMES, M. M; FREGNI, F. **O que é estimulação magnética transcraniana?** *Rev Bras Neurol.* v. 49, n. 1, p. 20-31, 2013.

OKANO, A. H; MONTENEGRO, R. A; FARINATTI, P. T. V; LI, L. M; BRUNONI, A. R; FONTES, E. B. **Estimulação cerebral na promoção da saúde e melhoria do desempenho físico.** *Rev Bras Educ Fís Esporte,* v. 27, n. 2, p. 315-32, 2013.

RAIMUNDO, R J. S; BRASIL NETO, J. P. **Protocolo de ativação muscular com estimulação magnética de baixa frequência.** *Rev Inst Ciênc Saúde,* v. 25, n. 3, p. 247-252, 2007.

ROSA, M. A; ODEBRECHT, M; RIGONATTI, S. P; MARCOLIN, M. A. **Estimulação Magnética Transcraniana: revisão dos casos de convulsões acidentais.** *Rev Bras Psiquiatr* v. 26, n. 2, p. 131-4, 2004.

ROSSI, S; HALLETT, M; ROSSINI, P. M; PASCUAL-LEONE, A. **Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research.** *Clin Neurophysiol.* v. 120, n. 12, p. 2008–2039, 2009.

SILVA, K. C; BRASIL-NETO, J. P. **Técnicas de neuromodulação no tratamento de pacientes com acúfenos crônicos e déficit auditivo.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2013.

SILVA, R. P. O; PATTO, M. A. V; GAMA, J. **Estudo das respostas neurofisiológicas cerebrais em sujeitos saudáveis associadas à aplicação de estimulação magnética transcraniana repetitiva no córtex direito.** Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

SOLER, M. D; KUMRU, H; PELAYO, R; VIDAL, J; TORMOS, J. M; FREGNI, F; NAVARRO, X; PASCUAL-LEONE, A. **Effectiveness of transcranial direct current**

stimulation and visual illusion on neuropathic pain in spinal cord injury. Brain v. 133, p. 2565–2577, 2010.

SONG, J. J; VANNESTE, S; HEYNING, P. V; RIDDER, D. **Transcranial Direct Current Stimulation in Tinnitus Patients: A Systemic Review and Meta-Analysis.** The Scientific World Journal, p. 1-7, 2012.

STANFORD, A. D; CORCORAN, C; BULOW, P; BELLOVIN-WEISS, S; MALASPINA, D; LISANBY, S. H. **High Frequency Prefrontal rTMS for the Negative Symptoms of Schizophrenia: A Case Series.** J ECT. v. 27, n. 1, p. 11–17, 2011.

VALERO-CABRÉ A, PASCUAL-LEONE A, COUBARD OA. **Transcranial magnetic stimulation (EMT) in basic and clinical neuroscience research.** Rev Neurol Paris. v. 167, n. 4, p. 291-316, 2011.

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE

**INCIDÊNCIA DE INFECCÃO URINÁRIA CAUSADAS PELA *ESCHERICHIA COLI*
EM UM DETERMINADO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DO
MUNICÍPIO DE CAÇADOR/SC**

*Incidence of Urinary Infection Caused by Escherichia Coli in a Particular Clinical
Laboratory Analysis of the County of Caçador/SC*

Emyr Hiago Bellaver¹
Vilmair Zancanaro²

Recebido: 28 out. 2013
Aprovado: 26 mar. 2014

Resumo: A microbiota, no interior e na superfície do corpo humano, está em estado contínuo de fluxo que sofre influências de inúmeros fatores como idade, dieta, saúde, estado hormonal e higiene pessoal. Alterações na saúde podem romper o estado de harmonia da microbiota levando à colonização de bactérias, em sua maioria bacilos gram negativos do cólon intestinal. Esses contaminam a uretra, ascendendo até a bexiga, podendo migrar para os rins e próstata, causando o quadro de infecção urinária. Essa patologia pode ser diagnosticada no exame de sedimento urinário, pela microscopia direta, método de gram e urocultura. Este é o método mais indicado, pois permite a identificação do patógeno microbiano e o medicamento correto a ser prescrito. O objetivo desse estudo foi fazer um levantamento da incidência de infecção urinária por *Escherichia coli* em um determinado laboratório de análises clínicas de Caçador/SC nos meses de julho e agosto de 2013. O levantamento de dados foi feito por observação dos mapas de trabalho de 155 culturas, dentre as quais 73,54% foram negativas ou contaminadas, em 2,58% foram encontrados fungos (sendo a causa mais provável da infecção), em 20,66% das culturas houve ocorrências de *Escherichia coli* e em 3,22% cresceram outras bactérias, confirmando assim dados do Ministério da Saúde que relatam a presença de *Escherichia coli* em cerca de 90% das infecções urinárias.

Palavras-chaves: Infecção urinária. *Escherichia coli*. Urocultura.

Abstract: The microbiota inside and on the surface of the human body is in a continual state of flux that is influenced by numerous factors such as age, diet, health, hormonal status and personal hygiene. Changes in health status can break the harmony of the microbiota leading to colonization of bacteria, mostly gram negative intestinal colon, ascending these contaminate the urethra into the bladder and can migrate to the kidneys and prostate causing the box urinary infection. This disease can be diagnosed on examination of urine sediment by direct microscopy, and urine culture gram method, the latter is the preferred method because it allows the identification of microbial pathogens and correct medication being prescribed. The aim of this study was to survey the

¹ Estudante de Biomedicina das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu - UNIGUAÇU. E-mail: hi.agobellaver@hotmail.com.

² Especialista em Análises Clínicas, UNIARP. E-mail: vilmazancanaro@hotmail.com.

incidence of urinary tract infection by *Escherichia coli* in a given clinical laboratory Caçador/SC in the months of July and August 2013. The data collection was done by observing the working maps of 155 cultures, among which 73.54 % were negative or contaminated, 2.58 % were found in fungi (being the most likely cause of infection) in 20.66% of the cultures were no occurrences of *Escherichia coli* in other bacteria grew 3.22%, confirming the Ministry of Health data reporting the presence of *E. coli* in approximately 90 % of urinary tract infections.

Keywords: Urinary tract infection. *Escherichia coli*. Urine culture.

INTRODUÇÃO

As infecções do trato urinário (ITU) estão entre as doenças infecciosas mais comuns na prática clínica, particularmente, em crianças e adultos do sexo feminino, sendo apenas menos frequentes que as do trato respiratório. Em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), representa cerca de 30 a 50% das infecções adquiridas em hospitais gerais (BRASIL, 2013).

A microbiota, no interior e na superfície do corpo, encontra-se em um estado de fluxo que sofre influências de diversos fatores como saúde, idade, dieta, estado hormonal e higiene. Alterações no estado de saúde do paciente podem levar à desarmonia da microbiota constituída por grupos heterogêneos de microrganismos que coexistem em nosso interior. Esse fenômeno propicia a colonização do trato urinário por bactérias, em sua maioria vindas, da porção do cólon intestinal, bactérias gram negativas, que contaminam a uretra, ascendem para a bexiga, podendo migrar para os rins e a próstata, levando ao quadro de infecção urinária (MURRAY, ROSENTHAL; PFALLER, 2009; MURRAY et al., 2004).

No sistema gênito urinário, em geral, a uretra e a vagina são as únicas áreas anatômicas do sistema que são colonizadas por uma microbiota; embora a bexiga possa transitoriamente ser colonizada por bactérias que ascendem o canal uretral, essas podem ser rapidamente eliminadas por atividade das células uroepiteliais e pelo jato urinário (MURRAY, ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

Há três possibilidades de um microrganismo alcançar o trato urinário e causar infecções: a) pela via ascendente, podendo atingir a uretra, a bexiga, ureter e o rim, sendo essa a via mais frequente, principalmente, em mulheres e em pacientes que foram submetidos ao uso de instrumentos do trato urinário; b) pela via hematogênica, ou seja, fenômeno de penetração no organismo, que ocorre devido à intensa vascularização do rim, podendo o mesmo ser

comprometido em qualquer infecção sistêmica, sendo a mais comum nos neonatos; c) pela via linfática, que se torna um raro fato, embora haja possibilidades dos patógenos alcançarem o rim pelas conexões linfáticas entre o intestino e o rim e/ou entre o trato urinário inferior e superior (BRASIL, 2013).

As infecções no trato urinário formam os quadros de uretrite, quando localizadas na uretra, e a cistite, quando acometem a bexiga. O fluxo urinário comprometido mecânica ou funcionalmente, o mau fluxo intestinal, má higienização ou higiene incorreta dos órgãos são condições básicas para desencadeamento do quadro de infecção (MORA et al., 2008).

Durante o primeiro ano de vida e devido às más formações congênitas, principalmente a válvula da uretra posterior, essa patologia acomete mais as crianças do sexo masculino. Já na vida adulta ocorre inversão de sexo. Devido à proximidade do orifício anal com o canal gênito urinário, ao curto comprimento da uretra e as condições de higiene, as mulheres são predominantemente acometidas por essa injúria, tendo seus maiores picos de desenvolvimento durante o início da atividade sexual, durante a gestação, devido mudanças anatômicas e fisiológicas e, ainda, na menopausa (HEILBERG; SCHOR, 2003; DUARTE et al., 2002).

A *E. coli* foi descrita, pela primeira vez, no final do século XIX, como *Bacterium coli* devido ao fato de ser um microrganismo encontrado no cólon, sendo extremamente comum nos animais e homem. Durante a maior parte do século XX, ela foi relacionada com a prática insatisfatória de higiene, contaminação de origem fecal. Todavia, nas últimas décadas, comprovou-se que eram altamente patogênicas para o homem e podiam provocar infecções graves, levando os pacientes ao óbito. Isso ocorreu devido ao aprofundamento dos estudos e à identificação de diferentes cepas de *E. coli* associadas a quadros clínicos de colite hemorrágica, disenteria, cistite, nefrite, infecção diferida cirúrgicas, septicemia e, especialmente, da síndrome uremia hemolítica (MOURA; FERNANDES, 2010).

Trabulsi (2009) afirmam que a *Escherichia coli* extra-intestinal possui adesinas que permitem a adesão e invasão bacteriana nas células do trato urinário fazendo dessa o principal fator de virulência do patógeno, potencializando o seu processo infeccioso. Além disso, elas ativam as vias de sinalização nas células bacterianas e no hospedeiro, facilitam a liberação de proteínas nos tecidos e, por fim, promovem a invasão do microrganismo.

Os antígenos fimbriais F, também chamados de adesinas, pili ou fímbrias, são

moléculas proteicas que recobrem a superfície bacteriana, capazes de reconhecer receptores específicos na superfície de células eucarióticas. A expressão de adesinas é considerada um gene de virulência fundamental para aderência e colonização dos tecidos do hospedeiro. Elas também conferem especificidade de aderência da bactéria em relação a determinados tecidos e órgãos do hospedeiro. Embora essas adesinas apresentem poucas diferenças morfológicas, existem características antigênicas e hemaglutinantes distintas. De acordo com o sorogrupo e com a presença de genes de virulência, as estirpes de *E. coli* podem causar desde quadro leves de diarreia até septicemias graves. Adesinas, sistema de captação ferro, invasinas, toxinas e os fatores, inibitórios do sistema imune do hospedeiro e genes de resistência a antimicrobianos são os genes mais importantes de virulência (ALMEIDA; ANDRADE, 2013).

A sintomatologia pode não ser aparente, porém quando há sinais, esses são os mesmos em qualquer faixa etária e são caracterizados por febre, precedida de calafrios e dor lombar associada à polaciúria, disúria, nictúria e em casos mais graves tenesmo, náuseas, vômitos e apatias. Quando a infecção se torna crônica, o diagnóstico se revela por meio de exame rotineiro de urina (MITCHELL et al., 2006).

Várias são as formas de diagnósticos dessa patologia: o exame do sedimento urinário, a microscopia direta, coloração através do método de Gram e a urocultura, sendo esta a melhor forma de diagnóstico, pois não só permite a quantificação dos germes existentes na urina, como define o agente etiológico da infecção (SPINDOLA, 2006). As bactérias mais frequentes nos achados dessa infecção são as aeróbicas Gram negativas em forma de bastonetes, como é o caso da *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* e as espécies de *Proteus sp.* Em seguida, por ordem de importância com relação à frequência, encontram-se os cocos Gram-positivos, como as bactérias do gênero *Staphylococcus sp.*, *Streptococcus sp.* e *Enterococcus sp.* (DUARTE et al., 2002; MORA et al., 2008; CORRÊA, 2003).

O objetivo deste estudo foi investigar a incidência de infecção urinária causada por *Escherichia coli* em um determinado laboratório de análises clínicas de Caçador/SC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Analisaram-se 155 mapas de trabalho de culturas de urina entre os meses de julho e agosto de 2013 de um determinado laboratório de análises clínicas da cidade de Caçador/SC.

Os mapas de trabalho analisados continham as informações como: idade, sexo, identificação bacteriana, contagem de colônias, método de identificação e o antibiograma. Esses dados foram utilizados para fazer o levantamento da incidência de infecções urinárias causadas pela bactéria *E. coli*.

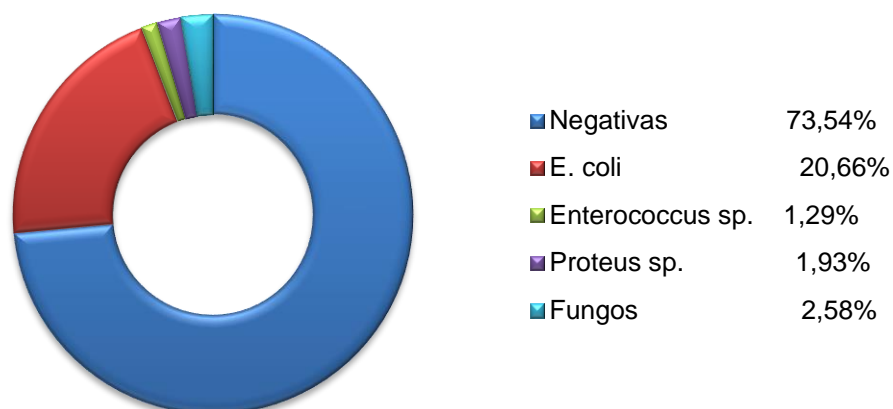
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das uroculturas do mês de julho de 2013, sendo essas um total de 69 uroculturas, 76,8% consideraram-se negativas; das positivas, 4,3% foram por outras bactérias ou fungos e 18,9% foram positivas para *E. coli*. De modo geral, 41,9% das uroculturas foram positivas para *E. coli*. Das culturas analisadas no mês agosto/2013, em um total de 86 uroculturas, 71% se caracterizaram como negativas; das positivas, 7% foram por outras bactérias ou fungos e 23% foram encontradas positivas para *E. coli*. Dessas amostras, cerca de 89% eram urinas de mulheres em idades diversas.

Dentre as 155 uroculturas analisadas, 73,54% foram negativas ou contaminadas; em 2,58% foram encontrados fungos na bacterioscopia (sendo causa mais provável da infecção), 3,22% foram causadas por outras bactérias e em 20,66% houve ocorrência de *E. coli* (Figura 1).

Figura 1 - Incidência de *E. coli* em uroculturas de um determinado laboratório de análises clínicas de Caçador/SC

Uroculturas Totais



A infecção do trato urinário (ITU) é causada por várias bactérias, sendo as mais comuns as Enterobacteriaceae, que são bacilos gram negativos, provenientes da flora intestinal. Dentre essa família, a espécie mais comum, na maioria dos casos, é a *Escherichia coli*, sendo responsável desde quadros clínicos não complicados até aos mais complicados como uma pielonefrite crônica. Estima-se que *Escherichia coli* - extra-intestinal (UPEC) é responsável por 85% a 90% dos casos de ITU, os quais são mais frequentes em mulheres devido à posição anatômica. As UPEC apresentam fatores de virulência específicos capazes de aderir a células uretrais e podem alcançar os rins (MOURA; FERNANDES, 2010).

Mora et al. (2008), em seu estudo, relataram que em 89% das uroculturas com amostra feminina, 50% apresentaram contaminação por cepa de *E. coli* e 50% apresentaram contaminação por cepa de *E. coli* e 50% por outras bactérias, dentre as quais 7% foram por cepas de *Proteus sp.* Corrêa e Montalvão (2010) detectaram 90% de incidência por *E. coli* em seu estudo com idosos que residem em comunidades, hospitais e instituições, e que essa se manifesta com sinais e sintomas típicos de processo infeccioso, ou atípico com incontinência urinária, incluindo até mesmo ausência de febre.

Lopes et al. (2005), ao desenvolver seu estudo, hierarquizou certos patógenos por ordem de incidência em ITUs: em primeiro lugar *Escherichia coli*, seguida do *Staphylococcus saprophyticus*, espécies de *Proteus sp* e de *Klebsiella sp*, e o *Enterococcus faecalis*. A *E. coli*, sozinha, responsabiliza-se por 70% a 85% das infecções do trato urinário adquiridas na

comunidade e por 50% a 60% em pacientes idosos admitidos em instituições.

O tratamento bem-sucedido dessas infecções depende essencialmente do diagnóstico clínico e bacteriológico correto, bem como do acompanhamento do doente para verificar a ocorrência de recidiva da infecção, além de orientações para métodos higiênicos adequados e assim a boa qualidade da saúde (SATO et al., 2005; FERNANDES et al., 2000).

CONCLUSÃO

Após estudo realizado, pode-se constatar que a *Escherichia coli* é capaz de causar infecção do trato urinário. A microbiota genital é uma mista junção de classes bacterianas que vivem em uma relação de comensalismo com o hospedeiro. Uma vez que essa relação é quebrada pela sobreposição de uma classe bacteriana ou ainda destruição da microbiota normal com colonização de outra estirpe, origina-se o quadro de infecção urinária.

Enterobactérias são as principais causas de infecções no trato urinário pela proximidade da genitália com o canal anal. As classes que colonizam o intestino são formadas por bactérias Gram Negativas e Positivas e ambas causam a patologia. Porém, em maior incidência encontrou-se a *E. coli*, por ser colonizadora principal desse órgão.

É importante evidenciar que as infecções do trato urinário não são doenças irrelevantes e que apresentam significado clínico importante. Muitas vezes, a terapêutica iniciada é interrompida, agravando mais o quadro clínico. Pode ocorrer disseminação da *Escherichia coli* para a corrente sanguínea provocando choque séptico e até mesmo o óbito.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. de S; ANDRADE, M. A. **Características biológicas e antigênicas de *escherichia coli* com ênfase aos genes de virulência.** Goiânia, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde.** Módulo 3: Principais Síndromes Infeciosas/Agência Nacional de Vigilância Sanitária.– Brasília: Anvisa, 2013.

CORRÊA, E. F.; MONTALVÃO, E. R. Infecção do trato urinário em geriatria. **Estudos.** Goiânia, v. 37, n. 7/8, p. 625-635, jul./ago. 2010.

CORRÊA, L.A.; CANALINI, A.F.; MATHEUS, W.E. Etiologia das infecções do trato urinário. **Int. Braz. J Urol.**, v.29, p. 7-10, 2003.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **RBGO**, vol. 24, n. 7, 2002.

FERNANDES, A. T. et al. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. cap. 52, p. 975-977. São Paulo: Atheneu, 2000.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário- ITU. **Rev. Assoc. Med. Bras**, vol. 49(1): 109-16, 2003.

HIMEDIA. Disponível em: <<http://www.himedialabs.com.br/index.asp>> Acesso em: Out. 2013.

LOPES, H. V. et al. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 51(6): 301-12. 2005.

MITCHELL, R. N. et al. **Robbins & Cotran - Fundamentos de patologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

MORA, J. F. et al. Perfil dos pacientes com infecção do trato urinário diagnosticados no município de Flor do Sertão- SC. **RBAC**, vol. 40(4): 321-323, 2008.

MOURA, L. B, FERNADES, M. G. A Incidência de Infecções Urinárias Causadas por *E. Coli*. **Revista Olhar Científico** – Faculdades Associadas de Ariquemes – V. 01, n.2, Ago./Dez. 2010.

MURRAY, P. R. et al. **Microbiologia médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SATO A. F. et al. Nitrito urinário e infecção do trato urinário por cocos gram-positivos. **J Bras. Pato. I Med. Lab** .v. 41. n. 6, p. 397-404. 2005.

SPINDOLA, S. **Ocorrência de *Escherichia coli* em culturas de urina no setor de microbiologia do Pam Antônio Ribeiro Netto**. Rio de Janeiro, 2006.

TRABULSI, L. R. **Microbiologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

CARACTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PINHÕES – SEMENTES DE ARAUCÁRIA *ANGUSTIFOLIA* – EM DIFERENTES FORMAS DE PREPARO

Chemical Analysis of Pine Nuts - Araucaria Angustifolia Seeds - in different prepare ways

Bianca Schweitzer¹
Adenilson Moraes da Rosa²
Priscilla Granemann³
Adriana Lídia Santana Klock⁴
Ivanise Maria Rizzatti⁵
Talize Foppa⁶

Recebido: 24 jun. 2014
Aprovado: 31 ago. 2014

Resumo: O pinhão (semente de *Araucaria angustifolia*) representa importante alternativa de renda aos produtores rurais e uma opção a mais de alimento na região Sul do Brasil. O pinhão ainda não é tão largamente utilizado na culinária brasileira, como é o caso de outras amêndoas e seu consumo mais usual é na forma assada ou cozida, no entanto, algumas iguarias têm sido desenvolvidas com a sua utilização. A farinha de pinhão vem ganhando destaque nesse processo, pois é uma forma estável e simples de se conservar essa semente, em termos de paladar e nutricional. A farinha pode e deve ser utilizada na fabricação de novos produtos ainda não disponíveis no mercado, podendo agregar valor ao produto, trazendo diversos benefícios aos agricultores que colhem essa semente. Este trabalho teve por objetivo avaliar os efeitos da forma de preparo da semente da *Araucaria angustifolia* sobre o teor de minerais, umidade, proteínas e lipídeos. Os resultados mostraram que o embrião da semente do pinhão apresenta maiores teores de nutrientes em relação à semente, contudo as diferentes formas de preparo pouco afetaram os valores nutricionais.

Palavras chave: Nutrientes. Composição mineral. Farinha de pinhão.

Abstract: The pine (*Araucaria angustifolia* seeds) represents an important source of income for farmers and an additional option of food in Southern Brazil, being appreciated by the wildlife. The pine is still not as widely used in Brazilian cuisine, such as almonds and other consumption is more common as baked or boiled, however, some dishes have been developed with its use. Nut flour has been gaining momentum in this process because it is a stable and simple to maintain this seed, in terms of taste and nutrition. The four can and should be used in the manufacture of new products not yet available in the market and can add value to the product, bringing many benefits to farmers who harvest

¹ QMC. Dra, Ph.D. - EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina, Estação Experimental de Caçador. Rua Abílio Franco, 1500 – Cx postal 591. 89500-000, Caçador, SC. (49) 3561-2037 FAX: (49) 3561-2000 biancaschweitzer@epagri.sc.gov.br.

² IC - UNOESC – Universidade do Oeste Catarinense.

³ GR – UNIARP – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

⁴ QMC. Dra - EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina.

⁵ QMC. Dra - UERR – Universidade Estadual de Roraima.

⁶ CRF. M.Sc Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

this seed. This study evaluated the effects of how to prepare the seed of *Araucaria angustifolia* on the mineral content, moisture, proteins and lipids present in pine nuts intended for human consumption.

Keywords: nutrients, mineral composition, nut flour.

INTRODUÇÃO

A *Araucaria angustifolia*, conhecida como “pinheiro-do-paraná, pinheiro brasileiro, pinho, pinheiro macaco, pinheiro, surge como o principal representante da Floresta Ombrófila Mista (FOM), também, conhecida como Floresta de Araucária, parte do bioma da Mata Atlântica (Decreto nº 750/1993). O pinheiro-do-paraná [*Araucaria angustifolia* (Bertoloni) Otto Kuntze] é uma espécie secundária, longeva, que ocorre, naturalmente, no Brasil, distribuindo-se pelos Estados do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Aparece, também, em manchas esparsas na região sul dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e nas áreas de altitude elevada do Rio de Janeiro (Neves et. al., 2002).

É uma planta gimnospérmica, isto é, cuja semente não se encerra num fruto. O pinhão é a semente comestível da *Araucaria angustifolia* e representa uma alternativa importante fonte de renda aos produtores rurais, além de ser uma opção a mais de alimento característico a ser oferecido aos turistas e à população em geral na região Sul do Brasil (OLIVEIRA, F.C. 2008 e FORLIN, D. et. al. 2009). O pinhão se forma dentro de uma pinha, fechada, que com o tempo vai-se abrindo até liberá-lo. Apesar de ser alimento nutritivo bastante apreciado pela fauna silvestre e pelo homem, talvez mais por falta de cultura industrial que por dificuldades técnicas em seu processamento, o pinhão não tem sido largamente empregado na culinária brasileira como são as outras amêndoas. Seu consumo mais usual é na forma assada ou cozida, no entanto, algumas iguarias têm sido desenvolvidas com a sua utilização, prática que precisa ser incentivada. O consumo faz parte da cultura da população, principalmente na região sul do país, imprescindível nas “festas juninas”. Dentre as festividades dedicadas ao pinhão, vale destacar a tradicional festa do pinhão que ocorre na cidade de Lages/SC e a feira do pinhão em Curitiba, no estado do Paraná (Oliveira, 2008).

Segundo estudo realizado por Cordenunsi et. al. (2004), a semente de pinhão é fonte de amido, fibras solúveis e apresenta baixo índice glicêmico. Cladera-Oliveira et. al. (2008) e colaboradores estudaram o período de estocagem da semente de pinhão e concluíram que ele conserva suas principais propriedades nutricionais e fisiológicas por, no máximo, uma semana

a temperatura ambiente, cerca de três meses sob refrigeração e até oito meses congelados. Segundo os autores, o congelamento evita proliferação de fungos e a germinação das sementes, principais problemas encontrados a temperatura ambiente. O desenvolvimento de novos produtos, empregando o pinhão ou sua farinha, pode consolidar e incentivar a cadeia produtiva, fornecendo uma renda extra às famílias de agricultores, além de expor a necessidade da manutenção e conservação das florestas de araucária.

A farinha de pinhão vem ganhando destaque nesse processo, pois é uma forma estável e simples de se conservar essa semente em termos de paladar e nutricional. A farinha pode ser utilizada na fabricação de novos produtos ainda não disponíveis no mercado, podendo agregar valor ao produto, trazendo diversos benefícios aos agricultores que colhem tal semente.

Neste trabalho, avaliaram-se os efeitos da forma de preparo da semente da *Araucaria angustifolia* sobre o teor de minerais, umidade, proteínas e lipídeos.

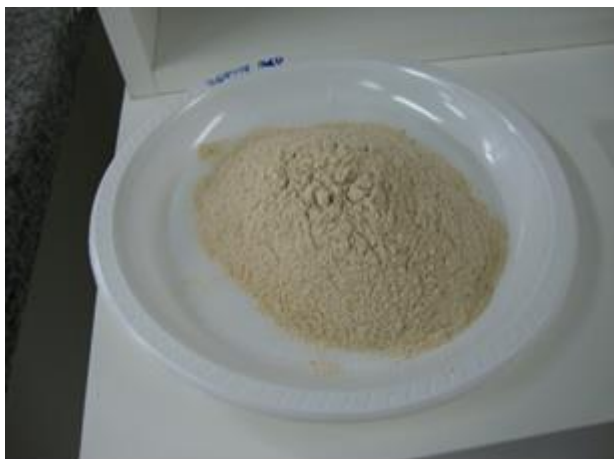
MATERIAIS E MÉTODOS

Colheita das sementes

As sementes da *Araucaria angustifolia* (pinhão) foram colhidas em uma propriedade rural no município de Caçador, SC, em junho de 2010, e transportados imediatamente para o Laboratório de Ensaio Químico da Estação Experimental da EPAGRI em Caçador/SC para a realização das análises.

Preparo da amostra:

Figura 1: Farinha obtida de pinhão assado



Selecionaram-se pinhões sadios (isentos do ataque de pragas, infecções e danos mecânicos) e com tamanhos uniformes. Os pinhões foram descascados e o embrião foi previamente retirado e analisado separadamente. Analisaram-se sementes cruas, cozidas e assadas, bem como seus embriões nas mesmas condições. A farinha foi preparada, secando-se as amostras em estufa (Estufa Marconi modelo MA 037) com circulação forçada de ar quente a 60°C por, aproximadamente, três dias. Em seguida, as amostras secas foram moídas em moinho de facas, de aço inoxidável e com peneiras de 0,5mm de diâmetro, visando assegurar a completa homogeneização da amostra, formando assim uma farinha clara e fina, Figura 1. A amostra foi então armazenada em sacos de plástico, em temperatura ambiente, até o momento das análises.

Análise de minerais

Os minerais K, Ca, Mg, Cu, Fe, Mn e Zn determinaram-se por espectrometria de absorção atômica num equipamento Shimadzu modelo SPCA – 6610, após digestão nitroperclórica, HNO₃/HClO₄ (6:1). Para construção da curva, utilizaram-se soluções padronizadas Tritisol (Merck) e nas análises de Ca e Mg empregou-se 0,1 % La, na forma de La₂O₃. Para a análise de fósforo procedeu-se a digestão nitroperclórica com posterior determinação através do método espectrofotométrico, usando molibdato/vanadato em meio ácido, formando um complexo de coloração amarela que absorve na região de 420nm.

Análise de umidade, proteínas e lipídeos

A análise de umidade dos pinhões foi feita em estufa a 105 °C até peso constante (Instituto Adolfo Lutz, 1985). A proteína (g.100g⁻¹) foi determinada pelo método Kjeldhal

(AOAC, 2007) e o fator 6,25 usado para converter o teor de nitrogênio em proteína bruta. O teor de lipídeos totais foi determinado pelo método de Bligh & Dyer (BLIGH, 1959).

Todas as análises foram realizadas em triplicatas e os valores das análises expressaram-se através de média e seus respectivos desvios padrões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas figuras 2 e 3 são apresentados os teores de minerais encontrados para os embriões e semente do pinhão, respectivamente, sob diferentes formas de preparo, e na Tabela 1 a comparação desses valores com a ingestão diária recomendada para adultos, IDR (ANVISA, 2004; IOM, 2004). Os embriões foram separados do restante da semente do pinhão, visando estudar onde realmente os nutrientes se encontram concentrados na semente. O que foi denominado de embrião neste trabalho, é, na verdade, o embrião da semente, similar ao já conhecido gérmen do trigo, por exemplo. Ou seja, ele é quem transforma o amido em proteínas e vitaminas, explicando, assim, a maior quantidade de minerais encontrados.

Figura 2: Valores médios da composição mineral, mg.100g⁻¹, em termos de macro (P, K, Ca, Mg) e micronutrientes (Fe, Mn, Zn, Cu) obtidos para a farinha do broto de pinhão, sob diferentes formas de preparo.

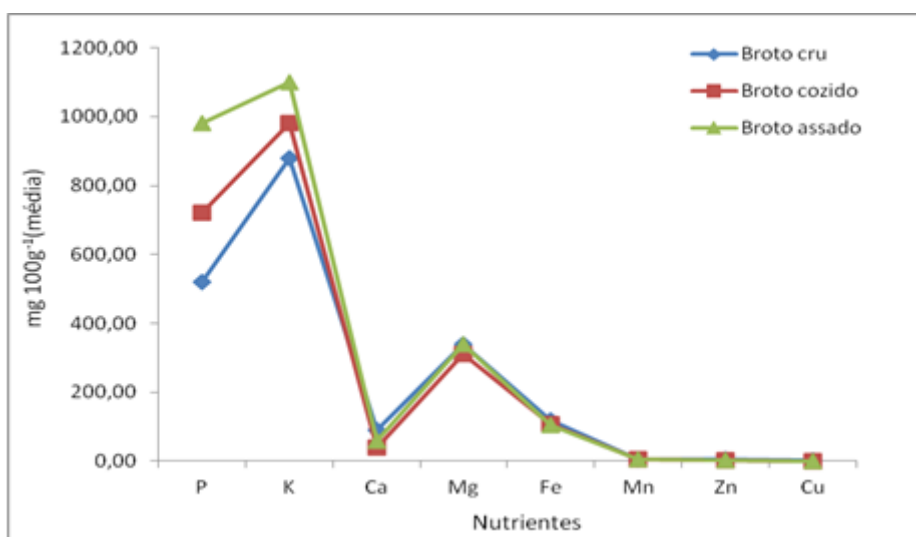


Figura 3: Valores médios da composição mineral, mg.100g⁻¹, em termos de macro (P, K, Ca, Mg) e micronutrientes (Fe, Mn, Zn, Cu) obtidos para farinha da polpa de pinhão, sob diferentes formas de preparo.

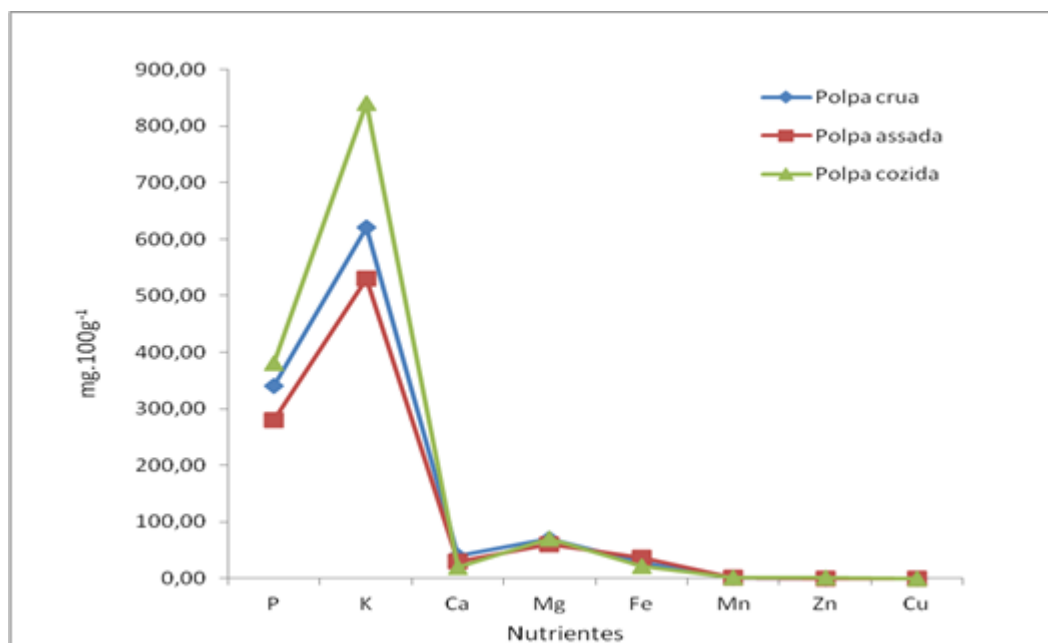


Tabela 1: Composição mineral média da farinha de pinhão (broto e polpa separadamente) cru, cozido e assado na matéria seca.

Mineral	-----mg 100g ⁻¹ (média)-----						mg d ⁻¹ IDR*
	Broto			Polpa			
	Cru	Assado	Cozido	Cru	Assado	Cozido	
P	520,0±4,6	720,0±6,2	980,0±10,4	340,0±5,6	280,0±4,7	380,0±11,0	700**
K	880,0±15,4	980,3±7,6	1100,0±6,1	620,0±5,6	530,0±1,2	840,0±3,1	4700***
Ca	90,0±5,9	40,2±2,1	60,3±5,9	40,0±4,2	30,0±2,1	20,0±2,3	1000**
Mg	340,0±5,6	309,7±3,8	340,0±2,6	70,0±4,0	60,0±5,6	70,0±4,9	260**
Fe	117,8±2,1	107,4±1,9	104,2±1,1	27,6±1,7	36,2±1,6	21,0±2,3	14**
Mn	5,0±0,2	3,5±0,2	5,2±0,5	1,4±0,3	1,2±0,2	2,0±0,1	2,3**
Zn	3,8±0,4	3,0±0,1	3,2±0,2	0,5±0,1	0,4±0,1	0,7±0,2	7**
Cu	0,8±0,2	0,6±0,1	0,6±0,1	0,4±0,1	0,6±0,1	0,4±0,1	0,9**

* Ingestão diária recomendada para adultos, **ANVISA, 2004, ***IOM,2004.

Observando os gráficos acima, percebe-se que tanto para o embrião quanto para a semente de pinhão houve variações significativas para as concentrações dos macronutrientes fósforo (P) e potássio (K), enquanto que para cálcio (Ca) e magnésio (Mg) essas variações não foram tão expressivas.

As formas de preparo mais frequentemente utilizadas pela população em geral (cozido e assado), houve conservação dos minerais avaliados neste estudo quando comparados com os

valores da semente crua, com exceção, como já demonstrado, do P e K. Nota-se, também, que os embriões apresentaram teores superiores de minerais quando comparados com aqueles encontrados no restante da semente.

Ao comparar-se com os valores da ingestão diária recomendada, verifica-se que o pinhão é uma ótima fonte de minerais. Para o embrião, os teores de Mg, Fe e Mn em 100 g é ainda maior do que o recomendado. Para fósforo, Zn e Cu, em 100 g, as quantidades estão muito próximas ao recomendado. Apenas para Ca e K, as quantidades são baixas (ANVISA, 2004).

Na semente, apenas o Fe é maior do que o recomendado, enquanto os teores de Mg, Mn, Zn e Cu estão próximos aos indicados. E para Ca e K, assim, como no embrião, os teores são baixos quando comparados as necessidades diárias (ANVISA, 2004).

Os resultados referentes à composição mineral da semente de pinhão, nas diferentes formas de preparo e a relatada por outros autores estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Composição mineral da polpa de pinhão cru, cozido e assado na base úmida.

Minerais	----- mg 100g ⁻¹ (média) -----						mg d ⁻¹	
	Presente trabalho			Cordenunsi et al. (2004)		NEPA (2006)		IDR*
	Cru	Assado	Cozido	Cru	Cozido	Cozido		
P	202,3±1,6	194,3±3,5	205,6±2,7	102,7±1,3	93,3±1,6	166±2,3	700**	
K	368,9±2,4	367,8±4,9	454,4±5,6	---	---	727±9,7	4700***	
Ca	23,8±1,3	20,8±1,7	10,8±1,1	12,8±0,8	15,8±1,2	16±1,3	1000**	
Mg	41,7±2,7	41,6±0,8	37,9±1,2	55,0±0,5	52,0±2,3	53±1,9	260**	
Fe	16,4±1,1	25,1±1,3	11,4±1,0	0,72±0,1	0,67±0,05	0,8±0,2	14**	
Mn	0,8±0,3	0,8±0,2	1,1±0,3	---	---	0,41±0,05	2,3**	
Zn	0,3±0,1	0,3±0,1	0,4±0,1	0,81±0,2	0,77±0,06	0,8±0,08	7**	
Cu	0,2±0,05	0,4±0,1	0,2±0,05	0,26±0,1	0,23±0,09	0,18±0,03	0,9**	

* Ingestão diária recomendada para adultos, **ANVISA, 2004, ***IOM, 2004.

Observa-se que os valores de ferro determinados para a semente de pinhão cru (16,4 mg100g⁻¹), assado (25,1 mg100g⁻¹) e cozido (11,4 mg100g⁻¹) são bastante superiores aos encontrados por Cordenunsi et. al. (2004) para pinhão cru (0,72 mg100g⁻¹) e cozido (0,67 mg100g⁻¹). Essa diferença pode ser associada a diversos fatores, como diferença de maturação das sementes, variedades, procedência e solo onde as sementes foram colhidas, entre outros. Os valores de ferro encontrados neste trabalho estão bem próximos ao valor de ingestão diária

recomendada que é 14 mgd^{-1} (ANVISA, 2004). O ferro é indispensável para o desenvolvimento correto de diversas funções fisiológicas, sendo parte constituinte da hemoglobina, ocupando o centro pirrolidínico (chamado heme) (Fiorini, 2008). A principal fonte de ferro na alimentação da população brasileira é a carne vermelha, sendo que a preocupação com pessoas que não possuem esse alimento em sua dieta deve ser fonte de atenção especial na dieta. Há de se considerar ainda que nem todo o Ferro presente nos alimentos, em especial vegetais, é absorvido e utilizado pelo organismo, necessitando assim de mais estudos sobre a biodisponibilidade de ferro em dietas mistas, cujos ingredientes são consumidos em diferentes proporções e de maneira não uniforme em cada refeição.

O teor de fósforo encontrado em 100 g de semente de pinhão também foi maior do que os valores descritos por Cordenunsi et. al. (2004) e NEPA (2006). Contudo, comparando com a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos¹¹, os valores aqui encontrados são inferiores a outras sementes e nozes inseridas na alimentação brasileira, tais como linhaça ($615 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$) e a amêndoa ($493 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), porém são maiores do que grande parte das verduras cozidas, como a cenoura ($27 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), o chuchu ($13 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$) e a batata ($24 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), que ainda são a principal fonte deste mineral para a maioria da população. Através dessa comparação, pode-se demonstrar a importância da inserção das sementes de pinhão na alimentação diária, podendo, assim, substituir ou complementar os teores de nutrientes encontrados em alguns alimentos.

Os teores de K e Mg obtidos neste estudo, contudo, são menores dos que os obtidos pelos outros autores. Para K, obteve-se $385,6 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$ no pinhão cozido, enquanto na Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (NEPA, 2006), o valor encontrado é $727 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$. E para o magnésio, o valor é de $32,1 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$, sendo que Cordenunsi et. al. (2004) registrou $52 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$ e o NEPA (2006) $53 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$.

O Ca, assim como foi observado na farinha seca, apresenta valor bem inferior ao valor de ingestão diária recomendada, que é 1000 mg d^{-1} (ANVISA, 2004), característica compartilhada por vários alimentos, como castanha de caju ($33 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), coco cru (Bahia, $6 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), lentilha cozida ($16 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), arroz ($4 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$) e milho verde ($2 \text{ mg}100\text{g}^{-1}$), entre outros (NEPA, 2006).

Apenas o Cu não apresentou variação significativa nos resultados quando comparados

os valores da literatura. Para os minerais Ca, Mn e Zn, os valores encontrados neste trabalho também foram menores ou maiores aos apresentados por Cordenunsi et. al. (2004) e NEPA (2006). Ressalta-se o valor de Zn para o pinhão na forma crua em que se obteve de 0,3 mg100g⁻¹ e Cordenunsi et. al. (2004) encontrou 0,81 mg100g⁻¹. Os valores para os pinhões com tratamento térmico foram menores, evidenciando que há perda do Zn no pinhão assado e cozido.

De um modo geral, espera-se uma diferença nos resultados, uma vez que as amostras provavelmente não foram colhidas na mesma época e não devam apresentar o mesmo estágio de maturação, a mesma variedade e a mesma procedência.

No que se refere aos teores de proteínas e lipídios (Tabela 3), novamente os teores encontrados na farinha obtida a partir do embrião foram maiores do que os encontrados na farinha obtida através da semente do pinhão, conforme já era esperado. Uma vez que o embrião, enquanto embrião da semente, tem função reprodutiva, conseqüentemente, concentra maior concentração de nutrientes.

Tabela 3: Composição proteica e lipídica da farinha de pinhão (broto e polpa separadamente) cru, cozido e assado, na matéria seca.

Análises, (g 100g ⁻¹)	Broto			Polpa			IDR* mg d ⁻¹
	Cru	Assado	Cozido	Cru	Assado	Cozido	
Proteínas	15,06±0,9	14,0±0,5	14,63±0,2	7,2±0,4	7,4±0,4	9,2±0,5	50**
Lipídeos	5,6±0,4	6,1±0,5	6,3±0,5	1,2±0,3	2,2±0,1	1,0±0,2	---

* Ingestão diária recomendada para adultos, **ANVISA, 2004

A farinha de pinhão, como mostrado na Tabela 3, apresenta uma quantidade significativa de proteínas. Os teores obtidos foram 7,2, 7,4 e 9,2 g 100g⁻¹ para a farinha feita a partir da semente do pinhão cru, do pinhão assado e do pinhão cozido respectivamente. Resultados semelhantes foram registrados por Acorsi et. al. (2009), 6,14 g 100g⁻¹ e Forlin et. al. (2009) 7,92 g 100g⁻¹, ambos para farinha de pinhão cru.

Importante destacar, conforme resultados da tabela 3, que a concentração de proteína não sofre grande variação com a forma de preparo. Sendo assim, o pinhão não perde valor proteico quando preparado cozido ou assado, tornando esse alimento importante fonte de tal nutriente, que é essencial a vida.

O mesmo comportamento foi verificado para os lipídeos, que apresentaram 5,6 , 6,1 e 6,3 g 100g⁻¹ para a farinha feita de pinhão cru, assado e cozido respectivamente.

Quando o pinhão não está na forma de farinha, ele apresenta teor de umidade elevado (Tabela 4). Para o pinhão assado, tem-se 30,5 %; para o cru, 40,5% e o que mais apresenta umidade é o pinhão cozido, 45,9%. Por essa razão, a quantidade de proteínas e lipídeos é menor no pinhão úmido quando comparada com a quantidade presente na farinha. Além disso, no pinhão assado, por apresentar um menor teor de umidade, tende a ocorrer um processo de concentração de nutrientes e, por essa razão, tende a apresentar para alguns nutrientes valores maiores do que nas outras formas, como é o caso do teor de proteínas e lipídeos.

Tabela 4: Teores de umidade proteína e lipídeos da polpa de pinhão cru, cozido e assado na base úmida.

Análises	Presente trabalho			Cordenunsi et al. (2004)		NEPA (2006)
	Cru	Assado	Cozido	Cru	Cozido	Cozido
Umidade (%)	40,5±1,3	30,6±1,5	45,9±1,9	---	---	50,5
Proteínas (g 100g ⁻¹)	4,3±0,3	5,1±0,5	4,9±1,0	3,57	3,31	3,0
Lipídeos (g 100g ⁻¹)	0,7±0,1	1,5±0,1	0,5±0,1	1,26	1,26	0,7

A alta umidade apresentada pela semente de pinhão torna essa semente um produto bastante suscetível à deterioração. É uma condição que favorece o processo de brotação, dificultando a comercialização do produto durante todo o ano, por isso a semente de pinhão é comercializada basicamente entre os meses de maio e julho. Dessa forma, a farinha de pinhão apresenta-se como uma excelente alternativa para a comercialização dessa semente, pois não há perda significativa em relação aos teores minerais, proteicos e de lipídios encontrados na semente “*in natura*”.

Na tabela 4, consta-se que os valores de proteínas encontrados assemelham-se àqueles registrados por Cordenunsi et. al (2004) e o NEPA (2006). Valores esses que, devido à alta umidade do pinhão cru (40,5%), são inferiores ao de outras sementes, tais como a semente de linhaça (14,1 g 100g⁻¹) e a semente de gergelim (21,2 g 100g⁻¹). A semente de linhaça possui somente 6,7% de umidade e a de gergelim ainda menos 3,9% (NEPA, 2006).

Os valores de lipídeos descritos por Cordenunsi et. al (2004) para o pinhão Cru (1,26 g 100g⁻¹) e cozido (1,26 g 100g⁻¹) são maiores dos que os obtidos para o pinhão Cru (0,7 g 100g⁻¹) e cozido (0,5 g 100g⁻¹) neste trabalho e aqueles descritos pelo NEPA (2006) para pinhão cozido (0,7 g 100g⁻¹).

Os lipídios são moléculas altamente energéticas e, geralmente, aparecem em quantidades baixas em frutos e hortaliças (Rocha et. al., 2008). Porém, ao contrário do que acontece para o pinhão (0,5 g 100g⁻¹), as sementes e nozes geralmente são ricas em lipídeos. É o caso da semente de linhaça (32,3 g 100g⁻¹), da semente de gergelim (50,4 g 100g⁻¹) e da noz (59,4 g 100g⁻¹), como é relatado pelo NEPA (2006).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, independente do modo de preparo (cru, cozido ou assado), o pinhão é uma ótima fonte de minerais e proteínas, especialmente Ferro. O embrião apresenta teores mais elevados do que a semente para todos os nutrientes analisados. A farinha mostrou-se uma ótima alternativa de comercialização por manter os teores minerais e protéicos, uma vez que o pinhão “*in natura*” apresenta bastante umidade sendo sua comercialização restrita.

AGRADECIMENTOS

Epagri – Estação Experimental de Caçador, pela disponibilidade de todos os equipamentos do Laboratório de Ensaio Químico e Recursos Financeiros.

REFERÊNCIAS

- ACORSI, D.M.; BEZERRA, J.R.M.V.; BARÃO, M.Z.; RIGO, M. Viabilidade do processamento de biscoitos com farinha de pinhão, **Ambiência – Revista do Setor de Ciências Agrárias e Ambientais**, v.5, n.2, p. 207-212, 2009.
- AOAC. (ASSOCIATION OF OFFICIAL ANALYTICAL CHEMISTS), **Official methods of analysis**, 18 ed. Washington: AOAC, 2007. 3000p.
- BLIGH, E.C.; DYER, W.J. A rapid method of total lipid and purification. **Canadian Journal Biochemistry Physiology**, Ottawa, v.37, p. 911-917, 1959.
- BRASIL - ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta Pública nº 80**, de 13 de dezembro de 2004. Dispõe "sobre o regulamento técnico sobre a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais", Diário Oficial da União. p.1-4, 2004.
- BRASIL. **Decreto nº 750, de 10 de fevereiro de 1993**. Dispõe sobre o corte, exploração e supressão de vegetação de Mata Atlântica e entre outras providências relaciona as formações florestais e ecossistemas associados inseridos no domínio Mata Atlântica. Brasília, 1993.
- CORDENUNSI, B.R.; MENEZES, E.W.; GENOVESE, M.I.; SOUZA, A.G; LAJOLO, F.M.

(2004). Chemical composition and glycemic index of Brazilian pine (*Araucaria angustifolia*) seeds. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**, v 52, p. 3412-31416.

CLADERA-OLVEIRA, F.; PETTERMANN, A.C.; NOREÑA, C.P.Z.; WADA, K.; MARCZAK, L. D. F. Thermodynamic properties of moisture desorption of raw pinhão (*Araucaria angustifolia* seeds). **International Journal of Food Science and Technology**, v.43, p.900-907, 2008.

FIORINI, L. S. Dossiê: Os minerais na alimentação. **Food Ingredients Brasil**. n.4, p. 48-66. 2008.

FORLIN, D.; BEZERRA, J. R. M. V.; RIGO, M.; BASTOS, R. G.; KOPF, C. Viabilidade do processamento de pães com farinha de pinhão e iogurte, **Ambiência - Revista do Setor de Ciências Agrárias e Ambientais**, v.5, n.1, p.93-100, 2009.

INSTITUTO ADOLFO LUTZ. **Normas Analíticas do Instituto Adolfo Lutz**. v. 1: Métodos químicos e físicos para análise de alimentos, 3. ed. São Paulo: IMESP, p. 21-22, 1985.

Institute of Medicine – IOM, **Food and Nutrition Board Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate**, Washington (DC), 2004.

NEVES, E.; NASCIMENTO, H.; TORO, M.; XAVIER, VERUSHKA G. Caracterização física, físico-química e composição centesimal do pinhão (*Araucaria angustifolia* (Bert.) O. Ktze). **Hig. Aliment**, v. 16 , 102/103, p. 89-92, nov.-dez. 2002.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO - NEPA. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos - TACO**. Versão II. 2 ed. Campinas, SP: UNICAMP, 2006. 113 p. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/taco/contar/taco_versao2.pdf>. Acesso em: 18 Outubro 2011.

OLIVEIRA, F.C. **Estudos tecnológicos e de engenharia para o armazenamento e processamento do pinhão**. 2008. Tese (Doutorado em Engenharia de alimentos), Universidade de Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

ROCHA, S.A.; LIMA, G.P.P.; LOPES, A.M.; BORGUINI, M.G.; CICCONE, V. R.; BELUTA, I. Fibras e lipídios em alimentos vegetais oriundos do cultivo orgânico e convencional, **Revista Simbio-Logias**, v.1, n.2, p.135-143, 2008.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral

WORKER'S MENTAL HEALTH: Mental and behavior disorders related to work that can be, in some way, linked to laboral suicide

Lenir Rodrigues Minghetti¹
Lilia Aparecida Kanan²
Gilson Rocha³

Recebido: 31 dez. 2013
Aprovado: 15 set. 2014

Resumo: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no que diz respeito a óbitos por suicídio, o Brasil ocupa a 10ª posição; é um dos maiores índices registrados de suicídios. A cada dia, no mundo, 1.000 pessoas tentam o suicídio. Em Santa Catarina, entre os anos de 1996 a 2012 aconteceram 7.471 suicídios. Desses, 6.077 cometidos por homens e 1.394 por mulheres. Outro dado preocupante é que 4.535 suicídios foram de pessoas em idade entre 20-54 (idade produtiva). O suicídio é um problema de saúde pública por ser responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo. É a terceira maior causa de morte entre os adolescentes e contribui com 30% das mortes entre os estudantes universitários. O suicídio e tentativas de suicídio no local de trabalho é um fenômeno que tem curto registro histórico: surgiu na França nos últimos 13 anos, porém há registros de que as primeiras investigações foram feitas na Bélgica, nas linhas de montagem de automóveis alemães. O suicídio laboral apresenta índices preocupantes em países industrializados. Na França, aproximadamente, 11 mil pessoas se suicidaram em 2000, o que equivale a um suicídio por hora. Cerca de 300 a 400 trabalhadores cometeram suicídio laboral no interior de empresas da França. No Japão, entre os anos de 2005 e 2006 aconteceram

¹ Graduação em Psicologia pela Universidade do Planalto Catarinense- UNIPLAC, Lages/SC (2006-2010). Concluinte da Pós - Graduação em Gestão de Recursos Humanos, curso de Especialização da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL. Tubarão/SC (2011-2012). cursando Pós - Graduação curso de Especialização em Metodologia de Ensino de Filosofia e Sociologia pela UNIASSELVI- EaD- (2012-2013). cursando Licenciatura Plena em Sociologia pela UNIASSELVI- EaD- (2012-2014). Residente na Rua Hermínio de Menezes, 1003, Bairro Monte Castelo, Tubarão SC, CEP-88702-430, *e-mail*: lenir.minghetpsi@gmail.com.

² Graduação em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (1983), Mestrado em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de SC (2008) e Pós Doutorado Instituto de Psicologia da Universidade de Lisboa (2012-2013); docente e pesquisadora da Universidade do Planalto Catarinense. Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bairro Universitário Caixa Postal 525 - Lages - Santa Catarina. CEP: 88509900. *E-mail*: lak@uniplac.net.

³ Licenciado em Química pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983), Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Professor titular e Assistente de Pesquisa do Campus Universitário de Tubarão, da Universidade do Sul de Santa Catarina. Endereço: Avenida José Acácio Moreira, 787 Dehon 88704-900 - Tubarao, SC - Brasil - Caixa-postal: 070. <http://cienciapesquisa.blogspot.com>.

32.552 suicídios, desses 34.427 cometidos por homens, e 6.354, por mulheres. Essa instigante realidade gerou o interesse em desvelar quais os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho e associados ao suicídio laboral e caracterizar as ações do RH na prevenção desses incidentes. O método utilizado para este estudo foi delineado como uma revisão bibliográfica. Esta pesquisa identificou o alcoolismo como doença mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pelo não controle do consumo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Suicídio Laboral. QVT. RH.

Abstract: According to the World Health Organization (WHO), in respect of deaths by suicide Brazil occupies the 10th position, is one of the highest rates of recorded suicides. Each day, around the world, 1.000 people attempt suicide. In Santa Catarina between the years 1996 to 2012 suicides occurred 7471. Of these 6.077 committed by men and 1.394 for women. Another worrying fact is that suicides were 4.535 people aged 20-54 (working age). Suicide is a public health problem, being responsible for 0.4 to 0.9% of all deaths in the world, is the third leading cause of death among adolescents and accounts for 30% of deaths among college students. Suicide and suicide attempts in the workplace is a phenomenon that has short historical record: originated in France in the last 13 years, however there are reports that the first investigations were made in Belgium, on the assembly lines of German automobiles. The work presents suicide rates are alarming in industrialized countries. In France about 11 000 people killed themselves in 2000, which equates to a suicide per hour. About 300 to 400 workers committed suicide employment within companies of France. In Japan, between 2005 and 2006 occurred 32,552 suicides committed by these 34,427 men and 6354 for women. This exciting reality has generated interest in uncovering what mental disorders and behavior related to work and employment associated with suicide and to characterize the actions of HR in preventing these incidents. The method used for this study was designed as a literature review. This study identified alcoholism as a disease most aggravating labor to suicide; difficult for non-intervention control consumption.

Keywords: Mental Health. Suicide Labor. QVT. RH.

INTRODUÇÃO

Em uma classificação mundial, em óbitos por suicídio, o Brasil ocupa a 10ª posição, sendo um dos maiores índices de suicídios. Em 2004, por exemplo, o total de suicídios chegou a 7.987 casos e, pressupõe-se que, até 2020 mais de 1,5 milhões de pessoas cometerão suicídio, o que faz desse fenômeno uma questão de saúde pública. Em Santa Catarina, entre os anos de 1996 a 2012 aconteceram 7471 suicídios. Destes, 6077 cometidos por homens e 1.394 por mulheres. Outro dado preocupante é que 4535 suicídios foram de pessoas em idade entre 20-54 (idade produtiva) (MINGHETTI e KANAN, 2010).

Para Amaral, Amaral e Amaral (2010, p.3), outro fator importante de morte por suicídio é que, no mundo, a cada 30 segundos, 20 pessoas tentam o suicídio sem sucesso, o que

corresponde a uma tentativa a cada segundo e meio. Para os referidos autores (loc.cit), nos últimos 50 anos, o suicídio no mundo aumentou 60%, sobretudo, nos países em desenvolvimento: “e, no Brasil, atingindo mais fortemente pessoas acima dos 60 anos, sendo uma das três principais causas de morte entre a população economicamente ativa, principalmente na faixa etária que vai dos 15 aos 34 anos”.

A cada dia, no mundo, 1000 pessoas tentam o suicídio. Lara, Xavier e Gonçalves (2009) relatam que o suicídio é um problema de saúde pública por ser responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo e a terceira maior causa de morte entre os adolescentes. O suicídio contribui com 30% das mortes entre os estudantes universitários. Amaral et.al (2010, p.3) pontuam que o Japão, um país altamente industrializado, apresenta os maiores índices de suicídios por ano. O número de suicídios nesse país, em 2005, foi de 32.552 pessoas, superando a marca dos 30 mil pelo oitavo ano consecutivo. Já os números relativos a 2006 chegam a 32.155 suicídios, mostrando uma queda muito pequena em relação a 2005. A Agência Nacional de Polícia do Japão informou que, nos oito primeiros meses de 2009, já haviam sido registrados 22 mil suicídios, um crescimento de 4,5% em relação aos índices de 2008. Outro fator importante, no Japão, é que os suicídios cometidos por homens somam 34.427, contra 6.354 cometido por mulheres. “Acredita-se que o aumento tenha relação com a deterioração das condições econômicas do Japão” (AMARAL et.al, 2010, p.03).

Outro país com números expressivos em suicídio relacionados ao trabalho é a França, aproximadamente 11 mil pessoas se suicidaram em 2000, o que equivale a um suicídio por hora. Amaral et.al (2010, p.3) relata que, em 1995, a morte por suicídio atingiu também a maior central sindical do país, a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), “que apresentou 8 casos de suicídios entre trabalhadores de empresas terceirizadas que trabalhavam na manutenção da central nuclear de Chinon”.

O que merece ênfase é que cerca de 300 a 400 trabalhadores cometeram suicídio no interior de empresas na França. “Pesquisadores franceses esclarecem que os casos de suicídios dentro das empresas são sintomas de estresse profissional, portanto, um tipo de distúrbio, de ordem psicológica, ocasionado ou potencializado pelo trabalho” (AMARAL et.al, 2010, p.4). No que se refere aos suicídios cometidos pelos trabalhadores na França, Amaral et.al (2010, p.4) expõem que:

[...] um dos episódios que mobilizaram a sociedade francesa foi a série de suicídios envolvendo funcionários da maior montadora de veículos do país, a Renault, entre os anos de 2004 e 2007. Foram 04 suicídios, no período, sendo que os 03 últimos num período inferior a 04 meses. O suicídio de 2004 pareceu um caso isolado, no entanto, entre outubro de 2006 e fevereiro de 2007, os outros 03 casos chamaram a atenção da opinião pública, sobretudo porque alguns deles ocorreram dentro da empresa. Entre as causas apontadas estariam a intensificação do trabalho e a pressão para atingir metas cada vez mais intangíveis.

Amaral et.al (2010, p.04) explicam que: “além da Renault, outra onda de suicídios, só que agora de funcionários do grupo PSA, que reúne as montadoras Peugeot-Citroën, ameaça colocar em xeque as condições de trabalho nas empresas privadas da França”.

No início do ano de 2007, seis funcionários da PSA, cinco deles da mesma unidade, a Mulhouse, em Haut-Rhin, suicidaram-se, sendo que no último suicídio ocorrido, o empregado enforcou-se nas dependências da própria fábrica. A investigação policial concluiu, segundo os jornais "Le Monde" e "Le Figaro", que se tratou de um suicídio motivado por "questões pessoais". No entanto, no primeiro caso registrado naquele ano e relacionado a PSA, o funcionário que se matou deixou uma carta denunciando a "pressão moral" a que era submetido no trabalho. Ele trabalhava numa unidade da PSA denominada Charleville-Mézières, em Ardenes (AMARAL et.al, 2010, p.4).

Em 2009, a operadora francesa France Telecom substituiu seu vice-presidente, Louis-Pierre Wenes, após uma onda de 24 suicídios de trabalhadores, verificados no interior da empresa nos últimos 10 meses. Segundo Netto (2009), os suicídios ocorreram devido ao plano de modernização que envolveu mudanças nas funções dos trabalhadores, além da cobrança de novas metas.

Além desses dados, o suicídio apresenta outros aspectos alarmantes: cada suicida deixa no mínimo seis pessoas próximas com dificuldades econômicas, emocionais e sociais (Minghetti e Kanan, 2010). Muitos tentam o suicídio ou se autoaagridem com tal gravidade a ponto de precisarem de cuidados médicos. Em consequência desses fatores, as tentativas de suicídio acarretam gastos de bilhões de dólares aos cofres públicos (WERLANG e BOTEGA, 2004).

De acordo com Gerschenfeld (2010, p. 02), os fatores que são motivadores aos suicídios cometidos no contexto laboral encontram-se relacionados a três ferramentas de gestão organizacional, que formaram a base da transformação radical do sistema de produção do Século XX: “a avaliação individual do desempenho, a exigência de qualidade total e o outsourcing - Este fenômeno gerou doenças mentais ligadas ao trabalho”.

Para Dejours (apud, Gerschenfeld, 2010, p.02) no que se refere à saúde mental do

trabalhador, vários fatores corroboram para o surgimento de patologias decorrentes do trabalho, como o sofrimento e o esgotamento, mas, principalmente, a realização pessoal. Para o autor: “Não há trabalho vivo sem sofrimento, sem afeto, sem envolvimento pessoal, explicou. É o sofrimento que mobiliza a inteligência e guia a intuição no trabalho; que permite chegar à solução que se procura”.

O suicídio e tentativas de suicídio no local de trabalho é um fenômeno que tem curto registro histórico: surgiram na França nos últimos 13 anos, porém há registros de que as primeiras investigações foram feitas na Bélgica, nas linhas de montagem de automóveis alemães. Conforme expõe Dejours (apud, Gerschenfeld, 2010, p.02):

O fato de as pessoas irem suicidar-se no local de trabalho tem obviamente um significado. É uma mensagem extremamente brutal, a pior do que se possa imaginar – mas não é uma chantagem, porque essas pessoas não ganham nada com o seu suicídio. É dirigida à comunidade de trabalho, aos colegas, ao chefe, aos subalternos, à empresa. Toda a questão reside em descodificar essa mensagem.

Não obstante o volume de bibliografias e de autores que descreveram a morte por suicídio, no que se refere ao suicídio laboral ainda é inexpressivo a quantidade de estudos, pesquisas ou obras publicadas. A razão da insipiência de pesquisa nesta área pode estar associada ao fato de que este fenômeno ainda é algo complexo na relação entre o homem e a consciência de sua existência.

Na busca por uma maior visibilidade à inquietante questão do suicídio no contexto laboral, este artigo monográfico procurou responder a uma questão socialmente importante: Quais os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral?

Nesse sentido, primeiro, a escolha pelo tema é resultado de recomendação anterior, observada no TCC da Graduação em Psicologia, quando se julgou ainda existir um campo fecundo para a pesquisa desse tema e, por segundo, os suicídios relacionados ao trabalho apresentam dados preocupantes em vários países, onde existem alguns estudos significativos, contudo não é essa a realidade brasileira, onde os suicídios laborais apresentam dados preocupantes e poucos são os estudos realizados e informações disponíveis sobre o tema, o que pode fazer dessa matéria, algo relevante para a nossa comunidade científica.

De acordo com o Martins (2009, p. 65) o Suicídio Laboral “é a morte funcional, o

desespero, o jogar tudo para cima dos trabalhadores que, não suportando mais as opressões do dia-a-dia, decidem pôr fim em suas carreiras”.

O desejo de morte no trabalho é tão forte que o suicida consegue vencer todos os seus medos e preocupações. Já não importa se o seu salário será menor em outra empresa ou se a idade é avançada. Por mais contraditório que possa parecer, esse desejo de morte no trabalho é, em verdade, um desejo de vida. O suicida laboral vê nessa ruptura um novo horizonte, de paz e longe das tolices do poder ditatorial. Livrar-se desses ditadores é sinônimo de renovação (MARTINS, 2009, p. 69).

Rodrigues e Xavier (apud Santos, Siqueira e Mendes, 2010) relatam sobre a sequência de suicídios de trabalhadores bancários na década de 1990, atribuindo-os, em larga medida, às reestruturações produtivas em curso. “Suicídios recentes entre bancários demonstram que, aparentemente, o problema não esteve circunscrito apenas ao contexto da década passada, mas poderia se tornar um fenômeno endêmico” (SANTOS et.al, 2010, p. 926).

Em 2008 um operador de pregão de um grande banco, lotado na bolsa de valores, atira contra o próprio peito durante o expediente. Conta-se que o homem, na casa dos 40 anos e pai de duas crianças, temia a sorte da família caso fosse demitido, pois o conglomerado financeiro que trabalhava estava em processo de fusão. Dias depois, uma bancária comete suicídio, também no local de trabalho, mediante uso de arma de fogo: exatamente o mesmo destino que tivera o administrador de outra agência bancária meses antes. Em 2009 um bancário se atira da janela de seu escritório, localizado no sexto andar; a empresa negociava sua incorporação por outro banco (SANTOS et.al, 2010, p. 926).

De acordo com Santos et.al. (2010, p. 926), o suicídio cometido no local de trabalho ou suicídio laboral apresenta-se como um elemento importante para compreensão das consequências de práticas administrativas empregadas nas organizações contemporâneas e sobre a subjetividade na qual se insere o trabalhador, fornecendo pistas significativas para a humanização das relações de trabalho e denuncia métodos empresariais que culminam na degradação humana.

Santos et.al. (2010, p. 926) asseveram que o “suicídio de trabalhadores personifica o extremo do sofrimento, abaixo do qual estão inúmeras outras patologias, físicas e mentais, desenvolvidas como reação às violências do contexto ocupacional do trabalhador”. Diante desses elementos, parece ser pertinente questionar: quais as possíveis ações do RH para minimizar o sofrimento psíquico dos colaboradores a priori para evitar o suicídio a posteriori? Diante dessas indagações, o Gestor de RH deve buscar via estudos científicos, métodos e técnicas que visem esclarecer os problemas apresentados por essa temática.

O método utilizado nesta pesquisa monográfica foi uma revisão bibliográfica. Os principais autores referenciados foram: AMARAL et.al (2010); Dejours (1992); 2009); SANTOS et.al, (2010); Dossier (2009); Maximiano (2000); Heloani e Capitão (2003); Cabral e Nick (1979); Rodrigues (2010); Ministério da Saúde (2001). O tempo utilizado para a realização desta pesquisa foi entre os meses de agosto (2012) a fevereiro (2013). Artigos utilizados foram publicados entre 2003 e 2012.

SUICÍDIO E TRABALHO: RELAÇÕES POSSÍVEIS?

Da Revolução Industrial à hodiernidade, os trabalhadores sofrem com ritmo de trabalho intenso ou monótono; sofrem com as jornadas de trabalho, aceitando parcas pausas para o lazer e alimentação. São submetidos a lugares insalubres e a turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando ainda na madrugada, labutam no ritmo imposto pelas máquinas e sob o qual não tem controle, sofrendo a pressão dos supervisores ou chefes por mais produtividade. Todos esses fatores, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2001), causam transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho; doenças essas que corroboram para o suicídio laboral (DEJOURS, 2009).

Quando do sofrimento e da insatisfação dos trabalhadores, o suicídio e o trabalho apresentam relações afins, que se manifestam não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e fora do período de trabalho. De acordo Dejours (2009), falar de saúde é sempre difícil, porém evocar o sofrimento e a doença é mais fácil; todo mundo o faz. Todavia, explicar o sofrimento mental resultante da organização do trabalho é uma tarefa complexa.

O suicídio laboral também pode ocorrer pelo assédio moral, como ocorreu com os trabalhadores da France Telecom, que mostra as condições insalubres a que os trabalhadores eram submetidos, incluindo transferências arbitrárias, penalizações e pressão excessiva e constante, com o objetivo de provocar a saída de 22 mil trabalhadores. Essa ação resultou em 40 tentativas de suicídio, 25 das quais consumadas em apenas 18 meses: “Nos cinco anos decorridos desde a privatização, a France Telecom demitiu 30 mil trabalhadores e fechou um terço das sedes no território francês” (DOSSIER, 2009, p. 1). O relato dos trabalhadores recolhido pelo jornal Le Monde corrobora o clima de terror instalado:

[...] Eu não falo nem das reestruturações, nem da supressão de postos de trabalho, mas sim do ambiente e da gestão do dia a dia. É uma gestão pelo terror. Somos obrigados a pedir autorização ao nosso chefe para ir à casa de banho. Se a pausa ultrapassa um minuto, devemos fornecer uma explicação por escrito. Os pedidos de feriado permanecem sem resposta. (DOSSIER, 2009, p. 2).

A tabela 1 apresenta para Santa Catarina o número de suicídio que pode estar associado ao trabalho entre 1996 e 2012.

Tabela 1: Distribuição de Óbito por Acidente Trabalho segundo Suicídios entre 1996-2012.

Suicídios	Sim	Não	Ignorado	Total
Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação	1	922	176	1.099
Suicídio por arma de fogo	0	224	41	265
Suicídio por intoxicação por pesticidas	0	28	3	31
Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas	0	34	12	46
Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE	0	11	2	13
Suicídio por afogamento submersão	1	48	7	56
Suicídio por precipitação lugar elevado	0	17	7	24
Suicídio por objeto cortante penetrante	0	17	4	21
Suicídio por fumaça, fogo e chamas	0	11	4	15
Suicídio por outros meios especificados	0	11	7	18
Suicídio por por meios não especificados	0	6	6	12
TOTAL	2	1.329	269	1.600

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

A tabela 1 apresenta dois suicídios registrados no contexto laboral, todavia os registros dos óbitos por suicídios cometidos no local de trabalho são catalogados, muitas das vezes, como acidentes de trabalho para que os familiares possam receber os direitos trabalhistas; outro dado que requer atenção é o fato de alguns empresários registrarem os acidentes de trabalho como suicídio para não terem gastos trabalhistas

Corroborando com essa afirmativa, Dossier (2009, p. 2) expõe que suicídios ocorridos na empresa France Telecom beneficiou a empresa, segundo o autor: “os dirigentes da empresa acabavam por ser os principais beneficiados dos suicídios”, pois não precisavam pagar indenização aos familiares trabalhistas; um lucro extra entre 15% a 40% do salário do suicida.

Em 2011, outro fator desperta a atenção nos noticiários em Pequim: um trabalhador da gigante tecnológica FOXCONN, fabricante do iPad e do iPhone da Apple, cometeu suicídio na cidade chinesa de Chengdu; o segundo caso desse tipo no ano depois do registro de 14 suicídios similares em 2010 e três tentativas frustradas.

Freitas (2011) expõe que no Brasil os suicídios laborais divulgados são de bancários, visto totalizar 253 mortes entre os anos de 1993 e 2005, todavia, no que se refere a suicídios de outras classes trabalhistas não existem dados divulgados. O trabalho causa doenças mentais e de comportamento e estas causam suicídios laborais, porém nem todos os suicídios são originários de doenças mentais, mas de elementos do clima organizacional, contidos na cultura da empresa. Dejours (1999) relata que o sofrimento pode surgir quando o trabalhador não se adequa às regras, normas, ideologia, entre outros elementos presentes na cultura organizacional.

Maximiano (2000) expõe que o sofrimento originado do contexto laboral tem como fonte de elementos como o trabalho, salário, comportamento do chefe, colegas, insatisfações físicas. O clima organizacional é produto dos sentimentos individuais e grupais criado, sendo alterado pelas formas de comportamento das pessoas que podem se constituir ou não em um “estopim” para o suicídio laboral.

O clima organizacional reflete o tipo de funcionário que a organização recruta, o processo de trabalho, a modalidade de comunicação adotada, no que, em geral, acaba por refletir a forma de administração de quem exerce a autoridade máxima dentro da organização. Silva (2001, p.425) corrobora afirmando que o clima organizacional “é a atmosfera psicológica resultante dos comportamentos, dos modelos de gestão, das políticas empresariais, refletida nos relacionamentos interpessoais”.

Cada organização tem seu próprio clima originado de elementos internos e externos, que alteram a satisfação dos colaboradores, tais como: comunicação; objetivos; responsabilidade; benefícios; participação; liderança; motivação; reconhecimento; padrões de qualidade, entre outros. Para Silva (2001), por meio do levantamento desses elementos é possível identificar as causas das insatisfações, angústias e frustrações, tensões e ansiedades (expectativas) que brotam no ambiente interno das organizações. Tais fatores podem causar doença mental e, se não tratados, podem predispor ao suicídio.

O clima é representado pelos conceitos e sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização, e que afetam de maneira positiva ou negativa, sua satisfação e motivação para o trabalho. Estudar o clima é necessário para entender se a organização e suas práticas administrativas favorecem ou não o interesse e o rendimento das pessoas. (MAXIMIANO, 2000, p. 107).

Um fator importante que pode produzir a insatisfação no trabalho é o processo de comunicação. O Ministério da Saúde (MS, 2001) expõe que comunicação de uma organização

é moldada pela cultura organizacional e é se constitui em um fator importante na determinação da saúde mental. “Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbio mental” (MS, 2001, p. 161).

O que aconteceu com o trabalho que tem levado pessoas a acabarem com suas vidas dentro das organizações? Sobre esse tema, Freitas (2011, p.55) pontua que:

[...] nos últimos anos tem crescido o número de pessoas que cometem suicídio dentro do ambiente de trabalho, esse fato traz duas novidades para a questão: a) são pessoas com emprego, inclusive altamente qualificadas; e b) o lugar escolhido para o ato é o local de trabalho. Isso nos leva a refletir sobre algumas transformações recentes na organização do trabalho e suas consequências.

Dejours (1999, p. 35) expõe que todas as pessoas criam expectativas relacionadas ao trabalho, porém nem todo o reconhecimento é satisfatório. Esse sentimento é resultado de vários fatores que causam não apenas o sofrimento enquanto gerador de patologias mentais ou de esgotamentos, mas, sobretudo, enquanto base para a realização pessoal. “Portanto é de se esperar que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas. Foi para analisá-las e inventariá-las que se realizaram estudos clínicos denominados psicopatologia do trabalho” (p.35).

Por trás da vitrina, há o sofrimento dos que trabalham [...] os que assumem tarefas arriscadas para a saúde: os operários da construção cível, de firmas de serviços de manutenção nuclear; de firmas de limpeza; de montadoras de automóveis; de matadouros industriais [...]. Enfim, por trás das vitrinas, há sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho (DEJOURS, 1999, 27-28).

Segundo o MS (2001), em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, quer seja pelo rendimento econômico ou pela esfera cultural, apresentando assim importância fundamental na construção da subjetividade e no modo de vida, determinando a saúde física e mental das pessoas.

O trabalho ocupa, também, um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis a livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores tem sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças (MS, 2001, p.161).

Desse modo, os trabalhadores desprovidos de suporte social, de relacionamentos inter

e intrapessoal e de significações profícuas em relação ao trabalho, podem sentir os efeitos do sofrimento psíquico que, por sua vez, influencia a satisfação com o trabalho. Esse pode ser influenciado pela cultura, refletindo no clima organizacional, que podem causar transtornos mentais e de comportamento corroborando com o suicídio laboral.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

De acordo com o MS (2001), a Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública, que tem como objeto o estudo, a intervenção das relações do trabalho e a saúde ocupacional. O objetivo é a promoção e a proteção da saúde mental do trabalhador através de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e as condições de trabalho para a reabilitação do trabalhador, recebendo toda a assistência possível, desde o diagnóstico até o tratamento de forma gratuita no SUS (Sistema Único de Saúde).

Sobre a saúde mental do Trabalhador, Heloani e Capitão (2003, p.101) destacam que as condições e as exigências do mercado de trabalho neste mundo globalizado criam uma rotina e amortecem o sentido da vida dos trabalhadores, “deixando no corpo as marcas do sofrimento, que se manifestam nas mais variadas doenças classificadas como ocupacionais, além de atentar contra a saúde mental”. Nem todas as pessoas ficam doentes por causa do trabalho. Tal fato vai depender da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolveu desde o início da sua vida, como expõe Dejours (1992, p.122):

Contrariando ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Não existem psicoses de trabalho, nem neuroses do trabalho. Até os maiores e mais ferrenhos críticos da nosologia psiquiátrica não conseguiram provar a existência de uma patologia mental decorrente do trabalho. Apenas algumas interpretações simplistas atribuem à sociedade a causa de todas as doenças mentais. Isso significa que a organização do trabalho não tem nenhuma importância nas doenças mentais?

Para algumas pessoas, o trabalho significa realização profissional, conquistas pessoais, conquistas financeiras, entre outros atributos gratificantes. Mas, para outras pessoas, o trabalho causa sofrimento. Dejours (1992, p.122) destaca que se devem considerar três componentes da relação homem-organização de trabalho:

- 1) A fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade;
- 2) O sistema de frustração- agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional;
- 3) A organização de trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa,

que se opõe aos investimentos das pulsões e das sublimações.

Há que se destacar que, “o defeito crônico de uma vida mental sem saída, mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas”, essas terminam com o suicídio laboral (DEJOURS, 1992, p.122). Para Heloani e Capitão (2003), o mundo do trabalho poderia ajudar e auxiliar o trabalhador em sua qualidade de vida, no entanto vem se transformado em algo monstruoso, não o faz, mas avassala o trabalhador em todos os seus aspectos; os trabalhadores são absorvidos, exigidos, sugados. Enquanto alguns poucos são alçados a postos de poder, outros, por assim dizer, alguns milhões, são jogados como uma escória, cuja água benta do emprego, da possibilidade do trabalho não veio a salvar.

As doenças mentais relacionadas ao trabalho, segundo Dejours e Bégue, (2010) são: a depressão, o estresse, a drogadição, o burnout (estar esgotado), o karoshi (KARO= excesso de trabalho e SHI = Morte, morte súbita no local de trabalho), e o suicídio laboral. São patologias que tem sido relacionadas com o sofrimento psíquico excessivo vivenciado no trabalho.

Todavia, quando as ações no trabalho são criativas, possibilitam a modificação do sofrimento, contribuindo para uma estruturação positiva da identidade, aumentando a resistência da pessoa às várias formas de desequilíbrios psíquicos e corporais. Dessa forma, o trabalho pode ser o mediador entre a saúde e a doença e o sofrimento, criador ou patogênico. Assim, prazer e sofrimento originam-se de uma dinâmica interna das situações e da organização do trabalho. São decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional, cuja tela de fundo constitui-se de relações subjetivas e de poder (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p.107).

O MS (2001) expõe que os transtornos mentais menores decorrentes do trabalho acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, segundo informações do INSS, a autorização de benefícios previdenciários de auxílio-doença, “por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências” (MEDINA, apud OMS, 2001, p.161). De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 01), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de:

[...] situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição á determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos á organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional.

Para que o trabalhador receba o auxílio doença, ou a aposentadoria pelo INSS, ele deve se submeter a uma avaliação médica e, ao fazer isso, o órgão responsável pela saúde desse trabalhador emite um laudo. Após, deve ser preenchida a Ficha de Investigação, na qual as informações são cadastradas no SINAN- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Esse órgão notifica os responsáveis pela Vigilância da Saúde do Trabalhador do município, para que tomem providências, fazendo cumprir o que determina a Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.

Através dessa Ficha de Investigação, são estipuladas ações para melhorar as condições de trabalho e, em algumas situações, as empresas são notificadas, pagam multas ou ainda podem ser fechadas no caso de risco de vida dos trabalhadores. Ações como essas podem melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho, diminuindo o risco do suicídio laboral.

Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral.

As doenças mentais e de comportamento relacionada com trabalho se associam a dados preocupantes, fato que fez com que o MS (2001) criasse o Manual de procedimentos para os serviços de saúde: DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO, para auxiliar órgãos responsáveis pelo cuidado com a saúde do trabalhador. A seguir, apresentar-se-ão as doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a PORTARIA/GM, N.º 1.339/1999, Grupo V da CID-10 (Código de Identificação de Doença). Para fazer o diagnóstico das doenças excluídas (causas não ocupacionais), elas são incluídas no Grupo I da Classificação de Schilling⁴ (1984), em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. O suicídio laboral não faz parte da lista de doenças da Portaria n.º 1.339/GM/99.

Demência (CID-10, F02. 8)

A demência, segundo o MS (2001), caracteriza-se como síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica. É uma síndrome de caráter adquirido, na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores, incluindo: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e

⁴ Grupo I da Classificação de Schilling (1984): O trabalho é causa necessária: doenças profissionais propriamente ditas.

juízo. Para Bertolote (apud MS, 2001), o trabalhador com demência não sofre alterações, as deficiências cognitivas são acompanhadas e, ocasionalmente, precedidas por deterioração do controle emocional, da conduta social ou da motivação.

A demência pode estar associada a inúmeras doenças, que atingem primária ou secundariamente o cérebro, tais como:

Epilepsia, alcoolismo, degeneração hepatolenticular, hipotireoidismo adquirido, lúpus eritematoso sistêmico, tripanossomíase, intoxicações, doenças pelo HIV, doença de Huntington g, doença de Parkinson g, ocorrência de infartos múltiplos, outras doenças vasculares cerebrais isquêmicas e contusões cerebrais repetidas, como as sofridas pelos boxeadores (MS, 2001, p. 164).

Cabral e Nick (1979) pontuam que a demência é uma grave deterioração mental, caracterizada pelo declínio patológico das capacidades orgânicas ou funcionais. A demência relacionada à causa ocupacional pode ter origem em drogas e toxinas, todavia, segundo a OMS (2001, p.164), outros quadros têm sido encontrados, como trauma crânio-encefálico (TCE) e pelos efeitos da exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias, o diagnóstico de demência relacionada ao trabalho, excluindo outras causas não ocupacionais, deve ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (MS, 2011).

Segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2012), entre os anos de 1996 e 2012, em Santa Catarina, aconteceram 502 suicídios por intoxicação de substâncias químicas, tais como drogas, pesticidas, produtos tóxicos, entre outros. Nessa situação, é importante relatar que o trabalhador que tenha ideação suicida e trabalha com produtos químicos, deles fará uso para pôr fim a sua vida.

Os gestores devem observar o trabalhador para identificar comportamentos diferentes em sua rotina diária e de suas capacidades cognitivas. “As interferências no desempenho de papéis sociais dentro da família, no trabalho e em outras esferas da vida não devem ser utilizadas como única diretriz ou critério diagnóstico” (MS, 2001, p.165).

Critérios diagnósticos: comprometimento ou incapacidade manifestada pelo declínio das funções cognitivas (corticais superiores), como: capacidade de aprendizagem, memória, atenção, concentração, linguagem, nível de inteligência, capacidade de resolver problemas, juízo crítico e comportamento social adequado; comprometimento ou incapacidade pessoal para as atividades da vida diária (MS,

2001, p.165).

A prevenção da demência relacionada ao trabalho consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O gestor, ao observar que o trabalhador apresenta quadros de demência, deve encaminhá-lo para atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador, aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (MS, 2001).

Delirium (F05.0)

O MS (2001, p.166) definiu o Delirium como uma síndrome caracterizada por rebaixamento do nível de consciência, com distúrbio da orientação (no tempo e no espaço) e da atenção (hipovigilância e hipotenuidade), associada ao comprometimento global das funções cognitivas. Podem “ocorrer alterações do humor (irritabilidade), da percepção (ilusões e/ou alucinações especialmente visuais), do pensamento (ideação delirante) e do comportamento (reações de medo e agitação psicomotora)”.

Geralmente, o paciente apresenta uma inversão característica do ritmo vigília-sono com sonolência diurna e agitação noturna. Podem vir acompanhada de sintomas neurológicos como tremor, asterixis, nistagmo, incoordenação motora e incontinência urinária. Geralmente, o delirium tem um início súbito (em horas ou dias), um curso breve e flutuante e uma melhora rápida assim que o fator causador é identificado e corrigido (MS, 2001, p.166).

A síndrome do delirium pode ocorrer no curso de uma demência, podendo evoluir para demência, para recuperação completa ou para a morte. A gravidade do delirium é classificada em: leve, moderado a muito grave. Para o MS (2001) os quadros de delirium têm sido encontrados em trabalhadores com exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias, o diagnóstico de delirium relacionado ao trabalho, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling (1984), em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. Para o MS (2001), o delirium, enquanto quadro agudo ou subagudo, caracteriza-se como uma emergência médica, e o primeiro objetivo do tratamento é controlar a condição ou o fator que o está causando. O trabalhador deve ser afastado de seu trabalho, receber atendimento médico

e farmacológico, pois corre risco de vida, visto que muitas tentativas de suicídio ocorrem em pessoas com quadros de delírios, causados por substâncias psicoativas.

No caso da exposição ocupacional a agentes tóxicos para o sistema nervoso central, o afastamento do paciente/trabalhador do ambiente de trabalho é a primeira conduta a ser tomada. Prover suporte físico (evitar acidentes: os pacientes podem se machucar devido à desorientação e alterações psicomotoras), sensorial e ambiental (controle do nível de estímulos do ambiente: nem pouco nem muito, manter referências conhecidas pelo paciente e pessoas calmas e familiares por perto) (MS, 2001, p. 167).

Cabral e Nick (1979, p. 82) expõem que o delirium é um estado mental confuso, associado a graves disfunções cerebrais, que se caracteriza por distúrbios na consciência e no sistema sensorial, tais como: “desorientação, alucinação, ilusão, inquietação, desilusão e, por vezes, acentuada agitação”. Para os referidos autores, o delirium acontece com maior frequência nos estados de intoxicação natural (febres) ou artificiais (narcóticos, álcool, etc.). Nesses casos, o gestor de recursos humanos deve observar os seguintes sintomas no trabalhador e encaminhá-lo para atendimento médico com urgência:

- **Rebaixamento do nível da consciência** – traduzido pela redução da clareza da consciência em relação ao ambiente, com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.
- **Alterações na cognição:** como déficit de memória, desorientação, perturbação de linguagem ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução;
- **Perturbação:** se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia;
- **Existência de evidências a partir da história,** exames físicos ou achados laboratoriais de que a perturbação é consequência direta ou indireta, associada a uma situação de trabalho (MS, 2001, p.167).

Para o MS (2001) A prevenção do delirium, não-sobreposto à demência, relacionado ao trabalho, consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde; ações que podem ser realizadas pelo RH da empresa proporcionando melhor Qualidade de Vida no Trabalho.

Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)

O Transtorno cognitivo leve (TCL) “é um distúrbio caracterizado por alterações da memória, por dificuldades de aprendizado e por uma redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa além de breves períodos” (MS, 2001, p.169). Os sintomas frequentes são fortes sensações de fadiga mental. Quando o indivíduo tenta executar tarefas mentais, as quais exigem um novo aprendizado, percebe-as subjetivamente difícil. Esses sintomas interferem na estrutura

cognitiva e no esquema cognitivo da pessoa.

Cabral e Nick (1979, p. 61) expõem que a Estrutura Cognitiva de uma pessoa dá-se na forma como a pessoa vê o mundo físico e o social, “incluindo todos os seus fatos, conceitos, crenças e expectativas, assim como o padrão de suas relações mútuas”. O Esquema Cognitivo é um complexo padrão “que foi gravado na estrutura do organismo pela experiência e que combina com as propriedades do atual estímulo ou da atual ideia, para determinar como o objeto ou a ideia vai ser percebido e conceptualizado” (CABRAL e NICK, 1979, p. 61).

De acordo com o MS (2001), quadros de transtorno cognitivo leve têm sido diagnosticados em trabalhadores que realizam atividades em que ficam expostos a substâncias químicas tóxicas e agentes físicos. A principal manifestação do transtorno é um declínio no desempenho cognitivo que inclui queixas de comprometimento da memória, dificuldades de aprendizado ou de concentração. A utilização de Testes psicológicos pode ser útil para o diagnóstico, mas devem ser interpretados com cuidado, dada sua inespecificidade e a confusão com outras causas ligadas às condições de vida.

A prevenção do transtorno cognitivo leve relacionado ao trabalho consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O gestor ao, observar alguns dos sintomas citados, deve providenciar o afastamento do trabalhador e encaminhá-lo para atendimento multiprofissional de saúde, com abordagem interdisciplinar, capacitado a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (MS, 2001).

Para o MS (2001) a participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é importante para a implantação de ações corretivas e de promoção da saúde que envolvam modificações na organização do trabalho.

Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0)

A personalidade, para Cabral e Nick (1979, p. 61), possui diferentes interpretações e definições. Para uns, a personalidade é o “temperamento” da pessoa, para outros, são as características próprias da pessoa. A seguir serão apresentados oito teóricos e as suas definições psicológicas sobre personalidade:

Gordon Willard Allport (1897–1967): a organização dinâmica, no indivíduo,

daqueles sistemas psicofísicos que determinam o seu pensamento e comportamento característicos a sua adaptação típica ao meio social;

Raymond Bernard Cattell (1905–1998): o que permite uma predição do que uma pessoa fará numa dada situação;

Henry Murray (1893 –1988): a continuidade de formas e forças funcionais que se manifestam através de seqüências de processos organizados e comportamentos manifestos, do nascimento até á morte;

Richard S. Lazarus (1922 – 2002): a organização de estruturas psicofísicas, relativamente estáveis, em virtude da qual uma pessoa age de determinada maneira e não de outra, tal como se inferiu do seu comportamento;

SAWREY, James M. & TELFORD , Charles W: a organização única de características e tendências de estímulos e respostas do indivíduo, na medida em que elas estão dinamicamente envolvidas em situações sociais;

Sigmund Freud (1856-1939): a integração do id, ego e superego;

Alfred Adler, (1870–1937): o estilo de vida do indivíduo, ou a maneira característica de reagir aos problemas da vida, incluído as metas vitais;

Carl Gustav Jung (1875 – 1961); a integração do ego, do inconsciente pessoal e coletivo, dos complexos, dos arquétipos, da pessoa e anima.

Nesse prisma, quando ocorre alguma alteração no desenvolvimento da personalidade, surge um transtorno de personalidade, que pode ser originado por fator orgânico, psicológico, social, físico, entre outros. Para o MS (2001), o Transtorno orgânico de personalidade é a alteração da personalidade e do comportamento, surgindo como um transtorno concomitante ou residual de uma doença, lesão ou disfunção cerebral.

Caracteriza-se por uma alteração significativa dos padrões habituais de comportamento pré-mórbido, particularmente no que se refere à expressão das emoções, necessidades e impulsos. As funções cognitivas podem estar comprometidas de modo particular ou mesmo exclusivo nas áreas de planejamento e antecipação das prováveis conseqüências pessoais e sociais, como na chamada síndrome do lobo frontal, que pode ocorrer não apenas associada à lesão no lobo frontal, mas também a lesões de outras áreas cerebrais circunscritas. (MS, 2001, p.171).

Os trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas neurotóxicas podem desenvolver o transtorno orgânico de personalidade. O diagnóstico dá-se com uma análise histórica do trabalhador e, depois de eliminadas todas as possibilidades, o transtorno pode ser incluído na Classificação I de Schilling. O MS (2001, p. 171) destaca que ao ser evidenciada a doença ou ainda a disfunção cerebral, um diagnóstico definitivo requer a presença de dois ou mais dos seguintes aspectos:

- Capacidade consistentemente reduzida de perseverar em atividades com fins determinados, especialmente aquelas envolvendo períodos de tempo mais prolongados e gratificação postergada;
- Comportamento emocional alterado, caracterizado por labilidade emocional, alegria superficial e imotivada (euforia, jocosidade inadequada) e mudança fácil para irritabilidade, explosões rápidas de raiva e agressividade ou apatia;

- Expressão de necessidades e impulsos sem considerar as consequências ou convenções sociais (roubo, propostas sexuais inadequadas, comer vorazmente ou mostrar descaso pela higiene pessoal);
- Perturbações cognitivas na forma de desconfiança, ideação paranoide e/ou preocupação excessiva com um tema único, usualmente abstrato (por exemplo: religião, certo e errado);
- Alteração marcante da velocidade e fluxo da produção de linguagem com aspectos, tais como circunstancialidade, prolixidade, viscosidade e hipergrafia;
- Comportamento sexual alterado.

O tratamento do trabalhador objetiva a reabilitação social para diminuir os prejuízos advindos do comportamento pessoal e social alterado, inclui tratamento farmacológico, é sintomático, geralmente há a indicação de aposentadoria por invalidez e de medidas de reabilitação dirigidas para a socialização do paciente na família e na comunidade (MS, 2001).

A prevenção do transtorno orgânico de personalidade relacionado ao trabalho, segundo o MS (2001, p. 172), consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. Inclui uma ação associada e articulada entre os setores assistenciais e de vigilância: “sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho”. O MS (2001, p. 172) recomenda que a intervenção sobre as condições de trabalho seja baseada em uma análise ergonômica do trabalho real ou da atividade, buscando conhecer fatores que podem contribuir para o adoecimento. O gestor deve ficar atento a todas as evidências do aparecimento da doença, evitando o agravamento e um possível caso de suicídio laboral.

Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não- Especificado (F09.)

Para Holmes (1997), os Transtornos Mentais Orgânicos abrangem problemas fisiológicos no cérebro, como a deterioração, morte ou mau funcionamento de células cerebrais. Os sintomas envolvem a perda de funções cognitivas, como memória e a perda de controle muscular. Holmes (1997) expõe que o sintoma mais importante associado aos transtornos mentais orgânicos é a demência. A demência divide-se em duas: a demência primária: refere-se a um declínio no funcionamento intelectual devido a um distúrbio orgânico no cérebro; já a demência secundária refere-se a um declínio no funcionamento intelectual decorrente de algum outro transtorno.

O grupo de doenças do F09 inclui também a “demência na doença de Alzheimer g, a

demência vascular, a síndrome amnésica orgânica (não induzida por álcool ou psicotrópicos) e outros transtornos orgânicos (alucinação, estado catatônico, delirante, do humor, da ansiedade), a síndrome pós-encefalite e pós-traumática, incluindo, também, a psicose orgânica e a psicose sintomática” (MS, 2001, p.173). Em trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de transtorno mental orgânico ou sintomático, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado na classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (MS, 2001).

O gestor, ao observar alguma alteração no trabalhador, deve afastá-lo de suas atividades e encaminhá-lo para atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, como recomenda a Portaria n.1.339/GM/99. O tratamento farmacológico é recomendado para a doença. Geralmente, há a indicação de aposentadoria por invalidez, com as medidas de reabilitação, dirigindo-se mais para a socialização do paciente na família e na comunidade (MS, 2001).

Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho (F10.2)

Vieira, Serafim e Saffi, (2007) relatam que 10 a 20% dos brasileiros são alcoolistas. Segundo os autores, em um estudo epidemiológico, no Brasil, os resultados apresentaram que a prevalência de 11,2% de dependentes de álcool, sendo 17,1% entre os homens e 5,7% entre as mulheres. No Brasil, o cigarro e o álcool juntos são responsáveis por 8,1% dos problemas de saúde e, em muitas situações, devido ao uso e abuso de álcool, indivíduos se suicidam ou por falta ou por excesso de bebida alcoólica, tornando-se uma questão de saúde pública (OMS, 2010).

Nardi (2006) ressalva que o alcoolismo crônico e excessivo resulta em problemas físicos, psiquiátricos, ocupacionais e familiares. Por ser uma droga lícita, tem livre comércio e livre acesso para compra por todos. O alcoolismo crônico causa descontrole no indivíduo por ser considerado uma droga psicotrópica, pois atua diretamente no Sistema Nervoso Central, causando alterações de humor, cognição, comportamento e de suas atividades laborais.

Segundo o MS (2001, p.175), a síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho. A Sociedade Americana das Dependências, em 1990, “considerou o alcoolismo como uma doença crônica primária, que tem seu desenvolvimento e

manifestações influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, frequentemente progressiva e fatal”.

O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico. O consumo coletivo de bebidas alcoólicas associadas a situações de trabalho pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico. Entretanto, essas situações não são suficientes para caracterizar o uso patológico de bebidas alcoólicas (MS, 2001, p.175).

Segundo o MS (2001, p.175), a frequência maior de casos (individuais) de alcoolismo tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente naquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e determinantes de certa rejeição tais como:

- Como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães;
- Atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil);
- De grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais);
- De trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias);
- Situações de trabalho que envolve afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração).

O alcoolismo crônico é a doença que mais atinge os trabalhadores, segundo o MS (2001, p. 175), existindo evidências epidemiológicas de excesso de prevalência de *alcoolismo crônico* em determinados grupos ocupacionais, essa ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling⁵.

O trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados à etiologia multicausal do alcoolismo crônico. Trata-se, portanto, de um nexos epidemiológico, de natureza probabilística, principalmente quando as informações sobre as condições de trabalho forem consistentes com as evidências epidemiológicas disponíveis. Em casos particulares de trabalhadores previamente alcoolistas, circunstâncias como as acima descritas pela CID-10 poderiam eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling (MS, 2001, p. 175).

O MS (2001, p.176) destaca que os critérios para o “diagnósticos podem ser adaptados daqueles previstos para a caracterização das demais síndromes de dependência, segundo os

⁵ Grupo II: Doenças em que o Trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas por todas as doenças “comuns”, o nexos causal é de natureza eminentemente epidemiológica.

quais três ou mais manifestações devem ter ocorrido, conjuntamente, por pelo menos um mês ou, se persistentes, por períodos menores do que um mês”. As manifestações da síndrome nos trabalhadores devem ocorrer juntas, de forma repetida, durante um período de 12 meses, devendo ser explicitada a relação da ocorrência com a situação de trabalho:

- Um forte desejo ou compulsão de consumir álcool em situações de forte tensão presente ou gerada pelo trabalho;
- Comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância – em termos de início, término ou níveis – evidenciado pelo uso da substância em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou por um desejo persistente ou por esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o seu uso;
- Um estado fisiológico de abstinência quando o uso do álcool é reduzido ou interrompido;
- Evidência de tolerância aos efeitos da substância de forma que haja uma necessidade de quantidades crescentes da substância para obter o efeito desejado;
- Preocupação com o uso da substância, manifestada pela redução ou abandono de importantes prazeres ou interesses alternativos por causa de seu uso ou pelo gasto de uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias para obter, consumir ou recuperar-se dos efeitos da ingestão da substância;
- Uso persistente da substância, a despeito das evidências das suas consequências nocivas e da consciência do indivíduo a respeito do problema. (MS, 2001, p. 176).

O alcoolismo crônico, ou síndrome de dependência do álcool, está associado ao desenvolvimento de outros transtornos mentais. “Ações de prevenção do alcoolismo que se limita a realizar cursos e palestras, com a finalidade de procurar transmitir conhecimentos científicos e, aconselhamento sobre as ações prejudiciais do álcool no organismo, são frequentemente inócuos” (MS, 2001, p. 176).

O tratamento do alcoolismo crônico engloba múltiplas estratégias terapêuticas que implicam, muitas vezes, em mudanças na situação de trabalho. O gestor da empresa deve ficar atento a qualquer alteração de comportamento do trabalhador, seguir as recomendações do MS (2001), evitando, desse modo, um acidente de trabalho ou ainda um suicídio laboral.

Episódios Depressivos (F32);

Porto (2005) relata que a depressão é, atualmente, a quarta causa de incapacidade social no mundo e estima-se que, em 2020, a depressão passe a ser a segunda maior causa de incapacitação, perdendo apenas para as doenças coronarianas. Nesse prisma, o MS (2001, p.178) descreve os episódios depressivos por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. O trabalhador pode se

queixar de “dificuldade de concentração, pode apresentar baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos suicidas”.

A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. (OMS e OPAS, 2001, p. 6).

O trabalhador pode ter seu sono alterado e frequentemente perturbado, geralmente por insônia; tem diminuição do apetite com perda de peso sensível. Sintomas de ansiedade são muito frequentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. “As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. Pode haver lentificação do pensamento. Os episódios depressivos devem ser classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos” (MS, 2001, p.178).

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. Alguns estudos comparativos controlados têm mostrado prevalências maiores de depressão em digitadores, operadores de computadores, datilógrafas, advogados, educadores especiais e consultores (MS, 2001, p.178).

Episódios depressivos estão associados à exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas. O MS (2001) assevera que em trabalhadores expostos a essas substâncias entre outras o diagnóstico de episódios depressivos, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

A sintomatologia depressiva nestes casos geralmente não constitui o quadro primário, estando geralmente associado aos transtornos mentais orgânicos induzidos por essas substâncias, como a demência, o delírium, o transtorno cognitivo leve, o transtorno orgânico de personalidade, o transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado, conforme descritos nos itens específicos. Assim, sempre que ficar caracterizada uma síndrome depressiva e houver história ocupacional de exposição a substâncias tóxicas, deve-se investigar a coexistência de um transtorno mental orgânico, ou seja, indicativo de disfunção ou lesão cerebral (MS, 2001, 179).

Para que o diagnóstico de episódio depressivo seja coeso, ele requer a presença de pelo menos cinco dos sintomas por um período de, no mínimo, duas semanas, tais como: humor triste ou diminuição do interesse ou prazer, além de:

- Marcante perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;
- Diminuição ou aumento do apetite com perda ou ganho de peso (5% ou mais do peso corporal, no último mês);
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda da energia;
- Sentimentos de desesperança e culpa excessiva ou inadequada;
- Diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão;
- Pensamentos recorrentes de morte (sem ser apenas medo de morrer);
- Ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico de suicídio (MS, 2001, p.).

Harrison e Lloyd (2007) expõem que dentro das doenças mentais relacionadas ao suicídio, a depressão é o diagnóstico mais associado com o comportamento suicida, sendo a principal doença causadora de morte por apresentar um percentual de 50 a 75% para os casos de suicídio efetivados no período em que o indivíduo está sofrendo dessa patologia.

A depressão, como o suicídio, pode produzir uma boa dose de culpa na família da pessoa deprimida. Pode ser vista também como um grito pedindo socorro. “Olhe! Não consigo mais aguentar sozinho!” Contudo, se quisermos ajudar a pessoa deprimida, isso não deve ser feito nos colocando como apoios enquanto sua negatividade subjacente é deixada de lado (LOWEN, 1983, p.67).

Bahls e Botega (2007) expõem que a mortalidade por suicídio dessa população é de aproximadamente 20% em transtornos bipolares; para os transtornos por uso de álcool, o percentual é de 2 a 18%; e, quanto à depressão unipolar, o percentual é de 15%; 10% na esquizofrenia; e, 5 a 10% nas personalidades borderline ou antissocial. Para essa classificação de pacientes, o período após a alta hospitalar é o mais crítico e preocupante nos quadros psiquiátricos de possíveis suicidas, quando 10 a 15% das mortes por suicídio, ocorreram no período de quatro semanas após a alta hospitalar psiquiátrica.

A prevenção dos episódios depressivos relacionados ao trabalho consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O MS (2001, p.180) expõe que a ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e da vigilância, atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, possibilita suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção

nos ambientes de trabalho, evitando a incapacitação e o suicídio laboral.

Estado de Estresse Pós-Traumático (F43.1)

O Ministério da Saúde (2001) expõe que o estado de estresse pós-traumático caracteriza-se como uma resposta tardia e/ou posterior a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) e, de natureza, infelizmente, ameaçadora ou catastrófica. Essa doença causa extrema angústia em qualquer pessoa.

São exemplos: os desastres naturais ou produzidos pelo homem, acidentes graves, testemunho de morte violenta ou ser vítima de tortura, estupro, terrorismo ou qualquer outro crime. Fatores predisponentes tais como traços de personalidade ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicar sua ocorrência (MS, 2001, p.181).

O Ministério da Saúde (2001, p.181) assevera que o risco de desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho (TEPT) está vinculado aos “trabalhos perigosos que envolvem responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte ferroviário, metroviário e aéreo, o trabalho dos bombeiros, etc”. Essa narrativa pode explicar, em partes, por que, dentre as profissões, os médicos são os que mais se suicidam.

O transtorno de estresse pós-traumático é comum em trabalhadores jovens ou adultos jovens, mas pode surgir em qualquer idade devido à natureza das situações desencadeadoras. O transtorno acomete mais solteiros, divorciados, viúvos e pessoas prejudicadas social ou economicamente. Além de situações potencialmente traumáticas, Kapczinski e Margis (2003, p. 3) consideram outros fatores que devem estar presentes na caracterização do trauma: estão envolvidos na sintomatologia do TEPT, tais como: “a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação desse frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, entre outros”.

Dorigo e Lima (2007, p.13) realizaram um estudo de caso clínico de um paciente com TEPT, no que refere ao suicídio na ocasião do diagnóstico, o paciente relatou não ter mais ideias suicidas, mas afirmou que, em certas ocasiões, não conseguia ver outra saída para seus problemas. “Houve também momentos em que parecia profundamente deprimido e outros em que manifestava sintomas graves, típicos da psicose, tais como delírios e alucinações”.

De acordo com a OMS (2001) o estresse pós-traumático causado em vítimas de Violência Doméstica, principalmente nas mulheres, aumenta o número de transtornos é um coadjuvante nas tentativas de suicídio. Resultados preliminares indicam uma relação altamente significativa entre essa violência e a ideia de suicídio (Tabela 2).

Tabela 2: Relação entre violência doméstica e intenção de suicídios

Relação entre violência doméstica e intenções suicidas								
Porcentagem de mulheres que já pensaram em suicidar-se (p<0,001)								
Experiência de violência física por parceiro íntimo	Brasil¹ (n=940)	Chile² (n=631)	Egito² (n=631)	Índia² (n=6327)	Indonésia³ (n=765)	Filipinas² (n=1001)	Peru¹ (n=1088)	Tailândia¹ (n=2073)
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Já ocorreu	48	36	61	64	11	28	40	41

Fonte: (OMS e OPAS, 2001, p. 57).

A tabela 2 apresenta dados significativos sobre as consequências do agravamento do estresse pós-traumático; se a pessoa não recebe atendimento adequado está sujeito a desenvolver outros transtornos e ideias suicidas. No contexto laboral, o diagnóstico de estado de estresse pós-traumático pode ser feito em trabalhadores que apresentem quadros inicialmente de até 6 meses após um evento ou período de estresse traumático. O trabalhador apresenta características, tais como:

- Evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, aos qual o paciente foi exposto, em uma situação de trabalho ou relacionada ao trabalho;
- Rememorações ou revivências persistentes e recorrentes do evento estressor em imagens, pensamentos, percepções ou memórias vívidas e/ou pesadelos e/ou agir ou sentir como se o evento traumático estivesse acontecendo de novo (incluindo a sensação de reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios dissociativos de flashback, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado) e/ou angústia quando da exposição a indícios internos ou externos que lembram ou simbolizam um aspecto do evento traumático e/ou reação fisiológica exacerbada a indícios internos ou externos que simbolizem ou lembrem um aspecto do evento traumático;
- Atitude persistente de evitar circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento estressor (ausente antes do trauma) indicado por: Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma; esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que tragam lembranças do trauma; incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;
- Interesse ou participação significativamente diminuída em atividades importantes; sentimentos de distanciamento ou estranhamento dos outros; distanciamento afetivo (por exemplo, incapacidade de ter sentimentos amorosos);

sentimento de futuro curto (por exemplo, não espera mais ter uma carreira, casamento, filhos, uma expectativa de vida normal)

- Sintomas persistentes de estado de alerta exacerbado; dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo; irritabilidade ou explosões de raiva; dificuldade de concentração; hipervigilância; resposta exagerada a susto. (MS, 2001, p.182).

O gestor de RH pode atuar na prevenção de casos de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho envolvendo uma complexa rede de medidas de prevenção de acidentes, segurança e promoção de condições no trabalho, incluindo condições organizacionais do trabalho que respeitem a subjetividade dos trabalhadores. O gestor ao perceber algo de diferente no trabalhador deve encaminhá-lo para atendimento médico integrado, com vigilância epidemiológica, “sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho”, como informa o MS (2001, p. 183).

Neurastenia (Inclui Síndrome de Fadiga) (F48.0)

O ministério da Saúde (2001) expõe que a característica mais marcante da síndrome de fadiga relacionada ao trabalho é a presença de fadiga constante, acumulada ao longo de meses ou anos em situações de trabalho, quando não existe a possibilidades de se obter descanso necessário e suficiente. O trabalhador já acorda cansado e apresenta sintomas como:

[...] Má qualidade do sono, dificuldade de aprofundar o sono, despertares frequentes durante a noite, especificamente insônia inicial, dificuldade para adormecer ou “a cabeça não consegue desligar”, irritabilidade ou falta de paciência e desânimo. Outros sintomas que podem fazer parte da síndrome são: dores de cabeça, dores musculares (geralmente nos músculos mais utilizados no trabalho), perda do apetite e mal-estar geral (MS, 2001, p.184).

De acordo com Rodrigues (2010), a fadiga causa alterações no organismo que, em conjunto, acarreta uma sensação generalizada de cansaço e uma redução das capacidades física e mental do trabalhador. De acordo como referido autor, as perspectivas a cerca da fadiga relacionada ao trabalho são:

- **Fadiga Física:** exprime-se pela falta de força muscular, por um estado de sonolência e uma grande necessidade de descanso;
- **Fadiga Mental:** marcada por falta de concentração, lapsos de linguagem e, por vezes, problemas de visão;
- **Fadiga Generalizada:** reflete-se num estado de cansaço enfadonho, ao qual se junta à preguiça, uma elevada apatia e também falta de motivação para realizar

- quaisquer tarefas;
- **Fadiga Muscular:** caracterizada por uma sensação aguda e dolorosa, em que a capacidade dos músculos diminui devido a excesso de carga muscular localizada e ao stress provocado por esforços físicos intensos;
 - **Fadiga Emocional:** principalmente ligada a pessoas que trabalham com vítimas de acontecimentos traumáticos, sendo por isso um tipo de fadiga com uma forte componente emocional;
 - **Fadiga Visual:** caso de fadiga que se revela através de vários sintomas incômodos como dores de cabeça, contração dos músculos da face, posições incorretas do corpo e uma visão encoberta (RODRIGUES, 2010, p.7-9).

Rodrigues (2010, p.11) expõe que a fadiga classifica-se em:

- **Fadiga Aguda:** é o tipo de fadiga mais comum, que desaparece ao fim de certo tempo de repouso, ou com a troca de tarefa, ou então com um abrandamento do ritmo de execução da tarefa em questão;
- **Fadiga Prolongada:** trata-se do tipo de fadiga que vai mais ao extremo, visto que esta não é revertida em curto prazo. Está diretamente ligado às tarefas realizadas, e os mecanismos de compensação referida na fadiga aguda, normalmente são ineficazes.

Para Rodrigues (2010, p. 14), as causas da fadiga decorrente do trabalho são muitas e dos mais variados tipos, tais como: “falta de horas de sono; esforço físico elevado; trabalho intelectual intenso; trabalho stressante; estado de doença; temperaturas extremas (desconforto térmico); ambiente saturado (falhas de oxigênio, fumo); monotonia do trabalho; refeições pesadas; duração do trabalho”.

O MS (2001) expõe que trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas podem desenvolver fadiga. As causas mais comuns que ocasionam a fadiga no trabalho são muitas e dos mais variados tipos: “trabalho em posições incorretas; deficiências visuais; falta de períodos de recuperação; trabalho por turnos; sedentarismo; ruído; iluminação insuficiente; alimentação deficiente; grande responsabilidade; conflitos” (RODRIGUES, 2010, p. 15).

O diagnóstico de síndrome de fadiga relacionada ao trabalho é feito a partir da anamnese ocupacional e da história de trabalho. Segundo o MS (2001), no roteiro de perguntas da anamnese devem-se incluir perguntas sobre: duração da jornada de trabalho; condições de trabalho; descanso durante a jornada; ritmo de trabalho; condições do processo laboral (presença de ruído e outros agressores); pressão no trabalho; condições de vida e habitacionais, condições de descanso e lazer do trabalhador. “Não esquecer que a síndrome de fadiga relacionada ao trabalho pode ser encontrada em trabalhadores desempregados, pois pode ter sido adquirida durante o trabalho anterior” (MS, 2001, p. 185).

O gestor de RH, ao observar diferença de comportamento do trabalhador, pode encaminhá-lo para atendimento médico e pode programar algumas ações de QVT na empresa para minimizar o impacto dessa demanda, tais como: a “implementação de medidas de higiene e segurança; criação de pequenos grupos de trabalho semiautônomos; existência de flexibilidade de horários; introdução de pausas durante o horário laboral; iniciação ao trabalho por turnos, mas de curta duração”. (RODRIGUES, 2010, p.22).

Outros Transtornos Neuróticos Especificados (Inclui Neurose Profissional) (F48.8)

O MS (2001) expõe que o grupo outros transtornos neuróticos especificados inclui transtornos mistos de comportamento, crenças e emoções que pode estar vinculada com uma determinada cultura. Aubert (apud, MS, 2001, p.186) definiu a neurose profissional como “uma afecção psicógena persistente, na qual os sintomas são expressão simbólica de um conflito psíquico, cujo desenvolvimento encontra-se vinculado a uma determinada situação organizacional ou profissional”. A neurose profissional apresenta três formas clínicas, disponíveis no quadro 1:

Quadro 1: Formas clínicas da neurose profissional.

Neurose profissional atual	Neurose traumática reativa a um trauma atual;
Psiconeurose profissional	Quando uma dada situação de trabalho funciona como desencadeante, reativando conflitos infantis que permaneciam no inconsciente;
Neurose de excelência	Desenvolvida a partir de certas situações organizacionais que conduzem a processos de estafa (<i>burnout</i>) pessoas que investem intensamente seus esforços e ideais em determinada atividade.

Fonte: MS (2001, p. 187) (quadro adaptado para este estudo).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a categoria neurose profissional inclui os quadros psiquiátricos relacionados ao trabalho, em que aspectos subjetivos e características pessoais, aliadas às condições organizacionais do trabalho, causam sofrimento psíquico. “Geralmente, são quadros de evolução crônica que tendem a se definir como um padrão de comportamento. A organização do trabalho desempenha papel determinante no desenvolvimento desses padrões de comportamento, ao incentivar e explorar essas características pessoais”. (MS, 2001, p. 187).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças- CID-10, as seções Z55- e Z65 apresentam outros quadros inclusos no grupo da neurose profissional. Com o trabalho poderá estar vinculada a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, entre elas:

[...] Problemas relacionados ao emprego e ao desemprego (Z56); desemprego (Z56.0); mudança de emprego (Z56.1); ameaça de perda de emprego (Z56.2); ritmo de trabalho penoso (Z56.3); má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6). (MS, 2001, p. 187).

O Ministério da Saúde (2001) alerta que ao fazer um levantamento epidemiológico de excesso de prevalência desses transtornos em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, deixando de fazer parte do Grupo I da Classificação de Schilling, para ser incluído no Grupo II da Classificação de Schilling, em que o trabalho pode ser considerado como fator de risco para o surgimento da doença.

O trabalhador apresenta sintomas como: cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva), entre outros sintomas. O diagnóstico pode ser realizado com entrevistas nas quais o trabalhador expõe suas queixas, sintomas, sua história de trabalho e, como expõe, a sua situação no trabalho. O MS (2001) destaca que a neurose de excelência e os valores pessoais caracterizados pelo alto nível de exigência articulado com a cultura organizacional são determinantes para o desenvolvimento da síndrome.

Como sugestão para os Gestores de RH, o MS (2001) relata que a prevenção das neuroses profissionais relacionadas ao trabalho “envolve mudanças na cultura da organização do trabalho, como o estabelecimento de restrições à exploração do desempenho individual, procurando metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um”. Recomenda ainda a participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é essencial para a implementação das medidas corretivas e de promoção da saúde que envolve modificações na organização do trabalho.

Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)

O transtorno do ciclo vigília-sono, devido a fatores não-orgânicos, é definido como uma perda de sincronia entre o ciclo vigília-sono do indivíduo e o ciclo normal do sono. Quando o ciclo é alterado por fatores psicológicos, psicossociais ou orgânicos, surge à insônia,

interrupção precoce do sono ou de sonolência excessiva. O transtorno do ciclo vigília-sono surge pela jornada de trabalho à noite em regime fixo ou pela alternância de horários diurnos, vespertinos e/ou noturnos em regime de revezamento de turnos (MS, 2001).

Considera-se jornada de trabalho normal diurna a divisão do tempo de trabalho no horário entre 6 e 18 horas, com base na semana de seis dias e nas quarenta e quatro horas semanais. No trabalho em turnos, os trabalhadores exercem suas atividades modificando seus horários de trabalho durante a semana, o mês (turnos alternantes) ou permanecem em horários fixos matutinos, vespertinos ou noturnos. Também são considerados os esquemas de trabalho em turnos e horários irregulares de entrada e saída no trabalho, a cada dia, semana ou mês (MS, 2001, p.189).

A relação do transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos com o trabalho poderá estar vinculada aos fatores que influenciam o estado de saúde com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, inclusos na Seção Z55- e Z65 da CID-10 ou aos fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade inclusos na Seção Y90- e Y98 da CID-10.(MS, 2001).

Os trabalhadores, com essa doença, podem ser enquadrados no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária, ou, em casos particulares de trabalhadores, podem, eventualmente, desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling. Os sintomas observáveis nos trabalhadores são:

[...] Dificuldades para adormecer, interrupções frequentes no sono, sonolência excessiva durante a vigília e percepção de sono de má qualidade, devem ser submetidos a exame diagnóstico diferencial (polissonografia) para confirmar a ausência de distúrbios de sono não relacionados com a organização do trabalho (MS, 2001, p. 189).

O MS (2001) recomenda que a participação dos trabalhadores e a sensibilização dos níveis gerenciais são importantes para a criação de medidas que envolvem modificações na organização do trabalho. Ações do QVT, práticas de promoção da saúde no ambiente de trabalho, ações de educação e melhora nos esquemas de turnos podem minimizar os danos causados à saúde do trabalhador. “Devem ser aplicadas, prioritariamente, mudanças organizacionais para reduzir o número de turnos noturnos e/ou o número de dias de trabalho em horários irregulares e o número de pessoas expostas aos conflitos dos sincronizadores biológicos e sociais”. (MS, 2001, p.191).

Síndrome de Burnout (Síndrome do Esgotamento Profissional) (Z73.0)

Seligmann- Silva (apud MS, 2001, p 162) caracteriza a síndrome de burnout como exaustão emocional, despersonalização e autodepreciação. Segundo o autor, está relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência às pessoas, especialmente, em situações economicamente críticas e de carência. As profissões mais vulneráveis a essa doença são as que “envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos, de alta complexidade e determinação, fora do alcance do trabalhador, como dor, sofrimento, injustiça, miséria”.

Nesse prisma, Maslach et.al (apud, Batista, Carlotto, Coutinho e Augusto, 2010, p. 02) destaca as profissões que predisõem a síndrome;

[...] um fenômeno psicossocial que surge como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, que acomete profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, como professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, policiais, bombeiros etc.

O MS (2001, p. 162) alerta que “altos níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou burnout”. Segundo Maslach et.al (apud MS, 2001, p.), a síndrome de esgotamento profissional é composta por três elementos centrais:

- **Exaustão emocional:** sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo;
- **Despersonalização:** reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente;
- **Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho:** sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho.

O Ministério da Saúde (2001) recomenda que, ao realizar o diagnóstico, deva-se fazer uma diferenciação entre o burnout, que seria uma resposta ao estresse laboral crônico, de outras formas de resposta ao estresse.

A síndrome de burnout envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. (MS, 2001, p. 192).

A relação do trabalho como causador da síndrome, coligado a outros fatores, podem estar presentes, com a associação da suscetibilidade aumentada para doenças físicas, como no caso do uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio), que podem levar ao suicídio. Nos dias atuais, têm sido descritos aumentos de prevalência de síndrome de esgotamento profissional, em trabalhadores de empresas passaram por transformações organizacionais, “como dispensas temporárias do trabalho, diminuição da semana de trabalho, não reposição de substitutos, e enxugamento (downsizing) na chamada reestruturação produtiva”. (MS, 2001, 192).

Conforme recomendação do MS (2001, p. 192), a relação da síndrome de burnout com o trabalho, segundo o CID-10, poderá estar vinculada aos “fatores que influenciam o estado de saúde: [...] riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Seção Z55-Z65 da CID-10)”. [...] “Havendo evidências epidemiológicas da incidência da síndrome em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling”.

Ao ser realizado o diagnóstico, alguns sintomas inespecíficos associados podem estar presentes, como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando síndrome depressiva e/ou ansiosa. A prevenção da síndrome inclui mudanças na cultura organizacional, ações para diminuir a exploração do desempenho individual, diminuição da intensidade de trabalho, diminuição da competitividade, busca de metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um (MS, 2001).

AÇÕES DO RH NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO LABORAL

De acordo com o MS (2001, p. 162), as ações organizacionais para prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, baseiam-se em procedimentos da vigilância dos agravos à saúde e, dos ambientes e condições de trabalho. “Utiliza conhecimentos médicos-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas”.

O MS (2001, p.162) pontua que as ações direcionadas à valorização do ambiente de trabalho baseiam-se na percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a sua saúde. Essas ações envolvem:

- Reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença;
- Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados;
- Identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores;
- Educação e informação aos trabalhadores e empregadores.

O gestor de RH deve incluir a participação dos trabalhadores nas decisões que os envolvam, inclusive os dos níveis gerenciais: política essencial para a implantação de medidas corretivas e de promoção da saúde, que envolvam modificações na organização do trabalho (MS, 2001); deve fazer uma análise completa do local de trabalho, avaliar os fatores biopsicossociais, para compreender as razões pelas quais um determinado funcionário poderia desenvolver uma doença mental relacionada ao trabalho, conquanto outro ou outros, submetido às mesmas condições, não apresentasse esse potencial de risco.

Outro fator, absolutamente, importante a ser considerado pelo Gestor de RH é o recrutamento e seleção de pessoal, além de avaliar fatores ligados ao relacionamento interpessoal e intrapessoal. Muito embora não possa prever acontecimentos futuros, redundantes das características individuais, dos traços de personalidade, da história de vida, e do modo de os indivíduos lidarem com acontecimentos rotineiros no ambiente de trabalho, todo o processo de recrutamento deve ser tangenciado por medidas cautelares, assentadas na descrição de função de cada novo funcionário.

O gestor, ao suspeitar ou confirmar a relação da doença com o trabalho, deve:

- Informar ao trabalhador;
- Examinar os expostos, visando a identificar outros casos;
- Notificar o caso aos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador), por meio dos instrumentos próprios, à DRT/MTE e ao sindicato da categoria;
- Providenciar a emissão da CAT caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social;
- Orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco. (MS, 2001, p.162).

O diagnóstico de uma doença mental relacionada ao trabalho não é uma tarefa simples, uma vez que exige uma avaliação multidisciplinar em saúde e a capacidade de investigar detalhadamente a história de vida do paciente para identificar os fatores que corroboraram no processo de adoecimento. É muito importante que o Gestor de RH tenha auxílio de um

psicólogo no processo de diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, através dos dados obtidos com o levantamento bibliográfico, foi possível expor minimamente as doenças mentais e do comportamento relacionados ao trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral. Identificou-se que algumas doenças originárias do trabalho podem estar associadas aos suicídios laborais, todavia nem todos os casos de suicídios são gerados por essas, mas de elementos contidos na cultura organizacional que alteram o clima organizacional de uma organização, causando sofrimento, insatisfação pessoal e profissional. Ou, ainda, somente para aquelas pessoas que têm um ego frágil, ou que são inseguras, ou que não conseguem lidar com ordens de superiores, ou, ainda, aqueles que trabalham em uma determinada atividade sem outra opção de mudança, ou por determinação de terceiros.

Averiguou-se a importância de ações por parte da organização com uma equipe multidisciplinar para atender os trabalhadores acometidos de doenças relacionadas ao trabalho. Notou-se que, dentre as doenças mentais relacionadas ao trabalho, o alcoolismo é a mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pela não controle do consumo.

Cabe ressaltar, ainda, que as doenças mentais e do comportamento podem ser prevenidas (ou amenizadas) através da adoção de uma série de medidas nos contextos de trabalho com atendimento ao trabalhador e suporte psicológico para amenizar os danos causados pelo trauma, podendo, dessa forma, evitar-se o suicídio laboral. Sob esse enfoque, é importante relatar a responsabilidade dos empregadores e das empresas, independente do ramo de atuação e, da infração das legislações ambientais, sanitárias e trabalhistas para aqueles que não criam incentivos ou não investam na prevenção dos agravos a saúde do trabalhador. (MS, 2005).

No Brasil, com o aumento do desemprego aumentou o número de trabalho informal, que fogem à legislação e ao controle dos órgãos públicos, tornando-se fonte de intenso sofrimento para os trabalhadores que se submetem a qualquer tipo de trabalho, pois o desemprego ocasiona a falta de possibilidades de novas inserções profissionais, alterando a saúde mental dos trabalhadores. Esse novo perfil ocupacional no Brasil passa a gerar situações

de pobreza e miséria, [...] considerado, nessa circunstância, como um coadjuvante de casos de suicídios. (MS, 2005).

É imperativo frisar a importância da participação dos trabalhadores junto aos sindicatos, segmentos da sociedade e à direção da empresa, elaborando ações para a promoção e prevenção de doenças sócio profissionais, com o RH podendo mediar as reivindicações junto à classe patronal. O RH pode contribuir realizando avaliações de desempenho, treinamentos, pesquisas de clima periodicamente para identificar, permanentemente, os níveis de satisfação e insatisfação dos trabalhadores e, assim, propor ações para melhorar o clima organizacional, ou até mesmo a implantação do QVT.

Cabe ao trabalhador denunciar, junto aos órgãos responsáveis pela vigilância e saúde do trabalhador, quaisquer formas de trabalhos quer sejam dolosos, insalubres ou de princípio escravo a que são submetidos. Ressalte-se ainda a importância das denúncias, pois só assim é possível cumprir o que preconiza a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), elaborada pelos Ministérios do Emprego e do Trabalho: “trabalhar sim, adoecer, não”!

REFERÊNCIAS

AMARAL, Carlos Eduardo Vizzaccaro, AMARAL, André Luís Vizzaccaro, AMARAL, Sergio Augusto Vizzaccaro. **Agravos à Saúde Física e Mental do Trabalhador: o assédio moral indireto e os desafios para o trabalhador no século XXI**. 2010. Disponível em: <www.estudosdotrabalho.org/02RevistaRET7.pdf>. Acesso em 18 de julho de 2012.

BAHLS, Saint-Clair; BOTEGA, Neury José. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007, p.151-172.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto and AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Rev. bras. epidemiol.** 2010, vol.13, n.3, pp. 502-512.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.252, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252> Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM, N.º 1.339/1999**. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**, 3ª CNST: trabalhar, sim, adoecer, não, coletânea de textos. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. 2001. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. **RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO. Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança. 2001. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). **Perfil epidemiológico dos Suicídios de Santa Catarina**. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim_causas_externas.def. Acesso em 19 de março de 2012.

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Dicionário Técnico de Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 1979.

CID-10-Classificação Internacional de Doenças. Disponível em: <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.

DEJOURS, C, BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 55-73, jun. 2007.

FREITAS, Maria Ester de. **Suicídio, um problema Organizacional**, 2011. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/54-57.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.

GERSCHENFELD Ana. “Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal”. **Entrevista a Christophe de Dejours**. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST. 2010. Disponível em: http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732. Acesso em 13 de maio de 2012.

HARRISON, G.; LLOYD, K. Suicide and undetermined injuries: the case for a public health target. *International Review of Psychiatry*, v.12, p. 5-6, 2000. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental no**

Brasil. São Paulo: Artmed, 2007.

HELOANI, José Roberto and CAPITAO, Cláudio Garcia. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo Perspe. 2003, vol.17, n.2, pp. 102-108.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LARA, Eduardo Martins; XAVIER, Marcelo Souza; GONÇALVES, Márcia. Psiquiatria na Prática Médica: Perfil dos pacientes envolvidos em tentativas de suicídio por intoxicação exógena no pronto socorro de Taubaté. **Psychiatry on line Brasil.** Setembro de 2009, vol.14-n9.

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão:** as bases biológicas da fé e da realidade. São Paulo: Summus, 1983.

MARTINS, Cleber Donizeti. **Suicídio Laboral:** Um caso real de Assédio Moral. 2019. Disponível em: www.assediomoral.org/.../Suicidio_Laboral_-_Um_Caso_Real_de_A... Acesso em 13 de maio de 2012.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à administração.** 5. ed. rev. São Paulo: Atlas, 2000.

MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida (Dr^a). **Interfaces da Psicologia Com o Risco de Suicídio.** Lages: Ed. do Autor, 2010. 162 p. Número de Chamada: 150 M663i. Universidade do Planalto Catarinense-UNIPAC.

NARDI, Antonio Egidio. **Questões atuais sobre depressão.** São Paulo: Lemos editorial, 2006.

PORTO, José Alberto Del; **Depressões:** ASPEN-Saúde Mental. EPM: Editora de Projetos Médicos. São Paulo-SP, 2005.

RODRIGUES, Bruno Daniel Almeida. **A fadiga no trabalho.** 2010. Disponível em: http://prof.santana-e-silva.pt/EGI_grh/trabalhos_10_11/Fadiga%20no%20Trabalho.pdf. Acesso em 21 de janeiro de 2013.

SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi; Siqueira, Marcus Vinícius Soares; MENDES, Ana Magnólia. Tentativas de Suicídio de Bancários no Contexto das Reestruturações Produtivas. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 5, pp. 925-938, Set./Out. 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac> Acesso em 30 de março de 2012.

SCHILLING, R.S. **Emeritus Professor of Occupational Health,** University of London-1984

SILVA, Reinaldo Oliveira da. **Teorias da administração.** 2001, São Paulo: Pioneira Thomson.

VIEIRA, Rosa Maria Tedeschi; SERAFIM, Antonio de Pádua and SAFFI, Fabiana. Prejuízos neurocognitivos na dependência alcoólica: um estudo de caso. **Rev. psiquiatr. clín.** 2007,

vol.34, n.5, pp. 246-250.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PERFIL DE MORBIDADE DE INDÍGENAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Morbidity Profile of Indians in Specialized Service

Erica Ribeiro Pereira¹
Natália de Souza Waechter Bastos²
Leidiane Maria da Silva³
Lavínia Santos de Souza Oliveira⁴

Recebido: 09 mar. 2014

Aprovado: 16 set. 2014

Resumo: O perfil de morbidade dos pacientes indígenas encaminhados aos serviços de referência terciária ainda é pouco conhecido na literatura. Os escassos estudos desenvolveram-se no contexto da atenção primária e secundária, com enfoque a grupos indígenas e etários específicos. Objetivo: Descrever o perfil de morbidade de pacientes indígenas encaminhados para serviço de atenção terciária à saúde no ano de 2008. Métodos: Estudo documental, de natureza descritiva e exploratória com análise de 91 prontuários de pacientes indígenas do Ambulatório do Índio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Resultados: identificaram-se, como principais patologias: neoplasias (26,6%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (14,3%) e doenças do aparelho circulatório (9,9%). Conclusão: Verifica-se tendência para o incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) nessa população. O estudo aponta para a necessidade de ações de promoção e educação em saúde voltadas para a prevenção das DCNT nos serviços de atenção primária.

Palavras-chave: Serviços de saúde do indígena. Atenção terciária à saúde. Morbidade.

Abstract: The morbidity profile of indigenous patients referred to a tertiary referral services is still little known in the literature. The few studies developed in the context of primary and secondary care, focusing on specific age groups and indigenous. Objective: To describe the morbidity profile of Indian patients referred to tertiary care health service in 2008. Methods: Documentary study, descriptive and exploratory nature with analysis of medical records of 91 patients from indigenous Indian Clinic of the Federal University of São Paulo (UNIFESP). Results: We identified major diseases: cancer (26.6 %), congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (14.3%) and

¹ Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)- São Paulo- (SP), Brasil. Enfermeira, Ambulatório do Índio- Hospital São Paulo, servidora da UNIFESP- São Paulo- (SP), Brasil. erica.ribeiro@unifesp.br ou erica.projetoXingu@gmail.com. Responsável pela correspondência: End: Rua Engenheiro Jorge Oliva, 237, apto 182 A. Bairro: Vila Clementino – São Paulo – SP. CEP: 04362060. Tel: (11) 99644-3838. (11) 5576-4975 (tel e fax).

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) São Paulo- (SP), Brasil. Bolsista de extensão no Ambulatório do Índio da UNIFESP- São Paulo- (SP), Brasil.

³ Especializanda em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) São Paulo- (SP), Brasil. Enfermeira da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)-UNIFESP- São Paulo- (SP), Brasil.

⁴ Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)- São Paulo- (SP), Brasil. Enfermeira, coordenadora de RH pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)-UNIFESP-São Paulo- (SP), Brasil.

cardiovascular diseases (9.9%). Conclusion: There is a tendency for the increase of non-communicable chronic diseases (DNCT) in this population. The study points to the need for promotion and health education aimed at the prevention of NCDs in primary care services.

Keywords: Health services indigenous. Tertiary healthcare. Morbidity.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os povos indígenas, no Brasil apresentam um quadro complexo no cenário nacional, marcado pela desassistência à saúde, mudanças nos padrões socioculturais, econômicos e ambientais que foram prejudiciais aos determinantes de saúde atuais. Esse panorama intensificou-se no início do século XX com a expansão das estradas e linhas telegráficas pelo território brasileiro, aumentando, drasticamente, a mortalidade desses povos por doenças infectocontagiosas e por conflitos com exploradores (CONFALONIERE, 1989; RIBEIRO, 2000; SANTOS et al., 2003; RODRIGUES, 2005).

Dados recentes sugerem que os povos indígenas estão entre os grupos populacionais mais marginalizados e excluídos socialmente da América Latina, possuindo taxas de morbimortalidade superiores aos da população geral. Entre os pontos principais vinculados às desigualdades estão o acesso e a utilização dos serviços de saúde que se somam às diversidades sociais e ambientais que habitualmente caracterizam a população indígena (SANTOS et al., 2003; FERREIRA et al., 2011).

Informações epidemiológicas sobre as condições de saúde das populações indígenas brasileiras mostram que, em geral, as principais causas de morbimortalidade são as doenças infectocontagiosas como a tuberculose e hepatite, as enteroparasitárias, como a malária, as infecções respiratórias agudas, a desnutrição grave, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e as infecções causadas por fungos (SANTOS et al., 2003; BÓIA et al., 2009; FERREIRA et al., 2011). No entanto, ainda existem muitas lacunas quanto ao perfil de morbidade dos mais de 300 povos indígenas, dispersos em todo território nacional e em diferentes contextos socioculturais.

Importantes transformações socioculturais e territoriais no passado contribuíram para as mudanças no perfil epidemiológico da população indígena atual, fruto do processo de contato, muitas vezes, imposto, desigual e conflituoso, com a sociedade nacional. Como resultado, surgem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o câncer, doenças

cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes; além da obesidade, alcoolismo, suicídio, drogadicção e transtornos psiquiátricos. As mudanças dos hábitos culturais como aumento no consumo de produtos industrializados, o sedentarismo, favoreceram que o perfil de morbimortalidade dessa população seja cada vez mais próximo ao da população brasileira em geral (SANTOS et al., 2003; BÓIA et al., 2009; FERREIRA et al., 2011; ROCHA et al., 2011).

O sistema de informação em saúde indígena, apesar de ter apresentado avanços nas últimas décadas, ainda não é capaz de revelar as causas de adoecimento e óbitos na população indígena do Brasil (SANTOS et al., 2003). A maior integração das bases de dados oficiais de acesso público com as informações específicas de saúde indígena vem ocorrendo, mas ainda de forma incipiente. Outra situação que corrobora para a invisibilidade de informações em saúde indígena é que os serviços de saúde ainda não estão organizados para compor um banco de dados que considere as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, distinguindo-os do restante da população. Essa seria uma forma de evidenciar, em parte, o perfil de morbimortalidade desses povos nos serviços de saúde que os atendem. A deficiência de informação compromete o planejamento e avaliação de políticas públicas (DIEHL et al., 2003).

O perfil de morbidade dos pacientes indígenas encaminhados aos serviços de saúde de referência terciária é inexistente na literatura. Os poucos estudos realizados sobre morbidade indígena desenvolveram-se no contexto da atenção primária e secundária com enfoque a grupos indígenas e etários específicos.

O Ambulatório do Índio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) é referência para atendimento terciário, recebendo pacientes indígenas encaminhados de diversas regiões do país. Seu principal papel é a coordenação de cuidados singulares aos pacientes que chegam ao serviço, realizando acolhimento, priorização de demandas, acompanhamento do itinerário diagnóstico terapêutico nos serviços de especialidades do Hospital São Paulo/UNIFESP (UNIFESP, 2010).

Este estudo tem por objetivo descrever o perfil de morbidade dos pacientes indígenas encaminhados para referência terciária à saúde no ano de 2008.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo documental de natureza descritiva e exploratória de análise de informações

provenientes dos prontuários de pacientes indígenas atendidos em serviço de atenção terciária no período de janeiro a dezembro de 2008. Este estudo foi realizado a partir de informações obtidas dos prontuários dos pacientes e de planilhas do sistema de informação do serviço e que subsidiou a composição de um trabalho de conclusão de curso no ano de 2011. A população de estudo foi composta por pacientes referenciados para tratamento em São Paulo, permanecendo hospedados na Casa de Saúde Indígena-CASAI/SP. As CASAI são espaços destinados a alojar e prestar assistência de enfermagem a pacientes e acompanhantes encaminhados das aldeias para a rede atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As informações que subsidiaram a pesquisa foram organizadas segundo as variáveis: etnia, data de nascimento, procedência, naturalidade, número de consultas no ambulatório, caso novo ou retorno, referência e contra referência, hipótese diagnóstica inicial de encaminhamento e diagnóstico final classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças versão décima revisão (CID 10). Na ocorrência de mais de um diagnóstico, procedeu-se à classificação da causa principal segundo o diagnóstico primário que motivou o encaminhamento e investigação. A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores no próprio serviço. Os dados foram processados e analisados a partir de planilhas do software Microsoft Excel Office, versão 2007.

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP e aprovado sob o nº 0830/10. Por se tratar de pesquisa com dados secundários, não foi realizada a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No ano de 2008 foram identificados 91 pacientes indígenas referenciados a CASAI SP para atendimento terciário na cidade de São Paulo e que foram atendidos no Ambulatório do Índio. A faixa etária predominante é de adultos, acima de 40 anos (37,4%), seguida de crianças de 0 a 5 anos (17,6%). As pacientes do sexo feminino (53,8%) representam a maioria dos atendimentos. Observou-se que os pacientes se originaram de todo território nacional, sobretudo de 14 Estados, sendo a maioria do Mato Grosso (41,7%). As regiões com maior número de encaminhamentos são Centro-Oeste e Norte. O Ambulatório do Índio no ano de 2008 atendeu pacientes encaminhados de 17 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de um total de 34, distribuídos em diversas regiões do Brasil (tabela 1). Os DSEI são a unidade gestora, descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS que possui um

modelo de organização de serviços de atenção à saúde aos povos indígenas que inclui o território indígena, os polos base e as CASAI conforme apresenta a figura 1 (SESAI, 2013).

Tabela 1. Perfil dos pacientes indígenas, Ambulatório do Índio, 2008.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
0 † 5	16	17,6
5 † 10	8	8,8
10 † 20	12	13,2
20 † 30	14	15,4
30 † 40	07	7,7
40 † 50	13	14,3
50 e mais	21	23,1
Sexo		
Feminino	49	53,8
Masculino	42	46,2
Procedência/Estado		
MT	38	41,7
RR	10	10,9
RO	9	9,9
SP	8	8,8
AM	6	6,6
PA	5	5,5
PE	5	5,5
MS	3	3,3
BA	2	2,2
AC	1	1,1
AP	1	1,1
MA	1	1,1
RJ	1	1,1
RS	1	1,1
Dsei de origem		
Parque Indígena do Xingu-MT	27	29,6
Litoral Sul- PR, RJ, RS, SC, SP	14	15,3
Leste Roraima-RR	10	10,9
Vilhena- MT, RO	9	9,8
Xavante-MT	5	5,4
Pernambuco-PE	4	4,3
Caiapó do Mato Grosso-MT, PA	4	4,3
Cuiabá-MT	3	3,2
Manaus- AM	3	3,2
Mato Grosso do Sul-MS	3	3,2
Guamá-Tocantins-MA, PA	3	3,2
Vale do Rio Javari- AM	2	2,1
Alto do Rio Purus-AC, AM, RO	1	1,1
Alto do Rio Negro- AM	1	1,1
Amapá e Norte do Pará- AM, PA	1	1,1
Bahia-BA	1	1,1
Porto Velho-AM, MT, RO	1	1,1

Total	91	100,0
--------------	-----------	--------------

Dos prontuários analisados, identificou-se que 47 pacientes (51,6%) haviam sido encaminhados a São Paulo, pela primeira vez, para iniciar investigação diagnóstica, o que se chama de casos novos e 44 pacientes (48,3%) eram retornos para continuidade do tratamento.

O DSEI e suas unidades organizacionais compostas por CASAI, Polo Base e aldeia foram responsáveis por 74 (81,3%) dos encaminhamentos dos pacientes para a cidade de São Paulo. O restante dos encaminhamentos foi realizado pela rede de saúde municipal/estadual (Hospital, Unidade Básica de Saúde). A maioria (70,3%) desses pacientes indígenas realizou de uma a cinco consultas no Ambulatório do Índio durante sua permanência em São Paulo. Na alta dos pacientes, verificou-se que 68 (74,7%) contrarreferências indicaram retorno para continuidade do tratamento. Somente 16 pacientes (17,6%) obtiveram alta definitiva do serviço com indicação de segmento na região de origem, 06 pacientes (6,6%) foram a óbito durante tratamento e 1 paciente (1,1%) ainda não havia recebido alta até o mês de dezembro de 2008 (Tabela 2). Dos seis óbitos ocorridos, quatro foram por neoplasias (estômago, colo do útero, placenta, encéfalo), um óbito por doenças infecciosas e parasitárias (hepatite viral crônica) e outro pelas doenças do aparelho circulatório (sequelas de doenças cerebrovasculares). A média de idade nos óbitos foi de 50,8 anos, sendo igual a divisão por sexo.

Tabela 2. Perfil dos atendimentos realizados no Ambulatório do Índio, ano de 2008.

Variáveis	n	%
Caso Novo	47	51,6
Retorno	44	48,3
Responsável pelo encaminhamento		
DSEI (Casai, Polo Base, aldeia)	74	81,3
Rede municipal (Hospital, Unidade Básica de Saúde)	17	18,7
Nº consultas no Ambulatório do Índio		
1-5	64	70,3
6-10	18	19,8
11 e mais	09	9,9
Contrarreferência		
Alta com retorno	68	74,7
Alta definitiva	16	17,6
Óbitos	06	6,6
Não se aplica*	01	1,1
Total	91	100,0

* Ainda não havia recebido alta.

Os encaminhamentos gerados pelo Ambulatório do Índio às especialidades do Hospital São Paulo foram maioria para a cardiologia (24,2%), ortopedia (15,4%), oncologia (13,2%) e clínica cirúrgica (13,2%). Não foi contabilizado o número de consultas realizadas nas especialidades do Hospital São Paulo. Os pacientes que permaneceram hospedados na CASAI SP até sua alta, contabilizaram média de permanência de 90 dias. No entanto, quando avaliou-se a média de permanência dos casos novos e retornos separadamente, observou-se aumento para 107 dias e decréscimo para 70 dias, respectivamente.

Analisando a hipótese diagnóstica inicial dos encaminhamentos realizados pelos serviços de saúde de origem, verificou-se que 69 casos (75,8%) foram confirmados nos diagnósticos realizados nas especialidades da atenção terciária e 22 casos (24,2%) tiveram diagnósticos diferentes daqueles da hipótese inicial. Isso mostra que a investigação realizada, inicialmente, pelos serviços de saúde de origem foi satisfatória, porém a resolutividade foi baixa, possivelmente, pela falta de recursos humanos e tecnológicos especializados.

A distribuição da morbidade (CID-10) dos pacientes indígenas mostra que a maior parte da amostra encontra-se nas faixas etárias de 20-50 anos (37,3%) e acima de 50 anos (23,1%). Nessas faixas etárias prevalecem como causas de morbidade, por ordem de ocorrência, as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho geniturinário e as doenças do aparelho digestivo. Na faixa etária de 0 a 5 anos, surgem, com maior frequência, a má formação congênita e anomalias cromossômicas (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das causas de morbidade por faixa etária, Ambulatório do Índio, 2008

Morbidade (CID -10)	0 – 5		5 -10		10 – 20		20 – 50		50 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I. Doenças infecciosas e parasitárias	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1	-	-	2	2,2
II. Neoplasias (tumores)	3	3,3	3	3,3	-	-	9	9,9	8	8,8	23	25,3
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1,1	-	-	-	-	2	2,2	-	-	3	3,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1	-	-	2	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	1	1,1	1	1,1	2	2,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	1,1	2	2,2	-	-	-	-	3	3,3

IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	1	1,1	5	5,5	3	3,3	9	9,9
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	1	1,1	1	1,1	-	-	-	-	2	2,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	1	1,1	1	1,1	3	3,3	2	2,2	7	7,7
XII. Doenças da pele e tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	2	2,2	1	1,1	3	3,3
XIII. Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo	-	-	2	2,2	3	3,3	2	2,2	-	-	7	7,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	1,1	-	-	1	1,1	3	3,3	3	3,3	8	8,8
XVII. Má formação congênita e anomalias cromossômicas	6	6,6	2	2,2	2	2,2	4	4,3	-	-	14	15,3
XIX. Lesões, envenenamento e causas externas	-	-	-	-	-	-	1	1,1	-	-	1	1,1
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,3	3	3,3
Total	14	15,4	10	11,0	12	13,2	34	37,3	21	23,1	91	100,0

As três principais causas de morbidade dos pacientes indígenas atendidos no ambulatório no ano de 2008 foram: neoplasias, má formação congênita e anomalias cromossômicas e doenças do aparelho circulatório com 23 (25,3%), 14 (15,4%) e 9 (9,9%) registros, respectivamente (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das causas de morbidade (CID-10) de pacientes indígena, por ordem de ocorrência, Ambulatório do Índio, 2008.

Morbidade (CID -10)	n	%
Neoplasias (tumores) (cap. II)	23	25,3
Má formação congênita e anomalias cromossômicas (cap. XVII)	14	15,4
Doenças do aparelho circulatório (cap. IX)	9	9,9
Doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV)	8	8,7
Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo (cap. XIII)	7	7,7
Doenças do aparelho digestivo (cap. XI)	7	7,7
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (cap. VIII)	3	3,3
Doenças da pele e tecido subcutâneo (cap. XII)	3	3,3
Fatores que influenciam o estado de saúde (cap. XXI)	3	3,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (cap. IV)	3	3,3
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)	2	2,2
Doenças do sistema nervoso (cap. VI)	2	2,2
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)	2	2,2
Doenças do olho e anexos (cap. VII)	2	2,2

Lesões, envenenamento e causas externas (cap.XIX)	1	1,1
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (cap.III)	1	1,1
Transtornos mentais e comportamentais (cap.V)	1	1,1
Total	91	100,0

Figura 1. Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena no Brasil



Fonte: SESAI, 2013

DISCUSSÃO

O trabalho apresentou algumas limitações por tratar-se de recorte de período relativamente curto, sendo difícil estabelecer comparações e aprofundar a análise. Ainda, assim, obteve-se um panorama descritivo que pode ser cotejado com o contexto sanitário mais amplo da saúde indígena, que é uma sociedade em transição epidemiológica (LEITE et al., 2003).

Os povos indígenas representam uma parcela de 0,4% da população brasileira com aproximadamente 817,9 mil indivíduos pertencentes a 305 etnias distribuídos por todo território nacional (IBGE, 2013). A maioria dos pacientes indígenas, atendidos no Ambulatório do Índio, foi encaminhada das regiões Centro-Oeste e Norte do país, que apresentam maior contingente populacional. Presume-se que, nessas regiões, a dificuldade de acesso a serviços de saúde de

atenção terciária seja uma realidade para esses povos.

Ainda não existem dados reais e fidedignos sobre a situação de saúde da população indígena no país, apenas dados parciais (LEITE et al., 2003). Em 2000, criou-se o Sistema de Informação da Atenção de Saúde Indígena (SIASI), uma importante ferramenta, mas que ainda não funciona plenamente. Um estudo recente analisou a eficiência desse sistema e constatou que as informações disponíveis não são analisadas e utilizadas como avaliação das ações de saúde (SCATENA et al., 2007). Além disso, alguns autores citam o risco de criar um sistema de informação paralelo ao banco de dados da população em geral, produzindo um “gueto epidemiológico” que inviabilize contextualizar os indicadores de saúde indígena em relação às outras etnias no Brasil (DIEHL et al., 2003).

As causas de morbidade, encontradas nesse estudo, foram diferentes de outros trabalhos desenvolvidos em contextos de atenção à saúde primária e secundária, mas que já era esperado, pois se teve como fonte de investigação um serviço de atenção terciário. No entanto, esses resultados sinalizam a complexidade das morbimortalidades na população indígena em franco processo de transição epidemiológica. Além disso, aponta para a necessidade de se organizar os serviços de atenção primária e secundária, direcionando para a promoção e prevenção das DCNT nessa população. Outra questão importante é organizar as redes de atenção à saúde, principalmente a terciária, que serão acionadas para atendimento de pacientes indígenas com necessidades diferenciadas.

É cada vez mais expressiva a demanda de atendimento de pacientes indígenas aos serviços de atenção terciária como o Ambulatório do Índio/Hospital São Paulo/Unifesp. No ano de 2008, havia 52 pedidos de encaminhamentos que aguardavam atendimento, principalmente para as especialidades de cardiologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia, mas que não foram atendidas pela falta de vagas na CASAI SP. Geralmente, essa demanda é reprimida, pois os pacientes indígenas e seus acompanhantes dependem da disponibilidade de vaga nas CASAI. Sabe-se que a situação das CASAI, em todo o Brasil, é crítica, pois a estrutura é precária, faltam leitos, a rotatividade dos pacientes é baixa devido à complexidade das patologias e também por questões de ordem burocrática como a demora na liberação de passagens que atrasam o retorno do paciente à sua residência. Também é primordial organizar o fluxo de atendimento para as referências de atenção terciária de forma a diminuir o

deslocamento de pacientes para regiões muito distantes da sua residência e família, otimizando a demanda reprimida para atendimento especializado.

A morbidade hospitalar indígena no SUS, no ano de 2008, apresentou como as três principais causas, por ordem de ocorrência: gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2013). Estudos que investigaram a morbidade de diferentes populações indígenas no Brasil encontraram os mesmos perfis (HÖKERBERG et al., 2001; COIMBRA JÚNIOR et al., 2007; CARDOSO et al., 2010; SOUZA et al., 2010). Os resultados obtidos, neste trabalho, foram divergentes aos da literatura, pois evidenciaram como principais causas de adoecimento as neoplasias, a má formação congênita e anomalias cromossômicas e doenças do aparelho circulatório, compondo quadro característico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), exceto pelas patologias genéticas. Neste estudo, encontrou-se uma maior frequência de neoplasias (25%) que pode ser ocasionada por vários fatores de interferência. Em primeiro lugar, a possibilidade do aumento da incidência dos cânceres, seja pela maior sobrevivência da população, seja pela maior exposição a fatores de risco ou pela introdução de novo arsenal diagnóstico (UNIFESP, 2013).

A representação do conjunto de morbidade desses pacientes vem de encontro aos estudos que apontam mudanças no perfil epidemiológico dos povos indígenas e da população brasileira como um todo, direcionando para um aumento das DCNT, um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e que afeta principalmente grupos sociais vulneráveis (BRASIL, 2011; DUNCAN et al., 2012).

Chama atenção que a má formação congênita apareceu em segundo lugar (15,4%) como principal causa de morbidade entre os pacientes indígenas, principalmente na faixa etária de 0-5 anos. No Brasil, a mortalidade infantil por má formação congênita apresentou taxa de 19,3% e na população indígena foi de 10,8% (BRASIL, 2011). Grande parte desses problemas ainda apresenta origem desconhecida, sendo uma das causas de mortalidade infantil no mundo (NETO SIEDERSBERGER et al., 2012). DANTAS (2010) identificou, no perfil de morbidade de crianças indígenas referenciadas a CASAI Rio Branco, que as patologias congênitas surgiram em terceiro lugar entre as principais causas de internação. Esses achados podem estar relacionados à consanguinidade nos relacionamentos, comum a muitos grupos indígenas.

O atendimento à saúde do indígena é singular e necessita de serviços com equipe de

referência que acompanhe e atenda as necessidades dos pacientes indígenas durante o itinerário diagnóstico e terapêutico. O Ambulatório do Índio vem acumulando considerável experiência nessa área, sendo um serviço pioneiro voltado para o acolhimento, a coordenação de cuidados e atendimento diferenciado dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam aspectos do perfil de morbidade dos indígenas atendidos em um serviço de atenção terciária. Merece atenção a complexidade dessas patologias que podem ocasionar sequelas e limitações importantes nessa população acostumada a viver de forma bastante singular. Dispor de uma rede de serviços integrada que possa identificar as necessidades desses pacientes, responsabilizando-se pela coordenação do cuidado no itinerário diagnóstico e terapêutico, é fundamental.

Com base nos dados encontrados, ainda não é possível traçar de forma satisfatória um perfil epidemiológico dos pacientes indígenas que são encaminhados para uma referência terciária. No entanto, é possível apontar para uma complexa e dinâmica mudança nesse perfil, com o incremento das doenças crônicas não transmissíveis. As informações aqui apresentadas foram importantes para incrementar os dados sobre as condições de saúde desses povos e trazer luz à compreensão do padrão de adoecimento que ao longo dos anos vem se modificando. Esses resultados também foram úteis para melhorar o entendimento acerca do quadro epidemiológico dos indígenas referenciados para um serviço de saúde de atenção terciária e fomentar reflexão sobre essa emergente demanda de saúde dos povos indígenas.

A partir da análise dos indicadores de saúde dos povos indígenas no Brasil, avaliou-se que, de maneira geral, essa população encontra-se nas piores situações de exclusão social. O subsistema de saúde indígena ainda apresenta dificuldades quanto à universalização e integralização da assistência. A complexidade das morbidades que foram encontradas sinaliza a necessidade de melhorar o acesso às referências de maior complexidade e que sejam mais próximas as suas regiões de residência. É fundamental conhecer a distribuição, magnitude e os fatores de risco das DCNT nessa população para que sejam articuladas políticas para a promoção e educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- BÓIA, M.N.; CARVALHO-COSTA, F.A.; SODRÉ, F.C.; PORRAS-PEDROZA, B.E.; FARIA, E.C.; MAGALHÃES, G.A.P.; et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.1, p.176-8, 2009.
- Brasil. DATASUS. Morbidade hospitalar no SUS. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203/>> Acesso em: 15 jul.2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARDOSO, A.M.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; TAVARES, F.G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. v.13, n.1, p.21-34, 2010.
- COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; LUNARDI, R.; SANTOS, R.V. Morbidade hospitalar de indígena Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000- 2002). **Rev. Bras. Epidemiol**. v.10, n.4, p. 441-52, 2007.
- CONFALONIERI, U.E.C. O sistema único de saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad Saúde Pública**. v.5, n.4, p. 441-50, 1989.
- DANTAS, F.L.L. Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco. 2010. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.
- DIEHL, E.E.; DRACHLER, M.L.; MENEGOLLA, I.; RODRIGUES, I. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p. 217-34, 2003.
- DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E.M.L.; BENSENOR, I.M.; MILL, J.G.; SCHMIDT, M.I.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**. v.46, n.1, p.126-134, 2012.
- FERREIRA, M.E.V.; MATSUO, T.; SOUZA, R.K.T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n.12, p. 2327-39, 2011.
- HÖKERBERG, Y.H.M.; DUCHIADE, M.P.; BARCELLOS, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.17, n.2, p.261-72, 2001.
- IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. O Brasil Indígena. 2013. Disponível em: <<http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/>> Acesso em: 25 jun.2013.

LEITE, M.S.; GUGELMIN, A.S.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: Reflexões a partir do caso xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p.105-25, 2003.

NETO SIEDERSBERGER, P.; ZHANG, L.; NICOLETTI, D.; BARTH, F.M. Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008. **Revista AMRIGS**. v.56, n.2, p.129-32, 2012.

RIBEIRO, D. Convívio e contaminação. In: Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das letras, p.305-56, 2000.

ROCHA, A.K.S.; BÓS, A.J.G.; HUTTNER, E.; MACHADO, D.C. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. v.29, n.1, p.41-5, 2011.

RODRIGUES, D.A. Escola Paulista de medicina: o Projeto Xingu e a política de atenção á saúde dos povos indígenas no Brasil. In: BARUZZI, B.G.; JUNQUEIRA, C. Parque indígena Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, p. 259-73, 2005.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. Cenário e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p.13-47, 2003.

SCATENA, J.H.G.; SOUZA, M.C.; SANTOS, R.V. O sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n. 4, p. 853-61, 2007.

SESAI. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744/> Acesso em: 05 jul. 2013.

SOUZA, L.G.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante do Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 15, n.1, p.1465-73, 2010.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Ambulatório do Índio, 2010. Disponível em: <<http://www.projetoxingu.unifesp.br/>> Acesso em: 10 mai. 2013.