




# RIES

---

RIES  Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARQ

**RIES, v. 6, nº2 (14) 2017**

**REVISTA  
INTERSCCIPLINAR DE  
ESTUDOS EM  
SAÚDE**

# RIES:

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

V. 6 – Nº 2 (14) – 2017

Editor:  
Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

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. 6, nº 2. 2017. Caçador (SC): UNIARP,  
2017.

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. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

**Conselho Editorial**

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

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

Profa. Dra. Catia Rosana Lange de Aguiar, Universidade Federal de Santa Catarina, Blumenau, SC, Brasil

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

Prof. Dr. Everaldo da Silva, Centro Universitário de Brusque - UNIFEBE, Brasil

Prof. Dr. Kleber Prado Filho, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Me. Leonardo de Paula Martins, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Centro Universitário Católica de Santa Catarina - Joinville, SC, Brasil

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

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

**Comissão Científica ad hoc**

Adalberto Alves de Castro (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Adelcio Machado dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriana Romão (Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil), Adriano Luiz Maffessoni (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriano Slongo (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Aline Aparecida Foppa (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Amaryllis Tavares (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ana Cláudia Lawless Dourado (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Carneiro Canalle (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Frigeri (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Andréa Andrade Alves (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Anielle de Vargas (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Carazinho, RS, Brasil), Antonio Pedro Tessaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Bianca Schweitzer (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Profa. Dra. Catia Rosana Lange de Aguiar, Universidade Federal de Santa Catarina, Blumenau, SC, Brasil, Carolina Carbonell Demori (Universidade da Região da Campanha – URCAMP, Bagé, RS, Brasil), Caryna Eurich Mazur (Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba, PR, Brasil), Cíntia Martins (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana, BA, Brasil), Claudio Sergio Costa (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Claudriana Locatelli (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Clayton Luiz Zanella (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Cristianne Confessor Castilho Lopes (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniele Botelho Vinholes (Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC, Criciúma, SC, Brasil), Danielly de Brito Andrade (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Diogo Gonçalves de Oliveira (Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM), Eliabe Rodrigues de Medeiros (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil), Emyr Hiago Bellaver (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Everaldo da Silva (Instituto Blumenauense de Ensino Superior - IBES/SOCIESC, Blumenau, SC, Brasil), Fabiana Meneghetti Dallacosta (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Fábio Boeing (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Fátima Noely da Silva (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Genéia Lucas dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Iara Bezerra Batista Lessa (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Iedo Silva (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Izabel Cristina Ribas Rodrigues Calliari (Centro Universitário de União da Vitória - UNIUV, União da Vitória, PR, Brasil), Izabel Cristina Santiago Lemos (Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, CE, Brasil), Jadson Justi (Universidade de Rio Verde - FESURV, Rio Verde, GO), João Felipe Peres Rezer (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Joel Cezar Bonin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Jorge Luiz Velasquez (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Katherinne Barth Wanis Figueirêdo (Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil), Katiuscia Marcon Romão (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Kleber Prado Filho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Larisse Miranda de Brito (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, Cruz das Almas, BA, Brasil), Lenir Rodrigues Minghetti (Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages, SC, Brasil), Leonardo de Paula Martins (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, SC, Brasil), Leyza Paloschi de

Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ligia Beatriz Bento Franz (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Ijuí, RS, Brasil), Lisie Alende Prates (Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Livia Filla Nunes (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre (Centro Universitário Católica de Santa Catarina – Joinville, SC, Brasil), Lucas Vieira Dutra (Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE), Luciane Angela Nottar Nesello (Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí, SC, Brasil), Lucimar Filot da Silva Brum (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Marcus Vinicius Kvitschal (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Maria Aparecida (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Maria Elisabeth Kleba (Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO, Chapecó, SC, Brasil), Marialva Linda Moog Pinto (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mariangela Kraemer Lenz Ziede (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marilene Boscari (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marileusa Carvalho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mario Bandiera (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marivane Lemos (Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - FCFRP/USP), Patricia Aparecida Batista Schepman (Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, EUA), Patrícia Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paula Brustolin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paulo Autran Leite Lima (Universidade Federal de Sergipe - UFS, Aracaju, SE, Brasil), Raul Sousa Sousa Andreza (Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil), Resende Diniz Acioli (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Roberta Aparecida Varaschin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, BRASIL), Roberta Borghetti Alves (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Robson José de Souza Domingues (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Roger Francisco Ferreira de Campos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rose Santos Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemari Santos de Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemery Andrade (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Sandoval Alencar da Silva (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil), Siham Abdel Amer (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Talize Foppa (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tarso Waltrick (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tathiana Carla Gelinski (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Valéria Marques Ferreira Normando (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Vilmair Zancanaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Wanderléia de Oliveira Tragancin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil).

#### **Capa**

Denise Bolzan Barpp

Taise de Almeida

#### **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.

**Indexação:** 1) Diretórios de revistas: - Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER/IBICT); - Diadorim, diretório de políticas das revistas científicas brasileiras sobre o acesso aberto aos artigos por meio de repositórios institucionais; - Periódicos de Livre Acesso na Internet - LivRe- <http://livre.cnen.gov.br>; - Latindex (Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal); - Open Archives – OAI Register Data Providers. 2) Índices (Index) ou Bibliografias (Abstracts): - Portal de Periódicos da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP; - Catálogo da Biblioteca da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP; - Sumários.org; 3) Serviços de coleta de metadados: - Google Scholar

## SUMÁRIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>9</b>
<b>ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE .....</b>	<b>10</b>
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL DE UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE .....	11
OBESIDADE E SUA RELAÇÃO COM A MICROBIOTA INTESTINAL .....	29
SABERES SOBRE PARASITOSSES EM UMA COMUNIDADE RIBERINHA.....	44
FATORES RELACIONADOS AO ESTRESSE ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE ODONTOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	57
METODOLOGIA ATIVA: DA BIBLIOMETRIA GERAL A INTERSEÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	73
FATORES RESPONSÁVEIS PELA INTERRUPÇÃO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	83
ÍNDICES DE QUALIDADE DA DIETA ORAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	94
AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA NO USO DE ANTIDEPRESSIVOS NA AMAMENTAÇÃO .....	103
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CAMPO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	118
PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE PACIENTES E ACOMPANHANTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA E ELABORAÇÃO DE CARTILHA EM PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL.....	135
<b>TEORIAS E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>147</b>
AGENTES ESTRESSORES NO COTIDIANO DO FORMANDO DE ENFERMAGEM E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO .....	148
DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA PUERPERAL.....	162
<b>ÁREAS EMERGENTES EM PSICOLOGIA .....</b>	<b>177</b>
A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC) NO TRATAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA..	178

---

ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL: UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	192
FRENTE ENTRE A DOR E O SOFRIMENTO: O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO EXISTENCIALISMO SARTREANO.....	202
VIGOTSKI E A CLÍNICA PSICOLÓGICA: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE SEUS ESCRITOS .....	217



## EDITORIAL

Prezados leitores e leitoras da RIES,

É com imensa satisfação que a Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde apresenta o seu último número de 2017, mantendo a sua regularidade semestral.

Nesta 2ª Edição de 2017 da RIES, apresentamos quinze artigos divididos em três sessões do conhecimento: 1) Estudos Interdisciplinares em Saúde; 2) Teorias e Práticas em Enfermagem e; 3) Áreas Emergentes em Psicologia. Os estudos abordam pesquisas descritivas, de natureza qualitativa e quantitativa, e aprofundam o conhecimento em várias áreas da saúde.

Na sessão de Estudos Interdisciplinares em Saúde são apresentados dez (10) artigos sobre temáticas relacionadas ao envelhecimento na população do Meio Oeste Catarinense, obesidade e a sua relação com a microbiota, parasitoses em crianças ribeirinhas, estresse em universitários, metodologias ativas em profissionais em saúde, interrupção da amamentação precocemente, qualidade das dietas orais, antidepressivos na amamentação, programa de educação em saúde e saúde bucal no hospital.

Na sessão de Teorias e Práticas em Enfermagem são apresentados dois (2) artigos com enfoque em estressores e estratégias de enfrentamento em formandos em enfermagem, finalizando com uma pesquisa sobre os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal.

Na última sessão da revista sobre as Áreas Emergentes em Psicologia apresentamos dois (e) estudos de revisão e reflexão da literatura sobre as temáticas terapia cognitiva comportamental no tratamento do paciente oncológico e transtorno mental e suas consequências.

Gostaríamos de salientar que a colaboração dos avaliadores, autores e o esforço dos editores da RIES tem feito com que a revista obtenha novos conceitos e se direcione para melhorar a qualidade dos artigos que estão sendo submetidos e aceitos. Todo este trabalho, visa a expansão e o desenvolvimento da ciência, fazendo com que a RIES seja uma ferramenta interdisciplinar de conhecimento para os leitores.

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha  
Editor

**ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM  
SAÚDE**

# ENVELHECIMENTO POPULACIONAL DE UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE

## *Population aging of a municipality of the Catarinense Middle West*

Isaac Guilherme de Oliveira<sup>1</sup>  
Mariangela Ziede<sup>2</sup>  
Ludimar Pegoraro<sup>3</sup>  
Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha<sup>4</sup>

Recebido em: 01 fev. 2017

Aceito em: 22 out. 2017

**RESUMO:** O presente estudo foi realizado através de uma revisão da literatura e de dados estatísticos acerca do crescimento populacional e do envelhecimento, objetivando avaliar as perspectivas da saúde do idoso em Porto União e verificar as ações e programas voltados aos idosos no município. A metodologia consistiu na busca de dados e informações em Censos Demográficos Brasileiros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e também nos demais referenciais consultadas. Os óbitos se concentram cada vez mais nas idades mais avançadas e menos nas idades mais baixas, indicativo de que a população está vivendo mais. Com relação às causas dos óbitos em idosos, predominam as doenças do aparelho circulatório e de neoplasias.

**Palavras-chave:** Envelhecimento populacional. Idoso. Porto União.

**ABSTRACT:** This study was conducted through a literature review and statistical data about population growth and aging, to evaluate the prospects of the health of the elderly in Puerto Union and verify the actions and programs targeting the elderly in the city. The methodology consisted in the search for data and information on Censuses of the Brazilian Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the Department of SUS (DATASUS) and also in other references consulted. The deaths are concentrated increasingly in older ages and less at lower ages, indicating that the population is living longer. Regarding the causes of death in the elderly, the predominant circulatory diseases and neoplasms.

**Keywords:** Aging population. Elderly. Porto União.

## INTRODUÇÃO

O homem durante muito tempo não se preocupou com o envelhecimento, apesar do tempo médio de vida do ser humano ser muito pequeno que se devia às precárias condições de vida e a fragilidade diante das doenças e também por serem presas fáceis

---

<sup>1</sup> Mestre em Desenvolvimento e Sociedade pela UNIARP.

<sup>2</sup> Doutora em Educação pela UFRGS e professora do DEBAS/UFRGS.

<sup>3</sup> Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e professor do mestrado interdisciplinar em Desenvolvimento e Sociedade da UNIARP.

<sup>4</sup> Doutor em Ciências Biomédica pela IUNIR e professor do mestrado interdisciplinar em Desenvolvimento e Sociedade da UNIARP.

dos predadores. Somente mais tarde é que se inicia a ação contra as doenças e a morte, e o seu grande desafio, vencer o envelhecimento (DUARTE, 2011).

O processo do envelhecimento está circundado de muitas concepções, temores, crenças e mitos, assim, o modo de se conceber a velhice, varia conforme o lugar e a cultura, sendo que o estudo de como a sociedade trata a velhice remonta aos tempos dos Babilônios, Hebreus e da Grécia Antiga (LEMOS et al., 2011). É notável que no decorrer da história se identifica o desejo do ser humano em prolongar a vida, retardar ou tentar controlar o envelhecimento, o que faz parte de sua procura pela felicidade completa.

Atrelado a estas realidades surgem outras, quando nos deparamos com o problema do fenômeno do envelhecimento populacional. É sabido que o segmento idoso é a que mais cresce no Brasil, que durante décadas foi apontado como um país jovem e que agora vai caminhando para o envelhecer. De acordo com Cormack (2011), até o ano de 2025 o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, com mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa, representando quase 15% da população total.

As transformações na estrutura etária do país acarretam desafios para todos os setores, impondo a necessidade de se repensar nos serviços necessários para as próximas décadas, pois o aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2011, p.27).

Lançar luz acerca deste tema certamente auxilia na preparação de políticas e programas específicos aos idosos, de modo imprescindível e urgente, e entre as variadas maneiras de constituir o fenômeno do envelhecimento populacional num objeto de estudo, optamos pela de relacionar os dados pertinentes ao assunto do município de Porto União - SC com os dados estaduais e nacionais.

## **CONCEPÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO**

Constata-se a impossibilidade de se estabelecer uma definição ampla e aceitável em relação ao envelhecimento, apesar das diversas formas de categorização (sociais, culturais, psicológicas) que tentam definir o limite entre as idades, nenhuma foi capaz de descrever o experienciar da velhice, tornando-se vagas e arbitrárias generalizações (ALMEIDA e LOURENÇO, 2009, p. 234).

Deste modo, podemos citar que “terceira idade”,

[...] é uma expressão que recentemente se disseminou no vocabulário brasileiro. Mais do que uma referência a uma idade cronológica, é a maneira eleita para tratamento das pessoas de idade mais avançada que ainda não adquiriu conotação pejorativa. A expressão originou-se na França, país no qual os primeiros gerontólogos brasileiros foram formados com a implementação, na década de 1970, das Universités Du Troisième Age (STUCCHI, 1994 apud ALMEIDA e LOURENÇO, 2009, p. 233).

Para Ribeiro (2008), o conceito da velhice como fenômeno natural apoiado em bases biológicas tem sustentação histórica localizada entre os séculos XVIII e XIX, com a

---

Teoria de Darwin, e que nos últimos anos no terreno social procedeu-se a “uma renovação da ideia de velhice, que passou a se apoiar em ideais expressas em termos de uma ‘velhice saudável, ativa, feliz, com qualidade de vida’”.

Motta (2011) explana o que é envelhecer diante de vários aspectos:

- 1 Epidemiologicamente: “[...] conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade”;
- 2 Biologicamente: “[...] processo multifatorial, abrangendo desde o nível molecular ao morfo-fisiológico [...] influenciado por modificações psicológicas, funcionais e sociais que ocorrem com o passar do tempo”;
- 3 Geneticamente: “[...] modificação do fenótipo de cada indivíduo com o passar do tempo, em processo preestabelecido de modificações de acordo com a idade ou como resultado de mudanças devidas ao ambiente [...]”;
- 4 Sócio-culturalmente: “[...] o envelhecimento reflete uma inter-relação de fatores individuais, sociais e econômicos, fruto da educação, trabalho, experiência de vida e cultura”;
- 5 Psicossocialmente: “[...] hoje, utilizam-se conceitos de saúde ampliada, como a qualidade de vida”.

Tendo as diversas variações encontradas para o conceito do envelhecimento, é utilizada uma abordagem baseada na idade cronológica para definir a pessoa participante do grupo chamado de “idosos”, que no Brasil conta com o Decreto 1.948 de 3 de julho de 1996, que “regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências” (BRASIL, 2016) e com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, que em seu artigo 1º, define idoso como sendo a “pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2003).

Guelffi et. al. (2011) afirmam que a OMS (Organização Mundial de Saúde) e convenções sócio demográficas atuais definem como sendo idosa a pessoa com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais para os países desenvolvidos. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de envelhecimento de forma a ser uma experiência positiva, acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança (BRASIL, 2005, p. 13).

No Brasil, através da Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006 se dispõe o Dia Nacional do Idoso a ser celebrado no dia 1º de outubro de cada ano, sendo que “[...] os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso ficam incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade” (BRASIL, 2011a).

Com relação ao dia Internacional das Pessoas Idosas, observado em 1º de outubro de 2011, o secretário-geral da ONU Ban Ki-moon afirmou que quase dois terços das pessoas idosas vivem em países em desenvolvimento, mas os idosos ainda são em grande parte excluídos do desenvolvimento das agendas global, regional e nacional, em um momento em que, a comunidade internacional está se preparando para fazer um balanço do desenvolvimento sustentável e está buscando traçar uma agenda de desenvolvimento para o futuro, é importante olhar para as necessidades e contribuições das pessoas mais

velhas, já que estas são contribuintes vibrantes e essenciais para o desenvolvimento e a estabilidade da sociedade, e muito mais pode e deve ser feito para utilizar o seu potencial (ONU, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

O prolongamento da vida humana é, sem dúvida, um ganho coletivo, mas que tem se traduzido como uma ameaça à reprodução da vida social, onde os custos da aposentadoria e da cobertura médico-assistencial da velhice são apresentados como indicadores da inviabilidade de um sistema que, em futuro próximo, não poderá arcar com os gastos de atendimento, assim, o futuro tem um lado sombrio em que é obrigatória a apresentação das projeções sobre o crescimento demográfico da população idosa e os custos financeiros que ele trará para o Estado e a sociedade como um todo (SEKINE et al., 2006).

Conforme Pereira (2006, p. 9) é plausível entender que se teve uma modificação significativa nos perfis da população brasileira comparando-se os inícios dos séculos XX e XXI, que se faz entender através de três fases:

Na primeira fase, entre 1870 e 1930, o Brasil viveu um período de intensa imigração de estrangeiros, altas taxas de mortalidade e fecundidade e um baixo crescimento vegetativo. Na segunda fase tivemos altas taxas de natalidade que chegaram ao topo na década de 50, paralelamente ao declínio da mortalidade, o que trouxe um elevado crescimento populacional. A partir da segunda metade da década de 60 o Brasil passou a apresentar um envelhecimento populacional, ou seja, queda da fecundidade e aumento da longevidade.

Vale ressaltar que o processo de envelhecimento ocorre de maneira diferenciada em todo o mundo, sendo que cada país possui seus aspectos culturais, econômicos e sociais que estão inteiramente ligados com a qualidade de vida de seus cidadãos e que acabam intervindo na forma como as pessoas irão envelhecer e como se dará esse processo (ALMEIDA, 2005).

Segundo Brasil (2005), o número de indivíduos com 60 anos ou mais está crescendo em todo o mundo e mais acentuadamente que qualquer outra faixa etária, sendo que em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

De acordo com estimativas do IBGE, o número de brasileiros vai crescer até 2042, a partir de quando o número de óbitos ultrapassará o de nascimentos, sendo que em 2060, as avaliações assinalam que o país terá 218,2 milhões de habitantes, o mesmo número que em 2025 (BBC Brasil, 2016).

Albuquerque (2003) comenta que nas últimas décadas notou-se um claro processo de envelhecimento da população em todos os países, tanto em países desenvolvidos quanto aqueles em desenvolvimento, sendo que a ONU (Organização das Nações Unidas) destaca que no período de 1970 a 2000 o crescimento observado foi de 54% nas nações

---

desenvolvidas e de 123% nos países em desenvolvimento, deste modo, a ONU considera o período de 1975 a 2025 como a “*Éra do envelhecimento*”.

Portanto, pode-se observar que o aumento da população de idosos pode ser avaliado como um fato mundial e, no Brasil, não poderia ser diferente, e com relação a este fato, Guelffi et. al. (2011) comentam que o país está deixando para trás a imagem de um país jovem, pois as projeções indicam que todo o aumento populacional se concentrará na população idosa, e este processo de longevidade se deve basicamente a dois fatores: melhoria das condições sanitárias e das novas descobertas científicas da medicina da microeletrônica.

Segundo dados do IBGE (2011), nas últimas três décadas a expectativa de vida aumentou 11 anos no Brasil, passando de 62,6 anos em 1980 para 72,86 anos em 2008. Ainda segundo os dados do IBGE se estima que, para o ano de 2050 a faixa etária dos idosos (60 anos ou mais) irá compor 29,75% da população, enquanto que os jovens (0 a 24 anos) irão representar 23,60% da população total. Em 2050 o índice de envelhecimento - divisão do número de idosos pelo de crianças - poderá ser de 172,7 idosos para cada 100 crianças (IBGE, 2011).

A transição demográfica proposta pelo americano Warren Thompson em 1929, intitulada “Demographic Transition Model”, pode ser considerada como as modificações que acontecem nas populações humanas desde o período das “altas taxas de nascimento (natalidade) e altas taxas de mortalidade” para o período das “baixas taxas de nascimento (natalidade) e baixas taxas de mortalidade” (LOTUFO, 2011, s/p).

## **POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO**

A formulação de políticas voltadas para a saúde do idoso é um fato recente no Brasil. Um marco importante foi a Constituição Federal de 1988, que inseriu o conceito de Seguridade Social, fazendo com que a rede de proteção social tivesse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania, deste modo, a legislação brasileira procurou se adequar a tal orientação, embora ainda faltem algumas medidas (ALMEIDA, 2005, p. 17).

A Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei 8.842), criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei. A Política Nacional do Idoso foi definitivamente concretizada com o Projeto de Lei 3.561/97[...]. O Estatuto do Idoso, em seu artigo 2º, assegura ao idoso, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (ALMEIDA, 2005, p. 17).

Deste modo, os direitos dos idosos brasileiros têm sido priorizados e estimulados

em nossa sociedade, mesmo que de forma ainda vagarosa.

Com relação a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Dutra (2010, p. 15) comenta que

Essa política incorpora, à Atenção Básica, mecanismos que promovem a melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da equipe da ESF. Além disso, estabelece que as intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, determinando dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

Miyata et al. (2005, p. 137), também explana que o Estatuto do Idoso defende, entre os direitos fundamentais do idoso, os relacionados à Saúde, destacando-se

atendimento integral pelo SUS; atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento; direito a acompanhante; proibição de discriminação em plano de saúde; treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de autoajuda.

Lima (2003, p.26) ilustra sobre a importância dos programas para idosos e dos programas de saúde para formular uma experiência coletiva, colaborando na construção de uma nova identidade coletiva e individual para os novos velhos.

Deste modo, considerando estes itens em um contexto mais atual e aplicável, no Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social cooperam para um aumento no risco da população desenvolver doenças crônicas e tendo isso em vista, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, (2011-2022),

[...] visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo de tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros. Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (BRASIL, 2011, p. 6).

De acordo com os dados obtidos através do PNAD 2009, pode-se traçar um breve perfil socioeconômico dos idosos brasileiros, no qual as mulheres são a maioria (55,8%) e a escolaridade ainda é considerada baixa, onde 30,7% tinham menos de um ano de instrução (IBGE, 2010, p. 192). A relação estabelecida entre gênero e envelhecimento, em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000, sendo que esta diferença é ilustrada com base na expectativa de vida entre os



sexos, um fenômeno mundial e que na conjuntura brasileira, em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens. (IBGE, 2002, p. 14).

Com relação aos reflexos desta feminização, Moreira (2011, s/p) explica que

[...] A dimensão do índice e sua evolução temporal apontam, claramente, para a necessidade de políticas sociais que contemplem o fato de que a maior fração da população idosa nacional será constituída por mulheres que sobreviverão por muitos anos mais do que seus companheiros, os seus principais provedores na velhice. A maior sobrevivência feminina e sua maior longevidade, provavelmente, implicarão em que as mesmas viverão por muito tempo sozinhas, dependentes de arranjos institucionais de suporte na velhice. Também contribuirá para um maior volume de pagamentos de pensões de mais longa duração, gastos que tenderiam a assumir participação crescente entre os atuais benefícios previdenciários.

Tendo em vista que as políticas apontam para os processos de saúde e doença, este tema será abordado a seguir.

## **ENVELHECIMENTO VERSUS SAÚDE E DOENÇA**

O idoso atualmente se depara com uma nova experiência ao envelhecer, no qual a qualidade de vida e as condições de saúde são consideradas pré-requisitos para o bem-estar na velhice e a longevidade.

A “saúde, muito mais que ausência de doença, é o resultado das condições – objetivas e subjetivas – que propiciam uma vida digna. Isso significa que a produção da saúde da população depende do conjunto das políticas públicas” (BRASIL 2007, p. 5).

As transformações na estrutura etária do País acarretam desafios para todos os setores, impondo a necessidade de se repensar na oferta de serviços necessários para as próximas décadas, pois o aumento de idosos implica também uma atenção especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Não se deve aplicar ao idoso um conceito de “doença única”, pois este apresenta diversos sintomas de enfermidades agudas, subagudas e crônicas, pelo qual seu desempenho funcional se deteriore gradativamente, fragilizando e causando o declínio da vitalidade decorrente do processo natural do envelhecimento, reunido aos processos mórbidos, acabam por limitar o idoso na lida cotidiana (FARINASSO, 2004, p.24).

Ainda segundo o autor, o Brasil já evidencia a grande preocupação com as DCNT, pois segundo a OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2001 as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as internações hospitalares no Brasil.

Segundo dados do IBGE (2010, p. 192), à medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Basta verificar que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%.

Deste modo, as políticas de saúde têm como papel oferecer condições para que o maior número de pessoas possíveis atinja a idade avançada de forma saudável.

## **ENVELHECIMENTO E OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA**

Sabe-se que o envelhecimento da população brasileira vem sendo considerada com um dos desafios da saúde pública na atualidade, na qual o incremento dessa demanda adverte para a necessidade de reestruturação e aumento da rede de atendimento, que atualmente vem sendo questionada. O novo padrão epidemiológico requer assistência mais especializada, com incorporação de tecnologias caras, apesar de não ser prerrogativa do idoso, com o envelhecimento populacional, tornam-se importantes estudos que verifiquem os impactos frente às demandas específicas do idoso (LOUVISON, 2006, p.14).

A nova realidade gerada pela longevidade social aponta e desafios do SUS para atender o segmento idoso. Com isso é necessário repensar maneiras e métodos nos diversos aspectos: capacitação pessoal, adaptações estruturais, como também a forma de financiamento para tais ações.

Dutra (2010, p. 14), afirma que

Em 2004, 25% das despesas do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) corresponderam a hospitalizações de pessoas idosas, as quais representavam, nesse período, 8,4% da população nacional. O índice de custo de hospitalização foi de R\$ 20,6 por habitante/ano para o segmento mais novo, de R\$ 33,2 para o grupo de 15 a 59 anos e de R\$ 107,3 para o grupo com idade igual ou superior a 60 anos. No período de 2001 a 2004, o custo com hospitalização cresceu 7% para cada indivíduo da faixa de 0 a 14 anos, 9% na faixa de 15 a 59 anos e 13% na faixa de 60 ou mais. Este fenômeno deve-se ao avanço da promoção de saúde nas últimas décadas, em que se obteve o controle das doenças infectocontagiosas e a diminuição da taxa de mortalidade infantil e da taxa de natalidade. Em decorrência disso, ocasionou-se uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, caracterizando um processo de envelhecimento populacional.

Cabe ressaltar que a Política Nacional do Idoso está fundada na promoção do envelhecimento saudável, na conservação da capacidade funcional, na prevenção das doenças, na recuperação da saúde, e na reabilitação da capacidade funcional perdida, garantindo a permanência no meio em que vivem e exercendo de forma independente suas funções na sociedade (LOUVISON, 2006, p.20).

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO EM PORTO UNIÃO**

O município de Porto União é composto por 34.882 habitantes, o equivalente a aproximadamente 0,5% da população do estado de Santa Catarina (IBGE, 2016). O ritmo do crescimento de Porto União é aproximadamente duas vezes menor que de Santa Catarina, ou seja, o comparativo dos dados dos Censos Demográficos do IBGE demonstrou que Porto União apresentou, entre 2000 e 2010, uma taxa média de crescimento populacional da ordem de 0,51% ao ano e de 1,66% no Estado de Santa Catarina

(SEBRAE/SC, 2010, p. 13). Vale ressaltar que esta taxa é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações (RIPSA, 2008).

Observa-se que a taxa de crescimento da população catarinense tem se mostrado superior a média nacional (no Brasil, no período de 2000-2009 foi de 1,3) o que indica que a população continua crescendo, mas no futuro próximo, crescerá cada vez menos, pois segue a tendência de decréscimo observada no Brasil. Já os dados atuais para o município de Porto União mostram-se muito abaixo das médias para o Brasil e para Santa Catarina. O índice encontrado para Porto União (0,5%) é próximo do esperado para Brasil no período de 2020 a 2040, previsto para 1,1 (CARVALHO, 2004, p. 18.) Este índice de 0,5% é o mesmo encontrado para a França em 2011 (CIA World Factbook, 2011). Diante deste índice, torna-se necessário a organização do município nos termos dos planos nacionais.

Conforme dados coletados (IBGE, 2011a) o percentual de idosos, no Brasil, Santa Catarina e Porto União, de acordo com a idade, sobre a população residente total, no ano de 2000 e 2010 é demonstrado na tabela a seguir.

**Tabela 1** – População residente por grupos de idade (%)

Grupos de idade	Brasil		Santa Catarina		Porto União	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Mais de 100 anos	0	0	0	0	0	0
95 a 99 anos	0	0	0	0	0	0
90 a 94 anos	0,1	0,2	0	0,1	0,1	0,1
85 a 89 anos	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5
80 a 84 anos	0,7	0,9	0,5	0,8	0,6	1,0
75 a 79 anos	1,1	1,4	1,0	1,2	1,2	1,6
70 a 74 anos	1,6	2,0	1,5	1,8	1,9	2,3
65 a 69 anos	2,1	2,6	2,0	2,5	2,7	2,9
60 a 64 anos	2,7	3,4	2,7	3,6	3,3	3,8
55 a 59 anos	3,2	4,3	3,3	4,7	3,6	4,8
50 a 54 anos	4,1	5,3	4,4	5,9	4,5	6,6
45 a 49 anos	5,2	6,2	5,6	7,1	5,5	7,0
40 a 44 anos	6,2	6,8	6,8	7,4	6,5	7,1
35 a 39 anos	7,2	7,2	8,2	7,6	7,8	7,4
30 a 34 anos	7,6	8,2	8,3	8,2	7,5	7,5
25 a 29 anos	8,1	8,9	8,2	9,1	7,6	7,6
20 a 24 anos	9,5	9,0	8,9	9,1	8,7	8,3

15 a 19 anos	10,6	8,9	10,0	8,7	9,6	8,6
10 a 14 anos	10,2	9,0	9,8	8,3	9,7	8,9
5 a 9 anos	9,7	7,9	9,4	7,0	9,3	7,8
0 a 4 anos	9,6	7,3	8,9	6,5	9,4	7,0

Fonte: IBGE, 2011a.

Comumente a estrutura etária de uma população é dividida em três faixas: os jovens, que compreendem de 0 a 19 anos; os adultos, entre 20 a 59 anos; e os idosos, entre 60 anos ou mais. Segundo esta disposição, em 2010 no município de Porto União, os jovens representavam 32,3% da população, os adultos 55,4% e os idosos 12,4% (SEBRAE/SC, 2013, p.15).

Observa-se também uma maior proporção de idosos entre 60 e 69 anos em Porto União, o que se traduz em um envelhecimento “precoce” do município. Isto quer dizer que, estes jovens idosos formam a base, fazendo com que, se for mantido esta tendência, sem haver alterações na migração e na mortalidade, a população idosa em Porto União tende a persistir e aumentar entre seus mais velhos, uma vez que o intervalo etário que determina a população idosa é amplo, e se tem uma população heterogênea.

**Tabela 2** - Prevalência da população jovem, adulta e idosa no Brasil, Santa Catarina e Porto União dividido por faixas etárias entre os períodos de 2000 e 2010.

Grupos de idade	Brasil		Santa Catarina		Porto União	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
0 a 19 anos (jovens)	40,1	33,1	38,1	30,5	38,0	32,3
20 a 59 anos (adultos)	51,1	55,9	53,7	59,1	51,9	55,4
60 anos ou mais (idosos)	8,6	11,0	8,0	10,3	10,1	12,2

Fonte: IBGE, 2011a.

Ao comparar os dados da evolução no período de 2000 a 2010 para a composição por idade para a população residente em Porto União, Santa Catarina e Brasil, observa-se que a média populacional na faixa etária jovem (0 a 19 anos) no período de 2000 a 2010 decresceu, e neste mesmo período houve aumento na faixa etária dos adultos e idosos tanto para o município, quanto no Estado e no Brasil. Os dados mostram como o número de idosos em Porto União tanto no ano de 2000 quanto no ano de 2010, teve a porcentagem de idosos (60 anos ou mais) maior que no Estado e que na nação.

Com relação à distribuição populacional por gênero, observa-se a predominância do sexo feminino e de população urbana no município de Porto União, sendo que, em 2010, os homens representavam 49,11% da população e as mulheres, 50,89%. Nota-se que a prevalência de mulheres no município ficou mais significativa ao decorrer das décadas, uma vez que em 1980 o número de mulheres quase equivale ao de homens (SEBRAE/SC, 2013, p. 14)

**Tabela 3** – Participação relativa da população residente por localização do domicílio e gênero, em Porto União, no período 1980 a 2010.

Ano	Gênero		Localidade	
	Homens	Mulheres	Urbana	Rural
1980	13.816	13.897	19.720	7.993
1991	14.734	15.149	22.638	7.245
2000	15.595	16.263	26.579	5.279
2010	16.448	17.045	28.266	5.227

**Fonte:** SEBRAE/SC, 2013, p. 13.

Também se observa a diminuição da população rural no município, e crescimento da população urbana. De acordo com estudos realizados pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - SEBRAE/SC (2010), o grau de urbanização do município foi superior a média de 77,5% do estado, com o valor de 85,1%, superior ainda à media nacional de 83%.

As três formas principais pelas quais o ambiente urbano afeta a saúde são através das mudanças sociais que acompanham o urbanismo, modificando comportamentos de risco; o risco proporcionado pela urbanização através de novos agentes tóxicos e infecciosos e pelo impacto, em grande escala, no ecossistema da biosfera, levando ao desequilíbrio ecológico.

Com relação aos aspectos sociais e de saúde do município, vale ressaltar alguns indicadores, como por exemplo, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), no qual o município de Porto União mostrou uma evolução de 55,9% no período de 1970 a 2000 (SEBRAE/SC, 2010, p. 17).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Porto União é 0,786, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto, ocupando a 87ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros. O IDHM do município passou de 0,666 em 2000 para 0,786 em 2010, ou seja, teve uma taxa de crescimento de 18,02%. Em 2010, a dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a Longevidade, com índice de 0,891, seguida de Renda, com índice de 0,752, e de Educação, com índice de 0,724 (ATLAS BRASIL, 2016).

**Tabela 4**– Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Porto União - 1991/2010

Ano	Educação	Longevidade	Renda	IDH Municipal
Ano 1991	0,331	0,757	0,615	0,536
Ano 2000	0,539	0,796	0,689	0,666
Ano 2010	0,724	0,891	0,752	0,786

**Fonte:** Atlas Brasil, 2016

**Tabela 5** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, segundo Brasil, Santa Catarina e Porto União - 1991/2010

Ano	Porto União	Santa Catarina	Brasil
Ano 1991	0,536	0,543	0,493
Ano 2000	0,666	0,674	0,612
Ano 2010	0,786	0,774	0,727

**Fonte:** Atlas Brasil, 2016

Em relação às condições de saúde da população, podemos analisar índices como os de natalidade e de mortalidade. No período de 2007 a 2010 foi observado quedas da natalidade, apresentando um decréscimo de 15,30% que se deve, entre outros, ao acesso aos métodos anticoncepcionais, à educação e ao planejamento familiar. Observa-se ainda que o município de Porto União tem uma taxa de natalidade ligeiramente maior que a média Estadual, sendo que no ano de 2010 a taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes ficou em 14,1, superior a de Santa Catarina que foi de 3,8. Em 2010, a mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, em Porto União, era de 19,5 e em Santa Catarina era de 11,2, 30% menor do que no Brasil (SEBRAE/SC, 2013, p. 28).

Ressalta-se o decréscimo da mortalidade infantil por vários motivos, entre eles, a melhoria nas condições sanitárias, acesso aos serviços de saúde, a evolução da medicina, e a urbanização, destaca-se que Porto União tem o maior índice de urbanização se comparado com Santa Catarina e Brasil segundo pesquisa realizada pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas -SEBRAE/SC (2010, p. 21).

Números elevados de natalidade e baixos de mortalidade fazem com que se aumente a expectativa de vida da população, que no ano de 2000 foi de 71,8 em Porto União, 73,7 em Santa Catarina e de 68,6 no Brasil de acordo SEBRAE/SC (2010, p. 22).

No município de Porto União/SC, a esperança de vida ao nascer subiu 5,7 anos na última década, passando de 72,8 anos, em 2000, para 78,4 anos, em 2010, sendo que em 1991, era de 70,4 anos. Já no Brasil, a esperança de vida ao nascer em 2010 era de 73,9 anos, em 2000, de 68,6 anos, e em 1991, de 64,7 anos (ATLAS BRASIL, 2016).

Na expansão do N/NE Catarinense, na qual está compreendido o município de Porto União, constata-se que os 60,61% dos óbitos ocorrem na faixa etária idosa, ou seja, acima dos 60 anos. Em Santa Catarina a proporção de óbitos na faixa etária idosa é de 61,46% e no Brasil de 60,20%, conforme DATASUS (2011a).

Novamente, estes dados são indicadores da queda de fecundidade e do aumento da esperança de vida dos idosos no estado, ou seja, a redução da natalidade reflete num aumento de longevidade. Deste modo, se tem cada vez menores números de natalidade e onde os idosos têm vivido mais, resultando num aumento da proporção de idosos, ou seja, num envelhecimento populacional.

De acordo com o DATASUS (2011b) o número de pessoas idosas para cada 100

---

indivíduos jovens no ano de 2000, no Brasil era de 19,77, em Santa Catarina 19,10 e na Expansão do N/NE Catarinense de 18,44. Já com relação às causas de morte dos idosos, na Expansão do N/NE Catarinense se observa a prevalência de doenças do aparelho circulatório e de neoplasias conforme DATASUS (2011c).

No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (Brasil, 2011b), entre as metas nacionais propostas há a de se aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e a de ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

No município, atualmente estão ativas intervenções voltadas para a prevenção, detecção e tratamento do câncer. Para o tratamento, o município conta com uma Unidade Oncológica do Hospital São Braz, que atende pacientes do município e região, conta também com a Rede Feminina de Combate ao Câncer que tem o objetivo de difundir na comunidade conhecimentos gerais sobre o câncer, visando a prevenção e o diagnóstico precoce, dar ainda a assistência social, o apoio psicológico, fisioterápico e espiritual aos portadores de câncer e ainda organizar campanhas, eventos sociais, participar de feiras e exposições, realizando a venda de artesanato confeccionado pelas voluntárias (REDE, 2011). O sistema de saúde público do município também oferta a realização de mamografias, coleta de exames citopatológicos, entre outros.

A diabetes e a hipertensão arterial, essas duas DCNT constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações (BRASIL, 2011b).

Com relação ao acesso a medicamentos para as DCNT, o município conta com a distribuição gratuita nas unidades de saúde dos bairros e do centro e também possui estabelecimentos da rede privada, que contam com o chamado “Aqui tem Farmácia Popular” com a distribuição sem custo de medicamentos anti-hipertensivos e para diabetes, além de fármacos para outras doenças crônicas, como asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, com descontos de até 90% (BRASIL, 2011b).

Cabe ressaltar que no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (Brasil, 2011b), entre as metas nacionais propostas para o controle das DCNT, como diabetes e hipertensão, tem-se: deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo em adultos.

No município de Porto União, além da distribuição de medicamentos para os diabéticos e hipertensos, cada bairro conta com seu grupo de Hiperdia, que mensalmente reúne seus pacientes e os quais fazem o controle da pressão arterial e/ou glicemia e do peso, assistem palestras com diversos temas relacionados à prevenção e promoção da saúde, alimentação saudável, entre outros, realizadas por nutricionista, psicólogo, médicos,

enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, fisioterapeuta, entre outros, e ainda conta com as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde que reforçam e auxiliam este trabalho no município.

Outro trabalho que foi realizado no município é o grupo de atividade física, que reúne a população de cada bairro, acompanhados por profissionais como fisioterapeutas ou profissionais de educação física e auxiliados pelos agentes comunitários de saúde e nutricionista realizam atividades como caminhada, alongamento, entre outras, no qual se nota a maior presença de mulheres idosas.

Com relação à alimentação saudável e obesidade, mensalmente é realizado em cada bairro do município pela nutricionista o “Chá da Tarde”, que reúne participantes de todas as faixas etárias e que faz parte do programa “Porto União Saudável”.

Uma intervenção de base populacional custo-efetivo e de baixo custo que podem reduzir o risco para DCNT de acordo Brasil (2011b) é o tratamento do tabagismo.

Com relação à Política de Promoção da Saúde, Porto União como se pode ver, vem realizando programas para a promoção das práticas corporais/atividade física, também grupos para hipertensos e diabéticos, grupo para obesos, entre outros, contando com o apoio de uma equipe multidisciplinar, visando ações de promoção da saúde, que induzem também ações de alimentação saudável e a prática de atividade física regular. Esse município também possui um grupo de Cuidadores, dado ao grande número de indivíduos adoecidos e acamados locais, visando proporcionar apoio aos enfermos e familiares, como também em esclarecer dúvidas, orientando e auxiliando nas principais dificuldades do dia-a-dia dos idosos (NASF Porto União, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o término desta pesquisa, foi possível perceber o fenômeno do envelhecimento como a junção de vários fatores relacionados a sociedade, daí o desafio de constituir o fenômeno do envelhecimento populacional como objeto de estudo.

Observou-se no município um baixo ritmo de crescimento, duas vezes menor que o de Santa Catarina, o equivalente ao projetado para o Brasil para o período de 2020 a 2040.

Com relação à população residente por faixa etária, observou-se a predominância de crianças e idosos, em sua maior parte do sexo feminino. A taxa de urbanização do município de Porto União é considerada alta se comparada com o estado de Santa Catarina ou com o Brasil. O município apresenta ainda uma alta taxa de natalidade e um pequeno índice de mortalidade infantil, que se traduz na redução de natimorto menor que a média nacional.

Os óbitos se concentram cada vez mais nas idades mais avançadas e menos nas idades mais baixas, indicando que a população está vivendo mais. Com relação às causas



dos óbitos em idosos, predomina as doenças do aparelho circulatório e de neoplasias.

Aprofundar o monitoramento e os estudos acerca do processo de envelhecimento populacional é de fundamental importância para se propor ações em saúde, uma vez que este segmento vem sendo afetado principalmente pelas DCNT e um dos meios mais eficazes e baratos para o seu combate, são as ações de prevenção e promoção da saúde, que vem unindo esforços da secretaria de saúde do município, onde é possível perceber a necessidade de mais ações de educação em saúde para atingir cada vez mais um número maior de participantes, pois somente com pessoas conscientes é que os programas implantados no município atingirão plenamente seus objetivos.

Análogo ao observado em diferentes regiões do Brasil, no Município de Porto União/SC, a população idosa também é afetada pelas DCNT. Este grupo etário, por ser mais vulnerável, está predisposto a doenças e a hospitalização. Neste sentido, cumprir as metas propostas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com a realização de atividades e programas relacionados à prevenção e a promoção da saúde, principalmente para os idosos, que são os mais afetados pelas DCNT, visando melhorias no estado de saúde desta população, evitam hospitalizações e aumento nos gastos ao sistema público de saúde.

No entanto, o incentivo a prática de atividades físicas, alimentação saudável, ao tratamento de hipertensão e diabetes, a prevenção e diagnóstico do câncer, entre outros, necessita preferência nos programas de saúde pública, devido ao aumento da população idosa em nosso país e no município, apesar de os dados atualmente não parecerem preocupantes, futuramente estas tendências exigirão ações rápidas e metas eficazes para que os processos estimados ocorram sem maiores transtornos.

Não poderia deixar de ressaltar que as políticas existentes no que tange a saúde do idoso no município precisam permanecer em contínuo processo de amoldamento e atualização para atender essa nova demanda desafiadora que continuará se expandido e exigirá cada vez mais atenção dos gestores públicos do município de Porto União-SC.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Linsde. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença.** 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALMEIDA, Thiago de; LOURENÇO, Maria Luiza. Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)**, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 233-244, maio/ago. 2009.

ALMEIDA, Tatiana Lemos. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família.** 2005, 141p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ATLAS BRASIL. Realização: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

BBC Brasil. **Número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060, diz IBGE**. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/08/130829\\_demografia\\_ibge\\_populacao\\_brasil\\_lgb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb)>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm)>. Acesso em: 20Jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p11433\\_dia\\_do\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p11433_dia_do_idoso.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p.

\_\_\_\_\_. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2005.

CARVALHO, José Alberto Magno de. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

CIA World Factbook. **France**. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html>>. Acesso em: 20 out. 2011.

CORMACK, Elson Fontes. **Não somos velhos enquanto buscamos**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>>. Acesso em: 31 out. 2011.

DATASUS. Tabnet. **Indicadores demográficos: Mortalidade proporcional por idade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/a08.def>>. Acesso em: 18 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. Tabnet. **Indicadores demográficos: Índice de envelhecimento**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/a15.htm>>. Acesso em: 18 out. 2011b.

\_\_\_\_\_. Tabnet. **Indicadores de Mortalidade: Mortalidade proporcional por grupos de causas**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/c04.def>>. Acesso em: 18 out. 2011c.

---

DUARTE, Luzia Travassos. **Envelhecimento: Processo biopsicossocial**. Disponível em: <<http://www.psiconet.com/ tiempo/monografias/brasil.htm>>. Acesso em: 10 out. 2011.

DUTRA, Michel Machado. **Avaliação do Sistema de Informação em Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2010 - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: PUCRS, 2010.

FARINASSO, Adriano Luiz da Costa. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família**. 2004, 112p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GUELFFI, Denise C.; MOLINA, Vera L. I.; SANTOS, Mariângela F. dos. **Caderno de Pesquisa em Serviço Social**. vol. 2. 1 ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2011.

IBGE. **IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/zresidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/zresidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272)>. Acesso em: 02 out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_2015\\_TCU\\_20160712.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160712.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php>>. Acesso em: 08 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

LEMOS, Daniela de; PALHARES, Fernanda; PINHEIRO, João Paulo; LANDENBERGER, Thaís. **Velhice**. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>>. Acesso em: 10 out. 2011.

LIMA, A. M. M. de. **Saúde e envelhecimento: o autocuidado como questão**. 2003, 329 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo 2003.

LOTUFO, Paulo. **Como funciona a transição demográfica**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo3152.htm>>. Acesso em: 15 out. 2016.

LOUVISON, Marília Cristina Prado. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo**. 2006. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MOREIRA, Morvan de Mello. **O Envelhecimento da População Brasileira: intensidade, feminização e dependência**. Disponível em:

<<http://www.fundaj.gov.br/geral/textos%20online/populacional/feminizacao.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.

MOTTA, L. B. **Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/tisi.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MIYATA, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHANI, H.R.; PEREIRA, J.G.; ANDRADE, O.G. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, mai./ago. p.135-140, 2005.

NASF Porto União. Disponível em: <<http://nasfpu.blogspot.com/p/grupo-cuidadores.html>>. Acesso em: 26 out. 2011.

ONU. **Secretary-General Calls for Ensuring that Social Protection, Care for Older Persons Not Undermined, in Message for International Day**. Disponível em: <<http://www.un.org/News/Press/docs//2011/sgsm13848.doc.htm>>. Acesso em: 12 out. 2011.

PEREIRA, Maria Dusolina Rovina Castro. **A Saúde dos Idosos: os planos de saúde e a ANS**. 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

PORTO UNIÃO. Secretaria da Saúde. **Programa Porto União Saudável**. Disponível em: <<http://www.portouniao.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/54273>>. Acesso em: 31 out. 2015.

REDE Feminina de Combate ao Câncer. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.rfccuniao.org.br/quem.php>>. Acesso em: 26 out. 2011.

RIBEIRO, Euler Esteves. **Tanatologia: vida e finitude**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008. 145 p.

RIPSA (Rede Interagencial de Informação para a Saúde). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações da Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SEBRAE/SC. **Santa Catarina em Números**: Florianópolis: Sebrae/SC, 2010. 115p.

\_\_\_\_\_. **Santa Catarina em Números: Porto União/Sebrae/SC**. Florianópolis: Sebrae/SC, 2013. 132p.

SEKINE, C. R. et al. **Doença de Alzheimer: uma demanda para o serviço social**. 2006, 79f. Monografia (Bacharel em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, 2006.

# OBESIDADE E SUA RELAÇÃO COM A MICROBIOTA INTESTINAL

## *Obesity and its relation with intestinal microbiota*

Leucinéia Schmidt<sup>1</sup>  
Taís Fátima Soder<sup>2</sup>  
Rubia Garcia Deon<sup>3</sup>  
Fábia Benetti<sup>4</sup>

Recebido em: 12 jan. 2017  
Aceito em: 10 nov. 2017

**RESUMO:** Nas últimas décadas observou-se um crescimento alarmante da obesidade em todo o mundo. Estudos científicos recentes sugerem que a microbiota intestinal pode desempenhar um importante papel na obesidade e suas doenças relacionadas. Este artigo objetiva revisar a literatura acerca das mais recentes informações sobre a diversidade microbiana do trato intestinal e a sua relação com a obesidade. Foram pesquisados artigos do período de abrangência dos anos de 2004 a 2016, nos idiomas inglês e português, nas seguintes bases de dados: PubMed, Medline, Scielo, Science Direct e Lilacs. Estudos indicam que existem cerca de 3,3 milhões de genes na microbiota humana, sendo que na maioria dos indivíduos, cerca de 90% dos filos são Firmicutes e Bacteroidetes. Demonstrou-se que animais obesos possuem uma microbiota alterada, com redução de 50% na quantidade de Bacteroidetes e um aumento proporcional de Firmicutes. Já em indivíduos obesos após a perda de peso, se verificou reduzida proporção de Firmicutes em relação aos Bacteroidetes. O desequilíbrio na microbiota intestinal interfere na integridade intestinal, pois altera a barreira intestinal e aumenta o conteúdo de bactérias gram negativas, ricas em lipopolissacarídeos, que passam a ser absorvidos gerando endotoxemia metabólica e secreção de citocinas pró-inflamatórias. Entre as ferramentas para modular a microbiota intestinal, os probióticos, prebióticos e simbióticos são os mais importantes. Conclui-se que a relação entre a microbiota intestinal e obesidade esta cada vez mais clara, porém ainda existem muitos mecanismos a serem esclarecidos e novos estudos são necessários.

**Palavras-chave:** Obesidade. Microbioma Gastrointestinal. Disbiose. Probióticos. Prebióticos.

**ABSTRACT:** On the last few decades we saw an alarming grow of obesity in the whole world. Recent scientific studies suggest that intestinal microbiota might play an important role on obesity and its diseases. In this article we make a literature review about the most recent data on microbial diversity on the intestinal tract and its relation

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen/RS. E-mail: leucineia@hotmail.com.

<sup>2</sup> Nutricionista. Mestranda em Educação pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen. Orientadora educacional na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen/RS. E-mail: soder@uri.edu.br.

<sup>3</sup> Nutricionista. Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen/RS. E-mail: rubia@uri.edu.br.

<sup>4</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Doutoranda em Gastroenterologia e Hepatologia pela UFRGS. Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Frederico Westphalen/RS. E-mail: benetti@uri.edu.br.

with obesity. We have researched papers, which were written during 2004 and 2016, in English and in Portuguese, on the following databases: PubMed, Medline, Scielo, Science Direct and Lilacs. Studies say there are around 3.3 million of genes on the human microbiota, considering that the major of them, around 90%, have *Firmicutes* and *Bacteroidetes* phylum. It is demonstrated that obese animals have their microbiota changed, with reduction of 50% on the quantity of *Bacteroidetes* and a proportional increasing of *Firmicutes*. Yet, on obese individuals after weight losing, it was observed less *Firmicutes* than *Bacteroidetes*. The imbalance on the intestinal microbiota inflicts on the intestine's integrity, once it changes the intestinal barrier and increases the content of negative-gram bacterias, which are rich on lipopolysaccharide, and these start being absorbed, what generates metabolic endotoxemia and pro-inflammatory cytokines' secretion. Among the tools to modulate the intestinal microbiota, the probiotics, the prebiotics and the symbiotics are the most important. We conclude that the relation between intestinal microbiota and obesity is increasingly clearer, yet there are many mechanisms to be clarified and new studies are necessary.

**Keywords:** Obesity. Gastrointestinal Microbiome. Dysbiosis. Probiotics. Prebiotics.

## INTRODUÇÃO

A obesidade tornou-se um dos mais relevantes problemas de saúde pública devido à sua alta prevalência em todo o mundo e a sua contribuição para as altas taxas de morbidade e mortalidade. Tradicionalmente, a interação entre genética, fatores ambientais, principalmente a dieta (alta ingestão de energia) e o nível de atividade física (baixo gasto energético), são considerados os principais contribuintes para o desenvolvimento da obesidade. No entanto, a microbiota intestinal surgiu como um possível fator endógeno importante que influencia a epidemiologia da obesidade (BORONI MOREIRA et al., 2012).

A importância da microbiota intestinal humana nos processos de saúde e doença vem sendo estudada há mais de um século. Elie Metchnikoff, vencedora de um prêmio Nobel em 1908, teorizou que bactérias presentes no iogurte poderiam melhorar a saúde e adiar a senilidade através da manipulação da microbiota intestinal (METCHNIKOFF, 1910 apud MACHOWIAK, 2013).

A microbiota intestinal possui capacidade de quebrar moléculas alimentares não digeridas em metabólitos como ácidos graxos de cadeia curta, além de sintetizar vitaminas de importância para a saúde do homem. O mecanismo exato pelo qual a microbiota intestinal contribui para a obesidade ainda é incerto. No entanto, foi sugerido que as principais rotas sob influência da microbiota intestinal que poderiam contribuir para o desenvolvimento da obesidade são a oferta de calorias extras, aumento da atividade da lipoproteína lipase (LPL), lipogênese, aumento da permeabilidade intestinal, endotoxemia e sistema endocanabinóide (BORONI MOREIRA et al., 2012).

Desequilíbrios na microbiota intestinal podem produzir efeitos prejudiciais à saúde do hospedeiro, evento caracterizado por disbiose intestinal, e esta interfere imensamente na integridade intestinal. Assim, agentes tóxicos são bioativados por sistemas de enzimas das bactérias intestinais, sendo este processo promovido numa velocidade maior no

---

sistema intestinal com populações de microrganismos desequilibradas (ALMEIDA et al., 2009; HARAKEH et al., 2016 ).

Com base em artigos científicos este trabalho tem como objetivo avaliar as mais recentes informações sobre a diversidade microbiana do trato intestinal e a sua relação com a obesidade. Logo, torna-se fundamental entender sobre a associação entre a microbiota intestinal e a obesidade, para se conseguir reverter este desequilíbrio.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, em que foram incluídos estudos publicados entre os anos de 2004 a 2016, nos idiomas português e inglês, nas seguintes bases de dados: PubMed, Medline, Scielo, Science Direct e Lilacs. Para a busca dos artigos utilizou-se os seguintes descritores: “obesity”, “Gastrointestinal Microbiome”, “diet”, “Intestinal Mucosa”, “dysbiose”, “probiotics”, “prebiotics” e “synbiotics”.

## MICROBIOTA INTESTINAL

A microbiota intestinal desempenha um importante papel na obesidade e suas doenças relacionadas. Logo, análises comparativas revelaram que filos e espécies de bactérias específicas diferem entre indivíduos saudáveis e aqueles com diagnóstico de obesidade ou DM2 (CANI, 2013).

Calcula-se que na microbiota intestinal, existam cerca de mil espécies, distribuídas em mais de 50 filos diferentes. Estudos em metagenômica indicam que se tem aproximadamente 3,3 milhões de genes na microbiota humana, 150 vezes mais que no próprio genoma humano. Na maioria dos indivíduos, cerca de 90% dos filos são *Firmicutes* e *Bacteroidetes*, sendo o restante composto por *Actinobacterias* (família *Bifidobacteriaceae*) e *Proteobacterias* (família *Enterobacteriaceae*). Em seguida, na ordem de frequência, aparecem os filos *Synergistetes*, *Verrucomicrobia*, *Fusobacteria* e *Euryarchaeota*, representando percentual pequeno da nossa microbiota. As principais integrantes dos *Firmicutes* são as classes *Bacilli*, *Clostridia* e *Mollicutes*, e dos *Bacteroidetes* são as *Bacteroides*, *Flavobacteria* e *Sphingobacterias* (MORAES et al., 2014).

A colonização bacteriana intestinal inicia-se no nascimento, quando o recém-nascido é exposto a diferentes espécies de microrganismos presentes na mãe (canal vaginal, região perineal) e no meio ambiente. Há uma seleção da flora com persistência de algumas populações bacterianas e eliminação de outras. Por volta dos dois anos de idade, a composição da microflora torna-se estável, sendo alcançada a comunidade clímax ou flora tipo adulto. A partir deste período, embora a microflora intestinal permaneça em interação permanente com microrganismos do meio ambiente, a sua composição mantém-se estável ao longo da vida adulta e depende do equilíbrio entre bactérias benéficas e patogênicas (DELZENNE; NEYRINCK; CANI, 2011).

Segundo Almeida (2009), os povos orientais defendem a tese de que todas as doenças ou, a maioria delas possuem sua etiologia no intestino. Este conhecimento cada vez mais se afirma atualmente. Alguns estudos têm associado à microbiota intestinal a condição inflamatória que ocorre na obesidade, devido à presença de disbiose.

A homeostase da microbiota intestinal é dependente de características do hospedeiro (idade, gênero, origem genética), das condições ambientais (estresse, medicamentos, cirurgias gastrointestinais, agentes infecciosos e tóxicos) e de mudanças na dieta. As alterações na microbiota intestinal podem ser revertidas pela dieta e perda de peso relacionada. As mudanças qualitativas e quantitativas na ingestão de componentes alimentares específicos (ácidos graxos, carboidratos, micronutrientes, prebióticos e probióticos), têm não só consequências sobre a composição da flora intestinal, mas podem modular a expressão de genes em tecidos do hospedeiro, como no fígado, tecido adiposo, intestino e músculo (DELZENNE; NEYRINCK; CANI, 2011).

A distribuição ao longo do trato gastrointestinal não é homogênea. Logo, no estômago, íleo e jejuno a população bacteriana é mais escassa devido ao ambiente estressante (suco gástrico, bile, suco pancreático, peristaltismo) que limita o seu crescimento. Mas o cólon proporciona as condições ideais para o crescimento de microrganismos devido à ausência de secreções digestivas, peristaltismo lento e o abundante abastecimento nutricional (BORONI MOREIRA et al., 2012).

As funções biológicas controladas pela flora intestinal estão relacionadas com a eficácia de absorção de energia pelas bactérias. Os polissacarídeos constituem a maior fonte de nutrientes para as bactérias. Uma parte destes polissacarídeos podem ser transformados em substâncias de fácil digestão, como açúcares, ou ácidos carboxílicos de cadeia curta, proporcionando substratos de energia que podem ser utilizados pelas bactérias ou pelo hospedeiro (CANI et al., 2008).

Segundo Cani e Delzonne (2007), a microbiota parece ser capaz de inibir a produção do fator rápido de adiposidade induzida (FIAF) no intestino, que por sua vez controla a LPL. Observou-se que 14 dias após a colonização de camundongos sem germes, estes passavam a apresentar aumento em torno de 2/3 nas concentrações de triglicérides hepáticos, acompanhado por aumento da expressão de enzimas, como acetil-CoA carboxilase e ácido graxo sintase, e de proteínas mediadoras, que seriam responsáveis pelo aumento de peso e tecido adiposo nesses animais. Logo, a microbiota pode afetar os dois lados do balanço energético: como fator que influencia a aquisição de energia dos componentes da dieta e como fator que afeta genes do hospedeiro, que regulam como a energia é gasta e estocada.

## INFLUÊNCIA DA DIETA SOBRE A MICROBIOTA INTESTINAL

A dieta se constitui em fator determinante das características da colonização intestinal. Esta é altamente influenciada pelos hábitos alimentares de longo prazo e por



---

fenótipos do hospedeiro, não sendo abruptamente alterada por intervenções de curto prazo. Algumas dietas podem modificar o padrão de colonização intestinal desde o início da vida. Logo, sugere-se que a alimentação tenha efeito direto sobre a microbiota (MORAES et al., 2014; BRAHE; ASTRUP; LARSEN, 2016).

Segundo Hildebrandt et al. (2009) *Firmicutes* representam bactérias que possuem genes de transporte de membrana, transcrição e motilidade celular, com isso são favorecidas para crescimento na presença de dieta rica em gorduras, enquanto as *Bacteroidetes* anaeróbias tem declínio nesta situação. Logo, demonstrou-se que genes para o metabolismo de aminoácidos e carboidratos diminuíram em abundância sobre o interruptor com a dieta rica em gordura, enquanto que os genes para a transdução de sinal e transporte de membrana aumentaram. Assim, estabeleceu-se que a própria dieta rica em gordura, e não o estado obeso era responsável pela microbiota alterada. Além disso, confirmou-se que alterações relativamente modestas no gasto de energia podem levar a diferenças dramáticas no acúmulo de gordura ao longo do tempo.

Jumpertz et al. (2011) investigaram alterações nas fezes de 12 indivíduos magros e 9 indivíduos obesos durante dietas que variaram em conteúdo calórico (2400 kcal/dia comparado com 3400 kcal/dia). Eles mostraram que uma carga de nutrientes alterada induzia mudanças rápidas na composição bacteriana da flora intestinal. Essas alterações foram de tal forma que um aumento de 20% em *Firmicutes* e uma diminuição correspondente em *Bacteroidetes* foi associado a um aumento da extração de energia de cerca de 150 kcal. Além disso, o elevado grau de superalimentação nos indivíduos magros foi associado a maior perda de energia nas fezes. Assim, sugere-se que a microbiota intestinal detecta alterações na disponibilidade de nutrientes.

Os lipopolissacarídeos (LPS) são o principal componente das bactérias gram-negativas. O nível de LPS no soro está aumentado em cerca de duas vezes em indivíduos obesos alimentados com dieta rica em gordura, através de processos que envolvem o aumento de quilomícrom, diminuição na integridade da barreira intestinal e uma diminuição na atividade da fosfatase alcalina, que é a enzima responsável pela clivagem dos LPS no intestino. Logo, sugere-se que a combinação de dieta gordurosa e a presença de bactérias gram-negativas no intestino, são fatores capazes de induzir a inflamação intestinal (DELZENNE; NEYRINCK; CANI, 2011).

Realizou-se um estudo entre indivíduos que consumiram uma dieta com baixo teor de carboidratos e rica em gorduras, constatando-se que os mesmos haviam diminuído a frequência de defecação e reduzido os níveis de butirato e bifidobactérias em amostras fecais. Logo, as bactérias anaeróbias que sintetizam mais butirato em relação ao acetato ou propionato podem diminuir a ingestão de alimentos ou a extração de energia, diminuindo assim a produção de glicose hepática, a síntese de lipídios e a adipogênese, e em contrapartida ainda podem aumentar a lipólise levando à redução da gordura corporal (BRINKWORTH et al., 2009).

O alto teor de gordura presente na dieta ocidental pode alimentar bactérias do intestino que aumentam a absorção de energia e diminuem as despesas de energia no

---

hospedeiro, causando um balanço energético positivo e obesidade. Além disso, alimentos com elevados teores de gorduras saturadas e poli-insaturadas, típicos de padrões alimentares ocidentais, criam um ambiente propício para seleção das bactérias do filo *Firmicutes*, enquanto a ingestão de frutas e hortaliças, por sua vez, favorece a proliferação de bactérias do filo *Bacteroidetes* (ERRIDGE et al., 2007).

Estudos com indivíduos saudáveis mostraram que cerca de 5% das calorias ingeridas foram perdidas nas fezes naqueles que consumiram dietas ricas em fibras, exibindo uma maior perda de energia fecal do que aqueles que consumiram um baixo teor de fibras na dieta, embora equivalente em conteúdo de energia (KOTZAMPASSI; GIAMARELLOS-BOURBOULIS; STAVROU, 2014).

## MODULAÇÃO DA MICROBIOTA INTESTINAL E SUA RELAÇÃO COM A OBESIDADE

A microbiota de indivíduos obesos pode ser mais eficiente em extrair energia a partir de uma determinada dieta do que a microbiota de indivíduos normais. Entre as mudanças ligadas à maior extração de energia estão: a fermentação microbiana de polissacarídeos dietéticos que não podem ser digeridos pelo hospedeiro, a absorção intestinal subsequente de monossacarídeos e ácidos graxos de cadeia curta, a sua conversão em lipídios mais complexos no fígado e a regulação microbiana dos genes que promovem a deposição de lipídios em adipócitos (LEY et al., 2006; TURNBAUGH et al., 2006; MUÑOZ; DIAZ; TINAHONES, 2016).

Os nutrientes que escapam da digestão são fermentados por bactérias intestinais em monossacarídeos e ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), tais como acetato, propionato e butirato, representando uma fonte de energia importante para o corpo. Alterações na abundância relativa dos dois filos de bactérias dominantes: *Bacteroidetes* e *Firmicutes*, estão associadas com diferenças de capacidade de extração de energia. Assim, o aumento da microbiota com maior eficiência na extração de energia "microbioma intestinal obeso" resulta em menos energia sobrando nas fezes e, portanto, maiores níveis de AGCC (TILG; KASER, 2011; KOTZAMPASSI; GIAMARELLOS-BOURBOULIS; STAVROU, 2014).

Ley et al. (2005) mostraram que camundongos ob/ob (obesos devido à ausência de leptina) possuíam uma microbiota com 50% menos *Bacteroidetes* e maior proporção de *Firmicutes* em relação aos camundongos eutróficos. Quando estes foram submetidos à dieta para perda de peso, a microbiota se tornou similar à dos camundongos normais. Outro estudo com humanos também observou reduzida proporção *Firmicutes* em relação aos *Bacteroidetes* em indivíduos obesos após a perda de peso, sugerindo que a manipulação de bactérias específicas poderia beneficiar o tratamento da obesidade (SILVA; SANTOS; BRESSAN, 2013).

Indivíduos saudáveis apresentam microbiota intestinal distinta de sujeitos com resistência à insulina e dislipidemias. A alteração da microbiota intestinal nestes sujeitos permite o aumento da absorção de LPS, assim como a ativação de vias pró-inflamatórias,

resultando em resistência à insulina (CARICILLI; SAAD, 2014).

Turnbaugh et al. (2006) analisaram que ratos com microbiota transplantada de obesos tinham uma capacidade maior de fermentação de produtos finais e butirato. Esta observação é também consistente com o fato de que muitos *Firmicutes* são produtores de butirato. A principal causa da obesidade nestes modelos de animais foi o aumento do consumo de alimentos devido à deficiência de leptina, logo possuem uma maior capacidade de absorção de energia a partir da dieta. Esta descoberta fornece suporte para o conceito mais geral de que a microbiota intestinal deve ser considerada como um conjunto de fatores genéticos que, juntamente com o genótipo do hospedeiro e o seu estilo de vida (consumo e gasto energético), contribuem para a fisiopatologia da obesidade.

Diferentes mecanismos complementares podem ser propostos para explicar a mudança metabólica em direção do armazenamento de energia. O primeiro consiste no papel da flora intestinal para aumentar a capacidade de captura de energia a partir da dieta. O segundo consiste no papel da flora intestinal para modular LPS no plasma a níveis que induzem resposta inflamatória envolvida na liberação de várias citocinas e o aparecimento da obesidade (CANI et al., 2008; PERPÉTUO; WILASCO; SCHNEIDER, 2015).

Demonstrou-se que animais obesos têm uma redução de 50% na quantidade de *Bacteroides* e um aumento proporcional de *Firmicutes*. Além disso, também mostrou-se que, com uma dieta com baixa quantidade de carboidratos e energia ou com restrição de gordura os *Bacteroidetes* aumentaram e os *Firmicutes* diminuíram. Estes dados sugerem que há uma relação entre a obesidade e a diversidade da microbiota intestinal. Curiosamente, o aumento de *Bacteroidetes* foi significativamente correlacionado com a perda de peso conseguida, mas não com o consumo total de energia, sugerindo interações entre dieta, microbiota intestinal e metabolismo de acolhimento (VRIEZE et al., 2010).

Outro estudo, também constatou menor proporção de *Bacteroidetes* e maior proporção de *Actinobactérias*, além de redução na diversidade e alteração na representação de genes bacterianos e rotas metabólicas na obesidade (TURNBAUGH et al., 2009).

Bäckhed et al. (2004) demonstraram que camundongos convencionais têm maior quantidade de gordura que camundongos “*germ-free*” (sem microbiota), apesar de terem uma ingestão calórica 30% menor e um metabolismo de repouso maior, o que evidencia um papel importante da microbiota no metabolismo energético desses animais. Posteriormente, foi demonstrado por Turnbaugh et al. (2006) que a colonização desses camundongos “*germ-free*” com microbiota de camundongos obesos resultou em um aumento significativo da massa gorda, em comparação a uma colonização feita com microbiota de camundongos magros.

Outro estudo realizado por Ridaura et al. (2013) também observou que ratos *germ-free* transplantados com microbiota intestinal humana proveniente de gêmeos discordantes para obesidade apresentaram diferente ganho de gordura corporal. Logo, a mudança na massa adiposa de ratos transplantados com microbiota de gêmeos obesos foi

significativamente maior do que a mudança observada em ratos transplantados com microbiota de gêmeos magros, ainda que com semelhante consumo de ração.

## OBESIDADE E PERMEABILIDADE INTESTINAL

Em condições fisiológicas normais, o epitélio intestinal atua como uma barreira poderosa evitando a translocação bacteriana. No entanto, diversas situações endógenas e exógenas estão associadas com a alteração desta função de proteção. Entre os fatores que promovem a permeabilidade intestinal estão: dieta, medicamentos, estresse, consumo de álcool e radiação (CANI; DELZENNE, 2011).

A permeabilidade intestinal se refere à função de barreira exercida pelo epitélio intestinal, capaz de permitir ou não a passagem de moléculas por mecanismos de difusão não mediada, por diferenças de gradiente de concentração ou pressão, sem a assistência de um sistema carreador bioquímico passivo ou ativo. Alterações nesta barreira do epitélio intestinal podem provocar maior permeação de antígenos à mucosa intestinal, iniciando ou prolongando processos inflamatórios locais. Assim, a quebra da integridade da barreira intestinal e o aumento da permeação de macromoléculas têm sido associados a mecanismos etiopatogênicos de caráter inflamatório do trato digestivo (SECONDULFO et al., 2004; TSUKUMO, 2009).

Em um estudo realizado em camundongos com obesidade induzida por dieta, o sistema endocanabinóide foi superativado no intestino e no tecido adiposo. Logo, descobriu-se que o sistema endocanabinóide, e mais especificamente o receptor CB1, atuam no controle da barreira intestinal. Por exemplo, o bloqueio do receptor CB1 em camundongos obesos reduz a permeabilidade do intestino. Assim, este estudo foi o primeiro a demonstrar que os receptores CB1 controlam a permeabilidade do intestino através de interações com a microbiota intestinal. Além disso, demonstrou-se que esse sistema e a microbiota participam na regulação da adiposidade (MUCCIOLI et al., 2010).

Dietas ricas em gorduras e pobres em fibras geram inflamação de baixo grau, alterando negativamente a microbiota intestinal, com um aumento das bactérias gram-negativas e redução de bactérias boas (*Bifidobacterias*), o que acarreta alteração da permeabilidade intestinal. Com isso, ocorre maior absorção de LPS, e estes, ao se ligarem ao complexo CD14 e toll like receptor 4 (TLR4) das células imunes inatas, funcionariam como um gatilho para estimular a secreção de citocinas pró-inflamatórias que contribuem para desordens metabólicas (CANI; DELZENNE, 2009).

## OBESIDADE E DISBIOSE INTESTINAL

A disbiose intestinal é uma condição clínica que se caracteriza principalmente pelo aumento de microrganismos patogênicos e redução das bactérias benéficas no intestino, podendo causar má absorção de vitaminas, cansaço sistêmico, inativar enzimas digestivas,

---

prejudicar a digestão e induzir a fermentação no intestino grosso, além de promover desconjugação de sais biliares, comprometendo a digestão e a absorção de gorduras. Dessa forma, pode elevar a produção de promotores tumorais, como as nitrosaminas e gerar a destruição da mucosa intestinal, causando a hiperpermeabilidade e, assim, ativando o sistema imunológico, podendo levar ao desenvolvimento de inúmeras alergias alimentares. Logo, a redução da inflamação gerada pela disbiose intestinal pode estar envolvida na redução do processo inflamatório relacionado à obesidade (SANTOS, 2010; LOZUPONE et al., 2012).

Observou-se que dietas ricas em gorduras e pobres em fibras geram disbiose intestinal, levando a redução de bactérias benéficas e aumento do número de bactérias gram-negativas, que possuem LPS como componentes de sua membrana, promovendo alteração da permeabilidade intestinal. Além disso, quando esta se liga ao complexo CD14 e TLR4 das células imunes inatas, estimula a secreção de citocinas pró-inflamatórias, tais como a interleucina 6 (IL-6) e o fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), que contribuem para desordens metabólicas relacionadas a obesidade. Isto explica os achados de estudos que encontraram níveis aumentados de LPS em camundongos e em humanos alimentados com dietas do tipo "ocidental", com consequente endotoxemia e aumento de fatores inflamatórios como o TNF- $\alpha$  (RODRIGUES, 2011; SILVA; SANTOS; BRESSAN, 2013).

A dietoterapia para a prevenção e tratamento da disbiose passa, principalmente, por uma reeducação alimentar, evitando-se o excesso de ingestão das carnes vermelhas, do leite e derivados, de ovos, do açúcar branco e de alimentos processados. Uma grande ingestão de carboidrato leva a maior fermentação pelas bactérias no intestino grosso e a proteína produz putrefação aumentada. Se a absorção imperfeita no intestino delgado permitir que grandes quantidades de carboidrato e proteína atinjam o intestino grosso, a ação bacteriana pode levar à formação de gases em excesso ou certas substâncias tóxicas que comprometem a microbiota intestinal benéfica (ALMEIDA et al., 2009).

O consumo de grandes quantidades de lactose, especialmente por indivíduos com intolerância, e de açúcares pode causar flatulência e diarreia, prejudicando também a microbiota. Para se combater a disbiose intestinal, a alimentação deve consistir em grande quantidade de alimentos naturais e vegetais, particularmente cenoura crua, couve-flor, repolho, cebola, alho, frutas e cereais. Assim, para qualquer doença inflamatória do trato intestinal é de vital importância alimentar-se corretamente (ALMEIDA et al., 2009; JONES et al., 2014).

## PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS E SIMBIÓTICOS

Entre as ferramentas para modular a microbiota intestinal, os probióticos, prebióticos e simbióticos parecem ser os mais importantes. A OMS define probióticos como "microrganismos que, quando ingeridos em quantidades adequadas, exercem benefício à saúde do hospedeiro" estimulando o crescimento de outros microrganismos, modulando as

---

mucosas sistêmicas e a imunidade, melhorando o equilíbrio nutricional e a microbiota do trato intestinal (KOTZAMPASSI; GIAMARELLOS-BOURBOULIS; STAVROU, 2014).

Os prebióticos são carboidratos não digeríveis (fibras solúveis) e não absorvidos pelo organismo. Para que uma substância possa ser definida como prebiótico, deve cumprir os seguintes requisitos: ser de origem vegetal, não ser degradada por enzimas digestivas, ser parcialmente fermentada por uma colônia de bactérias e ser osmoticamente ativa. Assim, estas substâncias quando fermentadas pelas bactérias benéficas do intestino, estimulam seletivamente o seu crescimento. Podemos citar como exemplo a oligofutose e a inulina. Tal fermentação é realizada por bactérias anaeróbicas do cólon, levando à produção de ácido láctico, gases e AGCC como o ácido acético, butírico e propiônico (DOLINSKY, 2009; CALLEYA, 2010).

Os simbióticos também exercem um efeito tanto prebiótico como probiótico, pois são combinações de probióticos e prebióticos em um mesmo produto. Logo, são componentes dietéticos funcionais que podem aumentar a sobrevivência dos probióticos durante a passagem pelo trato digestório superior, pelo fato de seu substrato específico estar disponível para fermentação (SAAD, 2006). No entanto, a escolha dos pares simbióticos (substrato-microrganismo) deve ser selecionada apropriadamente para aumentar os efeitos benéficos sobre a mucosa intestinal. Para tanto, o ideal é que o prebiótico seja um substrato metabolizável pelo probiótico no intestino. Um exemplo seria a mistura de um probiótico bifidobactéria associado ao prebiótico frutooligossacarídeo ou lactobacillus com lactitol (STEFE; ALVES; RIBEIRO, 2008).

Os benefícios da ingestão de prebióticos sobre a concentração sanguínea de lipídios se manifesta através da redução dos níveis de colesterol total, de colesterol LDL e de triglicerídeos. Isto se justifica pelo fato das bactérias benéficas fermentarem os chamados prebióticos provenientes dos alimentos no intestino e produzirem os ácidos graxos de cadeia curta resultantes dessa fermentação. Esta reação causa possivelmente uma diminuição das concentrações dos lipídios sanguíneos, através da inibição da síntese de colesterol hepático ou da redistribuição do colesterol do plasma para o fígado (SAAD, 2006).

Os produtos finais da fermentação de substâncias prebióticas como o ácido láctico e os AGCC contribuem para a redução do pH do intestino grosso, o que estimula a proliferação de células epiteliais no cólon, promovendo uma maior concentração de minerais ionizados. Além disso, promove o aumento do número de bifidobactérias, pois estas são resistentes ao meio ácido, enquanto as patogênicas são sensíveis à acidez (SAAD, 2006; STEFE; ALVES; RIBEIRO, 2008; ALMEIDA, 2009). As bactérias probióticas produzem ainda substâncias denominadas bacteriocinas, que por sua vez, auxiliam na destruição dos microrganismos indesejáveis (COSTA; VARAVALLLO, 2011).

A presença maciça das bactérias probióticas no intestino torna o meio desfavorável ao crescimento de bactérias patogênicas, devido à competição por sítios de ligação e nutrientes. Sendo assim, as bactérias patogênicas não conseguem se ligar em quantidade aos receptores celulares. E as poucas que conseguem se fixar nas células intestinais têm

---

a multiplicação e desenvolvimento limitados, por inibição competitiva (COSTA et al., 2013; MUÑOZ; DIAZ; TINAHONES, 2016).

Estudos têm mostrado efeitos positivos do uso de probióticos para distúrbios metabólicos e regulação do peso corpóreo. Exemplo disso foi o uso da cepa *Lactobacillus gasseri* SBT 2055 (LG2055), que como resultado mostrou efeito positivo na redução de gordura abdominal e distúrbios metabólicos (KADOOKA et al., 2010).

Estudo utilizando *Lactobacillus gasseri* BNR17 na dose de  $10^9$  e  $10^{10}$  UFC por 10 semanas, em ratos com obesidade induzida por dieta rica em sacarose, verificou que a administração do probiótico provocava um menor ganho de peso e suprimia o aumento de massa gorda no tecido adiposo branco comparado ao grupo de animais que recebia dieta rica em sacarose sem suplementação de probióticos (KANG et al., 2013).

Resultados favoráveis também foram obtidos para *Lactobacillus curvatus* HY7601 e *Lactobacillus plantarum* KY1032 em dose de  $5 \times 10^9$  UFC/dia cada, por 10 semanas, em ratos com obesidade induzida por dieta rica em lipídios, que apresentaram redução no ganho de peso, no acúmulo de gordura e apresentaram menores níveis de insulina plasmática, leptina, colesterol total e biomarcadores de toxicidade hepática, comparado com ratos alimentados com dieta rica em lipídeos sem suplementação probiótica. Além disso, os animais que receberam tratamento probiótico apresentaram genes pró-inflamatórios regulados negativamente e genes relacionados à oxidação de ácidos graxos no fígado regulados positivamente (PARK; OH; CHA, 2013).

Poutahidis et al. (2013) propôs a atividade anti-inflamatória como mecanismo de ação para os efeitos antiobesidade dos microrganismos probióticos. Neste estudo observou-se que os animais obesos alimentados com dieta ocidental apresentavam maior expressão de IL-17 (pró-inflamatória), e que a administração de *Lactobacillus reuteri* ATCC isolado ou em forma de iogurte probiótico foi capaz de bloquear o acúmulo patológico de gordura abdominal e alterar o perfil pró-inflamatório, com aumento dos níveis de IL-10 (anti-inflamatória) que induz a atividade de linfonodos, aumento de células anti-inflamatórias Foxp3<sup>+</sup> Treg e diminuição de IL-17A, enquanto animais com deleção do gene de IL-10 ou sem linfonodos funcionais não se beneficiaram do uso da bactéria.

Para que os efeitos benéficos na microbiota sejam contínuos, é necessária a ingestão diária destes prebióticos e probióticos. Assim, foram observadas modificações favoráveis na microbiota intestinal com doses de 100g de produtos alimentícios contendo 10<sup>9</sup> unidades formadoras de colônia (UFC) de microrganismos probióticos (10<sup>7</sup> UFC/g de produto) e com doses de 5 a 20g de inulina ou oligofrutose com administração durante o período de 15 dias. Entretanto faz-se necessário um maior número de pesquisas para que se possa determinar com mais exatidão todos os efeitos benéficos, bem como dosagem e tempo de utilização (DOLINSKY, 2009).

De acordo com Muccioli et al. (2010) a modulação da flora intestinal com prebióticos promove a normalização do sistema endocanabinoide de resposta, tanto no intestino como no tecido adiposo. Estes efeitos são fortemente associados a uma diminuição da

permeabilidade intestinal, na endotoxemia metabólica e diminuição da gordura corporal.

A educação pública sobre a seleção de alimentos com alto teor de fibras e de baixa caloria em vez de alto teor calórico e alto teor de gordura é fundamental na prevenção da obesidade e benefícios para a microbiota intestinal. Embora os dados sobre prebióticos e probióticos na redução de peso ainda serem limitados, o efeito sobre a prevenção da obesidade é muito promissor (CHEN, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidências atuais em humanos, complementarmente às obtidas através de estudos em modelos animais deixam claro que, de fato existe relação entre a manipulação da microbiota intestinal e a obesidade. Os padrões dietéticos interferem na composição da microbiota e têm relevância na modulação metabólica e regulação da adiposidade corporal. A maior proporção de *Firmicutes* em relação aos *Bacteroidetes* esta relacionado à obesidade e distúrbios metabólicos. A utilização de probióticos, prebióticos e simbióticos na alimentação representa uma medida preventiva ou terapêutica, por favorecer uma composição saudável e maior funcionalidade da microbiota, diminuindo LPS circulante, endotoxemia e inflamação crônica subclínica.

A interação do mundo microbiano intestinal com seu hospedeiro irá se tornar um dos temas mais importantes da investigação biomédica e nos proporcionará novas perspectivas sobre a sua relação com o metabolismo. Conclui-se que garantir uma microbiota saudável e equilibrada é um dos focos do tratamento da obesidade. A dieta adequada para o tratamento da disbiose em conjunto com a suplementação de probióticos, prebióticos e simbióticos poderia auxiliar na perda de peso e evitar as complicações associadas comumente à obesidade.

Estudos em andamento sobre a relação “padrões de dietas, bactérias intestinais e resposta imune-inflamatória” deverão auxiliar na prevenção e no controle das principais doenças crônicas que afetam a humanidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. B. et al. Disbiose intestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 24, n. 1, p. 58-65, 2009.

BÄCKHED, F. et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 101, n. 44, p. 15718-15723, nov. 2004.

BORONI MOREIRA, A. P. et al. Gut microbiota and the development of obesity. **Nutrición Hospitalaria**, v. 27, n. 5, p. 1408-1414, sep/oct. 2012.

BRAHE, L. K.; ASTRUP, A.; LARSEN, L. H. Can We Prevent Obesity-Related Metabolic



---

Diseases by Dietary Modulation of the Gut Microbiota? **Advances in Nutrition**, v. 7, n. 1, p. 90-101, jan. 2016.

BRINKWORTH, G. D. et al. Comparative effects of very low carbohydrate, high-fat and highcarbohydrate, low-fat weight-loss diets on bowel habit and faecal short-chain fatty acids and bacterial populations. **British Journal of Nutrition**, v. 101, n. 10, p.1493-1502, may. 2009.

CALLEYA, R. N. A. **A ingestão de probióticos e prebióticos na prevenção e tratamento de doenças intestinais: uma revisão integrativa na área da nutrição**. 2010. Trabalho de conclusão de curso-Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)- Departamento de Nutrição, Guarapuava 2010.

CANI, P. D. et al. Role of gut microflora in the development of obesity and insulin resistance following high-fat diet feeding. **Pathologie Biologie**, v. 56, n. 5, p. 305-309, jul. 2008.

CANI, P. D. Gutmicrobiota and obesity: lessons from the microbiome. **Briefings In Functional Genomics**, v. 12, n. 4, p. 381-387, jul. 2013.

CANI, P. D.; DELZENNE, N. M. The gut microbiome as therapeutic target. **Pharmacology e Therapeutics**, v. 130, n. 2, p. 202-212, may. 2011.

CANI, P. D.; DELZENNE, N. M. The Role of the Gut Microbiota in Energy Metabolism and Metabolic Disease. **Current Pharmaceutical Design**, v. 15, n. 13, p. 1546-1558, 2009.

CANI, P. D.; DELZONNE, N. M. Gut microflora as a target for energy and metabolic homeostasis. **Current opinion in clinical nutrition and metabolic care**, v. 10, n. 6, p. 729-734, nov. 2007.

CARICILLI, A. M.; SAAD, M. J. Gut microbiota composition and its effects on obesity and insulin resistance. **Current opinion in clinical nutrition and metabolic care**, v. 17, n. 4, p. 312-318, nov. 2014.

CHEN, K. W. The Pivotal Role of Gut Microbiota in Energy Balance and Obesity. **International Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 2, n. 2, p. 33-37, 2011.

COSTA, E. S.; VARAVALLO, M. A. Probióticos e prebióticos: relações com a imunidade e promoção da saúde. **Revista científica do itpac**, v. 4, n. 2, p. 4-11, abr. 2011.

COSTA, M. P et al. Leite fermentado: potencial alimento funcional. **Enciclopédia biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v. 9, n. 16, p. 1387-1408, jul. 2013.

DELZENNE, N. M.; NEYRINCK, A. M.; CANI, P. D. Modulação da microbiota intestinal por nutrientes com propriedades prebióticas: consequências para a saúde do hospedeiro, no contexto da obesidade e síndrome metabólica. **Microbial Factories Cell**, v. 10, n. 1, 2011.

DOLINSKY, M. **Nutrição funcional**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2009.

ERRIDGE, C. et al. A high fat meal induces low-grade endotoxemia: evidence of a novel mechanism of postprandial inflammation. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 86, p. 1286-1292, 2007.

HARAKEH, S. M. et al. Gut Microbiota: A Contributing Factor to Obesity. **Frontiers in Cellular and Infection Microbiology**, v. 6, p. 95, 2016.

HILDEBRANDT, M. A. et al. High-Fat Diet Determines the Composition of the Murine Gut Microbiome Independently of Obesity. **Gastroenterology**, v. 137, n. 5, p. 1716-1724, nov. 2009.

JONES, M. L. et al. The human microbiome and bile acid metabolism: dysbiosis, dysmetabolism, disease and intervention. **Expert Opinion on Biological Therapy**, v. 14, n. 4, p. 467-82, apr. 2014.

JUMPERTZ, R. et al. Energy-balance studies reveal associations between gut microbes, caloric load, and nutrient absorption in humans. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 94, n. 1, p. 58-65, jul. 2011.

KADOOKA, Y. et al. Regulation of abdominal adiposity by probiotics (*Lactobacillus gasseri* SBT2055) in adults with obese tendencies in a randomized controlled trial. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 64, n. 6, p. 636-643, jun. 2010.

KANG, J. H. et al. Anti-Obesity Effect of *Lactobacillus gasseri* BNR17 in High-Sucrose Diet-Induced Obese Mice. **PLoS One**, v. 8, n. 1, p. 1-8, jan. 2013.

KOTZAMPASSI, K.; GIAMARELLOS-BOURBOULIS, E. J.; STAVROU, G. Obesity as a Consequence of Gut Bacteria and Diet Interactions. **Hindawi Publishing Corporation**, mar. 2014.

LEY, R. E. et al. Microbial ecology: human gut microbes associated with obesity. **Nature**, v. 444, n. 7122, p. 1022-1023, dec. 2006.

LEY, R. E. et al. Obesity alters gut microbial ecology. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 102, n. 31, p. 11070-11075, aug. 2005.

LOZUPONE, C. A. et al. Diversity, stability and resilience of the human gut microbiota. **Nature**, v. 489, n. 7415, p. 220-230, sep. 2012.

MACKOWIAK, P. A. Recycling Metchnikoff probiotics, the intestinal microbiome and the quest for long life. **Frontiers in public health**, v. 1, n. 52, p. 1-9, nov. 2013.

MORAES, A. C. F. et al. Microbiota intestinal e risco cardiometabólico: mecanismos e modulação dietética. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 58, n. 4, p. 317-327, jun. 2014.

MUCCIOLI, G. G. et al. The endocannabinoid system links gut microbiota to adipogenesis. **Molecular Systems Biology**, v. 6, n. 392, p. 1-32, jul. 2010.

MUÑOZ, G. A.; DIAZ, P. C.; TINAHONES, F. J. Microbiota y diabetes mellitus tipo 2. **Endocrinología y Nutrición**, v. 63, n. 10, p. 560-568, 2016.

PARK, J. E.; OH, S. H.; CHA, Y. S. *Lactobacillus plantarum* LG42 isolated from gajami sik-hae decreases body and fat pad weights in diet-induced obese mice. **Journal of Applied Microbiology**, v. 116, n. 1, p. 145-156, jan. 2013.

- 
- PERPÉTUO, J. P.; WILASCO, M. I. A.; SCHNEIDER, A. C. R. The role of intestinal microbiota in energetic metabolism: new perspectives in combating obesity. **Clinical and Biomedical Research**, v. 35, n. 4, p. 196-199, 2015.
- POUTAHIDIS, T. et al. Microbial Reprogramming Inhibits Western Diet-Associated Obesity. **PLoS One**, v. 8, n. 7, jul. 2013.
- RIDAURA, V. K. et al. Cultured gut microbiota from twins discordant for obesity modulate adiposity and metabolic phenotypes in mice. **Science**, v. 341, n. 6150, p. 1-30, set. 2013.
- RODRIGUES, A. Microbiota intestinal e sua possível relação com a obesidade. **ABESO**, n. 53, p. 53-57, out, 2011.
- SAAD, S. M. I. Probióticos e prebióticos: o estado de arte. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 1-16, jan/mar, 2006.
- SANTOS, A. C. A. L. **Uso de Probióticos na recuperação da flora intestinal**. 2010. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de especialização em terapia nutricional) – Universidade do estado do Rio de Janeiro. Instituto de nutrição. Rio de Janeiro, 2010.
- SECONDULFO, M. et al. Ultrastructural mucosal alterations and increased intestinal permeability in non-celiac, type I diabetic patients. **Digestive and Liver Disease**, v. 36, n. 1, p. 35-45, jan. 2004.
- SILVA, S. T.; SANTOS, C. A.; BRESSAN, J. Intestinal microbiota; relevance to obesity and modulation by prebiotics and probiotics. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n. 4, p. 1039-1048, jul/aug. 2013.
- STEFE, C. A.; ALVES, M. A. R.; RIBEIRO, R. L. Probióticos, prebióticos e simbióticos-artigo de revisão. **Saúde e ambiente em revista**, Duque de caxias, v. 3, n. 1, p. 16-33, jan/jun, 2008.
- TILG, H.; KASER, A. Gut microbiome, obesity, and metabolic dysfunction. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 121, n. 6, p. 2126-2132, jun. 2011.
- TSUKUMO, M. D. et al. Translational research into gut microbiota: new horizons in obesity treatment. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 2, p. 139-144, mar. 2009.
- TURNBAUGH, P. J. et al. A core gut microbiome in obese and lean twins. **Nature**, v. 457, n. 7244, p. 480-484, jan. 2009.
- TURNBAUGH, P. J. et al. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. **Nature**, v. 444, n. 7122, p. 1027- 1031, dec, 2006.
- VRIEZE, A. et al. The environment within: how gut microbiota may influence metabolism and body composition. **Diabetologia**, v. 53, n. 4, p. 606-613, apr. 2010.

# SABERES SOBRE PARASITOSSES EM UMA COMUNIDADE RIBERINHA

## *Knowledge on Parasitoses in a Community Riberinha*

Dayanne de Nazaré dos Santos<sup>1</sup>  
Patricia Rosane Reis da Silva Costa<sup>2</sup>  
Nadile Juliane Costa de Castro<sup>3</sup>

Recebido em: 28 nov. 2016

Aceito em: 10 out. 2017

**RESUMO:** A pesquisa objetivou compreender os saberes construídos frente às enteroparasitoses em crianças ribeirinhas na Vila de Itupanema, no município de Barcarena, Pará. Foi desenvolvida uma pesquisa por meio do método misto, realizada com 15 responsáveis de crianças atendidas na ESF de Itupanema, por meio de um questionário aplicado, constituído de questões semiabertas. Os resultados foram obtidos por meio do discurso dos responsáveis, agrupados em categorias e tabelas, subsidiados com referência sobre o tema. Os resultados permitiram registrar as representações sociais sobre a temática e um conhecimento simplificado sobre os mecanismos de transmissão e sintomatologia. Os resultados apontam para a necessidade de medidas preventivas e educativas, que contemplem a realidade sociodemográfica e antropológica das comunidades ribeirinhas existentes no espaço amazônico. Conclui-se que para a realização de uma educação em saúde eficaz, se faz necessário a interface da medicina popular e da ciência de enfermagem frente ao processo saúde-doença.

**Palavras-chave:** Enteroparasitoses. Saberes populares. Criança. Enfermagem.

**ABSTRACT:** The research aimed to understand the knowledge built front of intestinal parasitic infections among children in Itupanema riverside village in the municipality of Barcarena, Pará. In this sense, it developed a mixed character of field research, with descriptive study. The survey was conducted with 15 leaders of children attending the ESF Itupanema through an applied questionnaire composed of semi-open questions. The results were obtained through the discourse of leaders, grouped into categories and tables, subsidized with reference on the subject. The results allowed to record the social representations on the subject and a simplified understanding of the mechanisms of transmission and symptoms. The results point to the need for preventive and educational measures that address the socio-demographic and anthropological reality of existing riverside communities in the Amazon region. We conclude that for the realization of effective health education, it is necessary to interface the popular medicine and nursing science front of the health-disease process.

**Keywords:** Intestinal parasites. Popular Knowledge. Child. Nursing.

<sup>1</sup> Pós-graduanda em enfermagem. Enfermeira. coordenadora do ESF Acará, do município de Acará-PA.

<sup>2</sup> Graduada em enfermagem pela UNAMA. Enfermeira do ESF de Barcarena-PA.

<sup>3</sup> Doutoranda de Desenvolvimento Sustentável pelo NAEA/UFPA. Mestrado em Doenças Tropicais. Especialista em Saúde Pública. Pesquisa ensino, saúde das populações tradicionais e cultura. Foi docente da UFPA, UEPA, UNAMA.

## INTRODUÇÃO

Cientificamente, parasitismo é uma das interações ecológicas interespecíficas entre organismos. Pode ser assim definido como uma relação íntima e duradoura em que uma das espécies, o parasito, usa o hospedeiro como habitat, do qual adquire nutriente e no qual se reproduz (GURGEL-GONÇALVES et al., 2007). Corroborando com a isto, Neves (2005) conceitua o parasitismo como sendo uma associação entre os seres vivos, onde somente um deles é beneficiado na relação, e o hospedeiro sofre constante espoliação, e dessa forma suprindo de alimento e abrigo para o parasito. Esse tipo de relação tende à homeostasia, pois causaria dano ao parasito e a morte de seu hospedeiro.

Who (2006 apud MENEZES, 2013, p. 20) ressalta que entre os principais agravos infecciosos que afetam grande parcela da população mundial se destacam as infecções por enteroparasitoses. Isto ocorre justamente porque as enteroparasitoses apresentam padrões de morbidade significantes, sendo frequentemente causadas por múltiplos parasitas, por vezes associadas a estados de carências e de desnutrição severa, resultando em sinergismo de agravos e consequências desastrosas para os indivíduos acometidos.

Vale ressaltar que ao serem amplamente distribuídas pelas regiões tropicais e temperadas do mundo, as enteroparasitoses incidem mais intensamente em locais com clima quente e úmido, onde a população é mal nutrida e as condições de higiene são precárias, gerando um grave problema de saúde pública que persiste na população mundial (FERNANDEZ, 2007).

Na Região Norte do Brasil, estudos epidemiológicos abordando a ocorrência de parasitas intestinais em populações ribeirinhas amazônicas são escassos, o que impossibilita as autoridades competentes dimensionar e elaborar medidas efetivas de controle (SANTOS et al., 2010). Logo, de acordo com Gurgel-Gonçalves (2007) ressalta-se a relevância de estudos sobre a biologia dos parasitos voltados a comunidades tradicionais, pois ao estudar estas populações, se documenta e se utiliza do conjunto de saberes populares, o que é pertinente no sentido de encurtar os caminhos da investigação científica com o propósito de aprender novas maneiras de lidar com as parasitoses e suas formas de controle, contribuindo deste modo com novas práticas médicas.

Tendo em vista os fatos apresentados e a relevância das parasitoses no âmbito regional da Amazônia, a pesquisa tem por objetivo compreender os saberes construídos frente às enteroparasitoses em crianças ribeirinhas na Vila de Itupanema, no município de Barcarena, Pará. A escolha do local em questão se dá pela escassez de estudos e trabalhos científicos voltados para o âmbito da saúde e os aspectos peculiares da diversidade cultural e biológica presentes nas populações tradicionais da área. A grande maioria das pesquisas desenvolvidas para o município de Barcarena consiste em artigos e teses voltados para a questão ambiental, seus recursos hídricos, a reordenação do território, e a introdução de grandes projetos voltados para a indústria.

Neste sentido, percebendo que esse tipo de conhecimento tem uma ligação direta com a educação de populações, é necessário discutir cenários e possibilidades de inserção

de educação em saúde em comunidades, e principalmente revelando anseios que podem revelar necessidades no ensino direcionado de parasitologia ao profissional de saúde que atendem nestes modos.

## **METODOLOGIA**

Para responder as questões e atender de forma ampla os objetivos que foram abordados na pesquisa, levaram a necessidade de formular um estudo por método misto, que para Dal-Farra e Lopes (2013), este tipo combina os métodos predeterminados das pesquisas qualitativas, com métodos trabalhados nas quantitativas, como dados quantificáveis a partir de questões abertas e fechadas, diversas formas de dados, com a intenção de contemplar todas as possibilidades e hipóteses, sejam elas análises estatísticas e textuais.

Ainda segundo Yin (2015), considerando este trabalho um estudo de caso, o método misto se enquadra para subsidiar tanto os dados quantitativos como qualitativos. Deste modo, a escolha da pesquisa mista, consiste na aproximação de forma íntegra com o objeto da pesquisa. Logo, na busca de enriquecer o estudo e aprofundar o conhecimento a cerca do conteúdo, organização, hábitos e práticas da comunidade, além dos aspectos biológicos ligados a sua rotina, a escolha do método é pertinente.

O universo da pesquisa foi a Estratégia Saúde da Família de Itupanema, com logradouro na Vila de Itupanema, no município de Barcarena, estado do Pará, com CNES: 6453104 e CEP: 68447000. Realizada no consultório de enfermagem, no horário de 8h às 12:00, optamos pelo período da manhã levando em conta que maior parte das consultas marcadas para crianças, ocorre no horário matinal.

O local de estudo foi determinado como cenário da pesquisa, por ser uma unidade que atende comunidades ribeirinhas no município de Barcarena, e por possuir um número expressivo de crianças atendidas em relação às demais unidades de saúde do local, tornando uma alternativa favorável para futura coleta dos dados acerca do tema. Acerca do atendimento da unidade, são atendidas a localidade de Caripi (praia), o bairro Renascer com Cristo e a localidade de Fazendinha, a unidade possui em média de 842 famílias em acompanhamento, sendo 489 crianças cadastradas.

Os dados coletados foram divididos em dois momentos: Qualitativos- levantados no período de 09 a 20 de novembro de 2015, de forma individual, onde a seleção das participantes da pesquisa foi feita através de um levantamento das consultas realizadas no momento da coleta, tendo como critérios, crianças na faixa etária de 3 a 10 anos de idade, em atendimento no horário matutino e realizado por meio de questionário com questões semi-abertas baseado em um roteiro com as seguintes pontos: conhecimento sobre parasitoses e conhecimento do modo de transmissão; e Quantitativos – quantificados pós coleta dos dados do roteiro, classificados e tabulados em planilha de acordo com o roteiro e objeto da pesquisa.

A análise dos dados quantitativos para levantamento da frequência das parasitoses foi organizada com o auxílio do programa Word e Excel/ Windows 7, para a confecção de banco de dados e para análise estatística, onde os dados foram organizados em tabelas, para facilitar o entendimento e exposição categorizada dos dados. Para a análise dos dados qualitativos, referente à etapa do estudo, obtidos através do questionário com questões semi-abertas. Para ambos os métodos recorreremos ao método de Análise de Conteúdo temático-categorial proposta por Bardin (2011).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ENTENDIMENTO SOBRE VERMINOSES

A pesquisa identificou algumas codificações de um modo similar a um trabalho realizado por Busato et al (2015), do mesmo modo, onde se avaliou o conhecimento da população a respeito das parasitoses intestinais, foi observado que a população possuía uma codificação própria para classificar os helmintos intestinais, a conhecer: bicha, lombriga, ascaris, solitária, 'branquinho' para se referirem ao *Ascaris lumbricoides*, 'pipoquinha' para a *Taenia* sp., entre outros.

Estes resultados afirmam como a Amazônia além da presença de uma riqueza biológica é também rica em suas diversidades linguísticas, apresentando singularidades que são repassadas por gerações e notadas até nos dias atuais. Tendo em vista essa diversidade etnolinguística no contexto amazônico, Rodrigues (2015) afirma a relevância desta configuração não se dá apenas pelo grande número de línguas e etnias, mas sim pela singularidade entre umas e outras.

Neste contexto se revela a importância do desenvolvimento de tecnologias educacionais ou afins, a fim de identificar e compreender o conhecimento local. Essa afirmativa vem corroborar com a ideia que as representações, ideias, concepções e percepções sobre enteroparasitoses necessitam ser conhecidas e valorizadas (MONROE et al., 2013).

A pesquisa ainda permitiu obter a concepção individual tanto do processo saúde-doença e seu relacionamento sociocultural quanto à construção acerca da biologia dos parasitos e suas codificações com a comunidade estudada. Essas codificações em especial as não convencionais representam as manifestações culturais de um povo, suas raízes são repassadas tradicionalmente de geração em geração, interferindo na introdução de outras terapêuticas. Dessa forma, esse processo de mão dupla proporciona valorizar os saberes populares a cerca do conhecimento sobre parasitoses, compreender suas vivências e seus significados em torno do tema. Toda essa sistematização promove um cuidado em saúde para além de uma assistência biomédica, alcançando patamares da bioantropológicos.

Contudo, é insipiente entender a relevância de estudos sobre a biologia dos

parasitos voltados a comunidades tradicionais, pois ao se estudar fatos como estes documenta-se e utiliza-se de um conjunto de saberes populares, que é pertinente no sentido de encurtar os caminhos da investigação científica com o propósito de aprender novas maneiras de lidar com as parasitoses e suas formas de controle, contribuindo novas práticas médicas (GURGEL-GONÇALVES, 2007).

A propósito destes registros, durante a entrevista surgiram várias falas, revelando as principais vermes que os responsáveis conheciam. Entretanto na fala a seguir, se observa uma indefinição sobre o conceito de parasitoses por parte de uma responsável, como segue abaixo:

Vermnose pra mim é muita “coisa”, eu nem sei explicar tanta “coisa” (Caripi, 35 anos, F).

A percepção correta sobre determinados conceitos é importante para o entendimento do ciclo biológico da doença pelo usuário. Quando da ausência de orientação, ou até mesmo o devido desconhecimento do responsável, são fatores que podem colocar a saúde da criança em risco, tendo em vista que as orientações primárias são adquiridas no seio familiar. Sendo assim a ausência de conhecimento ou má compreensão sobre as verminoses contribuem para a incidência de exposições parasitárias.

Contudo, entender o ambiente em que isto acontece é sobretudo considerar os aspectos particulares que podem influenciar no processo saúde-doença. Logo, o índice de parasitoses intestinais é alto e varia conforme cada região do território brasileiro, pois poderá ser influenciado por: saneamento básico e nível socioeconômico, o grau de escolaridade e conhecimentos dos responsáveis sobre hábitos corretos de higiene também são fatores condicionantes para exposições parasitárias (GOMES, SILVA E MATOS, 2008). Ainda segundo Chieff e Neto (2003), os números de infecções parasitárias repercutem diretamente as condições de vida de uma comunidade, abrangendo fatores como saneamento básico, educação voltada para saúde, habitação e higiene alimentar, que quando unidas reduzem os níveis de prevalência e expansão das parasitoses.

Em contrapartida uma parte dos responsáveis entrevistados detém conhecimentos razoavelmente corretos sobre o assunto sob o ponto de vista científico, afirma-se isto pelo fato da compreensão da infectividade causada pelo parasito em suas falas. Este fato ocorreu principalmente com a associação a algo “repugnante” e que é decorrente de alguma experiência negativa frente à infecção, como mostra a subcategoria acerca do entendimento sobre verminoses. Atentou-se para este trecho onde mostra a experiência negativa ocorrida com a criança, relatada pela responsável:

Entendo como parasita que faz mal as crianças, minha filha teve quase morre por causa disso, ela botou tanta verme, foi horrível (Furo Grande, 33 anos, F).

Refletindo sobre como as doenças parasitárias são as mais abundantes em construções simbólicas e míticas (WAGUESPACK, 2002; GURGEL-GONÇALVES, 2009), revelamos que essa singularidade em algumas situações está associada ao obstáculo por



parte da população em compreender os complexos ciclos dos parasitas, as formas de manifestações das doenças e os aspectos macro e microscópicos dos agentes etiológicos (MELLO ET AL. 1988). Por isso identificar situações nestes modos constituem caminhos para o agir para o ensino-aprendizagem.

Apesar de toda a construção do imaginário popular acerca das parasitoses, alguns responsáveis apresentam conhecimento sobre aspectos da biologia dos nematelmintos. Essa afirmativa diz respeito à morfologia e reservatório, pois apesar de ser um conhecimento empírico apresenta uma coerência com o conhecimento científico, como observado na fala a seguir:

Verme pra mim é uma coisa nojenta, é uma coisa comprida, branca, de vários tamanhos, de vários estilos, vários jeitos, já passei por situação muito ruim, e por falta de cuidado e conhecimento. É uma coisa terrível, nojento, eu não gosto nem de falar essa situação (Sirituba, 30 anos, F).

Quando indagadas sobre as espécies de vermes que as responsáveis tinham conhecimento, aplicamos no questionário, sinônimos acerca das infecções parasitárias no sentido de facilitar sua identificação, pois o uso do agente etiológico poderia gerar dúvidas. A tabela 01 observa-se que o verme mais conhecido entre os responsáveis é o *Ascaris*, responsável pela infecção conhecida como Ascariíase.

**Tabela 1:** Distribuição dos principais vermes conhecidos pelos responsáveis durante a entrevista, Vila Itupanema - Barcarena - PA, 2015.

Vermes conhecidos	Codificação popular	Frequência	
		N	%
Esquistossomose	Barriga d'água	1	4
Ancilostomíase	Amarelão	1	4
Teníase	Solitária	11	39
Ascariíase	Lombriga / Bicha	15	54

**Fonte:** Autores.

Diante disto, os resultados se assemelham em um estudo realizado por Silva e Leda (2012) por meio da aplicação de uma intervenção educativa com alunos, ao serem perguntados quais os vermes já tinham escutado falar, a lombriga obteve 59% das marcações, seguido de 30% da solitária, 8% oxiúros e 3% não responderam.

Para Araújo (1999), analisando as lógicas biomédica e popular em uma rede municipal de saúde em Londrina, enquanto a concepção biomédica pensa a “infestação de *Ascaris lumbricoides*” apenas pela existência em quantidade de parasitas maléficos ao organismo, um grupo popular atribui ao ataque de *bichas*, com significados relacionados a um modo de pensar a vida.

Finalizando a análise desta categoria, das responsáveis entrevistadas em um

universo de quinze participantes, apenas uma já havia participado de palestras sobre parasitoses na unidade de saúde, revelando uma lacuna nas ações de educação em saúde pelos profissionais em especial do profissional de enfermagem. Segundo Castro e Beyrodt (2003), a enfermeira é um profissional que quando inserido em serviços de saúde ou educativo pode e deve contribuir com ações que objetivam a promoção da saúde e, particularmente a prevenção de contaminação parasitária.

Nesse sentido, Oliveira et al. (2006) afirma que o profissional deve respeitar as crenças e práticas populares, entretanto também deve adotar condutas ativas e produtivas na comunidade com a finalidade de desmitificar determinados assuntos e promover a saúde da comunidade.

## CONHECIMENTO SOBRE SINAIS E SINTOMAS

De acordo com o desenho da pesquisa, nesta sequência se identificou que os sete responsáveis entendiam que os sintomas iniciais que a criança apresenta é a falta de apetite, em seguida seis responderam que identificam a infecção parasitária por meio de sinais dermatológicos como manchas, palidez, coceira e icterícia, apenas uma responsável relatou sintomas intestinais, como diarreia e prurido anal e uma responsável relacionou a sintomas gástricos como enjoo, dor abdominal e inchaço.

Na subcategoria relacionada a sintomas como a falta de apetite, aos responsáveis associaram em primeira escolha durante a entrevista essa manifestação clínica na criança. Foi ainda ressaltado que esse sintoma interferia nas atividades diárias realizadas pelas crianças, como relata essas responsáveis:

Quando a criança tem falta de apetite, a barriguinha cresce e a criança não quer comer, não quer brincar, não quer fazer nada (Furo Grande, 33 anos, F).

Pra mim, um dos piores sintomas que a criança tem quando tá com verme né, é a falta de alimentação, quando ela não quer comer, entende? Pra mim, já é uma forma de me preocupar (Caripi, 35 anos, F).

Falta de apetite, tristeza (Furo Madre de Deus, 32 anos, F).

Em um estudo semelhante desenvolvido por Busato et al. (2015) a comunidade mencionou que os principais sinais e sintomas frente as parasitoses é dor de barriga, coceira, falta de apetite, fraqueza, vontade de comer doces, irritação, diarreia, anemia, emagrecimento, alterações no sono, entre outros. Esses achados também representam bem a percepção de sintomatologia apresentado por Manfroi, Stein e Castro Filho (2009) quando cita que estes são nas parasitoses vagos e inespecíficos, dessa forma dificultando o diagnóstico clínico, exceto em algumas exceções como no caso de prurido anal nas infecções de enterobíase (oxiuríase), na eliminação de vermes como na ascaridíase, ou diante de complicações com sinais clínicos mais específicos.

Outro ponto que merece destaque é a sequência de relatos de falta de apetite.

Neste caso representa bem uma das queixas mais frequentes durante as consultas de crescimento e desenvolvimento. Logo, considerando que apesar de ser vista como trivial pelo pediatra, constitui uma manifestação importante, causador de estados de tensão e ansiedade na binômio mãe-filho (CAMPOS JR et al, 2004), os relatos apresentam devida destaque pelo emissor da mensagem. Isto se torna claro porque as mães deixaram evidente que a falta de apetite é um sinal clínico de grande importância, pois na sua concepção a recusa de alimento está vinculada a outros fatores, como por exemplo o déficit em atividades diárias da criança, comprometendo assim o estímulo no seu processo de maturação.

Para entender essa ideia, precisa-se contextualizar a situação dentro da faixa de crescimento e desenvolvimento. O perfil das crianças do estudo corresponde a uma faixa etária em idade escolar, e os sintomas identificados são agravos que podem comprometer o aprendizado, e resultando em um baixo rendimento na escola. Por conta disto, é necessária mudança na educação em saúde voltada aos pais, facilitando sua compreensão e prevenção das parasitoses. Estas tomadas de decisão são essências e previstas pelos manuais de crescimento e desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde.

A cerca dos sinais cutâneos, seis responsáveis associaram o sintoma a esta manifestação clínica, onde nessa subcategoria incluía sintomatologias como: manchas, palidez, coceiras e icterícia.

Olha eu acredito que sejam manchinhas branquinhas, e principalmente quando sai nas fezes que a gente percebe (Itupanema, 28 anos, F).

Olho branco com dor na barriga (Furo do Nazário, 30 anos, F).

As minhas duas crianças, uma apresentou coceiras nos pés e nas mãos que até hoje batalho com isso (Sirituba, 30 anos, F).

Eu percebo quando a pele fica um pouco amarelada e a falta de apetite é constante (Ilha Arapiranga, 29 anos, F).

De acordo com os resultados, se observa também a relação entre quadros de anemia, quando a responsável relata o “olho branco”, demonstrando a presença de mucosas hipocoradas, que representa um sinal clínico evidente em casos de um estado nutricional deficiente. Avaliação por avaliação clínica como estas são preconizadas pelo Ministério da Saúde, e difundidas por meio da Atenção Integral a Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI).

Neste patamar o conhecimento deste tipo de avaliação é necessário para a assistência individual, mas, sobretudo identificar os sintomas de casa parasitos, principalmente os mais agravantes. Logo, dentre as parasitoses intestinais aquelas que podem causar ou agravar quadros de anemia são a ancilostomíase e a tricocefalíase, sendo esta apenas em indivíduos muito infestados e gravemente atingidos. Porém se deve atentar que dietas pobres em ferro, constituem a principal causa de anemia, mesmo em zonas rurais (FUNASA, 2004).

Segundo Maspes e Tamigaki (1981) a distinção entre a anemia do desnutrido e aquela nos casos de ancilostomose está em seu mecanismo fisiopatológico. Na anemia ancilostomótica, ocorre a espoliação de sangue pelo parasita fixado na mucosa duodenal. Os ancilostomídeos migram frequentemente o seu ponto de adesão para a sucção de sangue, e isto ocasiona múltiplas lesões na mucosa duodenal. Porém um trabalho realizado por Siqueira et al. (2011) apresentou resultados, onde não foi observada a associação positiva entre parasitismo e anemia, demonstrando que na população analisada, as infecções parasitárias apresentaram reduzida influência nos índices de anemia.

Outro trabalho nesse sentido desenvolvido por Cantos, Dutra e Koerich (2003), avaliando a ocorrência de anemia ferropriva em paciente com enteroparasitoses, concluíram que a associação entre anemia e parasitoses deveria ser alvo de investigação ou terapêutica, tendo em vista que as variáveis socioeconômicas e as práticas alimentares deveriam ser investigadas para obtenção de uma melhor compreensão dos fatores envolvidos na comorbidade da anemia ferropriva e parasitas intestinais.

Dessa forma, observamos que apesar de existir uma relação entre enteroparasitoses e a etiologia de quadros de anemia, essa evidência não fica comprovada em muitos estudos, havendo divergências entre autores. Ainda se destaca que em determinadas situações não há manifestações apesar do risco potencial de transmissão e agravamento, exigindo de qualquer forma uma assistência.

Corresponde ao relato de apenas uma das responsáveis sobre a sintomatologia de infecções parasitárias relacionadas a alterações intestinais, dentre elas: diarreia e prurido anal, como podemos observar nas falas a seguir:

Diarreia, coceira no ânus com aparência amarelada (Praia do Conde, 43 anos, F).

A partir desse relato, a concepção da responsável se enquadra, de modo geral, a infestação intestinal conhecida como enterobíase, que possui outras denominações populares como: oxiuríase ou caseira, que apresenta de forma evidente esse sintoma clínico. Pode cursar assintomática ou apresentar, como característica principal, o prurido perianal, frequentemente noturno, que causa irritabilidade, desassossego, desconforto e sono intranquilo (BRASIL, 2010).

Para compreensão melhor do caso citamos Neves (2005), onde deixa bem claro que em relação ao prurido anal, a mucosa local se mostra congesta, recoberta de muco contendo ovo e, em alguns casos, fêmeas inteiras. As escoriações durante o ato de coçar a região podem provocar mais lesões e propiciam o risco de infecção bacteriana secundária.

Ainda é possível insistir que existem cinco modos de transmissão deste helminto: pela auto-infecção externa ou direta: do ânus para a cavidade oral, através dos dedos, em especial crianças, doentes mentais e até mesmo adultos com hábitos inadequados de higiene; a auto-infecção direta: onde os ovos estão presentes na poeira ou alimentos atingem o mesmo hospedeiro que os eliminou; hetero-infecção: os ovos presentes na poeira

ou alimentos atingem um novo hospedeiro; retroinfecção: as larvas migram da região anal para porções do intestino grosso, atingindo o ceco, onde se tornam adultas; auto-infecção interna: caracteriza-se por um processo raro onde as larvas eclodem dentro do reto e migram para o ceco, tornando-se adultas (BRASIL, 2010).

É importante considerar qualquer manifestação clínica quando em um caso pediátrico, justamente porque nem todos os indivíduos que já estão infectados apresentam manifestações clínicas. Essa situação deve ser bem percebida nestes modos, aja vista que pelo fato de ser um infante, o relato verbal nem sempre é entendido. Além do que os modos de transmissão podem afetar qualquer classe social, e sua prevalência é maior em crianças na idade escolar, ou ambiente que abrigam grande número de pessoas.

Desta maneira, salientamos que as crianças em período escolar requerem uma atenção especial, em decorrência das funções cognitivas acometidas frente às exposições parasitárias, que podem comprometer o processo de aprendizagem, não se tratando apenas de um problema restrito a área da saúde.

É necessário reconhecer também que a infestação causada por esse helminto, apesar de não provocar quadros graves ou óbitos, poderá a infecção afetar mais de um membro da família, e para um controle de prevenção eficaz deve haver uma educação em saúde reforçada voltada para seus membros, contribuindo na adoção de hábitos saudáveis. E neste momento que o processo de educação em saúde se estabelece, seja por meio de tecnologias educativas (folders, cartaz, mídias em geral) ou assistência direta pelos profissionais.

A última subcategoria voltada ao conhecimento sobre sintomatologia, apenas (uma) responsável vinculou a sintomas gástricos apresentados pela criança como: enjoo, dor abdominal e inchaço.

É quando ela tá com aquele enjoo, começa a vomitar verde amargo, diz que a barriga tá doendo, eu já sei que tá com verme (Ilha das Onças, 33 anos, F).

Dentre os parasitos que apresentam essa sintomatologia ao hospedeiro, identificamos *Giardia lamblia*, *Trichuris trichiura*, e *Ancylostoma duodenale*.

De acordo com (BRASIL, 2010) na giardíase a infecção sintomática pode se apresentar de forma aguda com diarreia, associada a dor abdominal (enterite aguda) ou de natureza crônica, caracterizada por fezes amolecidas, com aspecto gorduroso, fadiga, anorexia, flatulência e distensão abdominal. Neves (2005) acrescenta que as principais complicações da giardíase crônica está relacionada a dificuldade de absorção de nutrientes, como vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), vitamina B12, ferro, xilose e lactose.

Esses nutrientes são essenciais para o organismo, sua deficiência em adultos não provoca danos tão graves, entretanto, em crianças seu déficit pode ter sérias consequências, implicando de forma negativa em seu crescimento e desenvolvimento.

Outro parasita que apresenta esse quadro de sintomas é o *Trichuris trichiura*. Para Castro e Beyrodt (2003), os indivíduos parasitados na sua grande maioria são

assintomáticos, porém podem apresentar nervosismo, insônia, perda de apetite com quadros de dor abdominal, diarreia, tenesmo e perda de apetite. Na infestação por *Ancylostoma duodenale*, (BRASIL, 2010), ressalta que um quadro intestinal agudo caracterizado por náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e flatulência podem surgir.

Desse modo, a análise desta categoria possibilitou investigar o conhecimento dos responsáveis sobre as principais sintomatologias apresentadas em infestações parasitárias. Os responsáveis souberam identificar em alguns casos citaram até mais de um sintoma. Observamos o conhecimento empírico ou até mesmo de vivência, porém não se distanciaram das evidências apontadas pela literatura a cerca do tema.

Quando indagadas se a criança já teve alguma infecção causada por vermes, onze responsáveis responderam que não, onde foi possível inferir que na concepção dos responsáveis as parasitoses causam danos, porém não associaram a esta condição, ou até mesmo na evolução para complicações mais graves, que podem levar ao óbito. Esses dados apontam a necessidade de sensibilizar a comunidade sobre a importância da puericultura na prevenção em saúde e da significância das consultas de enfermagem na identificação dos determinantes sociais de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando indagadas a cerca do conhecimento sobre parasitoses, podemos observar as representações sociais através das falas, as percepções e vivências do cotidiano, apontando a grande riqueza etnolinguística presente nas regiões amazônicas, onde seu entendimento está enraizado a fatores culturais. Apesar das elaborações a cerca das parasitoses, os responsáveis apresentaram um conhecimento razoavelmente correto acerca dos mecanismos de transmissão, sintomatologia e hábitos realizados pelas crianças, salvo algumas exceções, que foi construído por meio de seus cotidianos.

Considerando todos estes aspectos, acredita-se na importância da aplicabilidade dos conceitos de antropologia no ensino da saúde, favorecendo uma análise e compreensão mais amplificada da própria parasitologia. Essa afirmativa possibilita compreender que os fatores sociais, pessoais, ambientais e culturais das comunidades amazônicas, em especial as crianças desse contexto, são elementos compõem seu espaço e sua formação, e conseqüentemente sua forma de saber sobre parasitoses.

Enfatizamos que a atuação do profissional de saúde da atenção básica é de fundamental relevância, no estímulo da prevenção, promoção e vigilância em saúde, atendendo as políticas preconizadas para atenção das populações do campo, realizando uma parceria entre os profissionais e a família. Esse vínculo promove uma consonância entre os conhecimentos, auxiliando no processo de busca por melhores condições de saúde e ao valorizar esses conhecimentos podemos compreender suas vivências e interferir nas necessidades presentes na comunidade e na redução dos agravos a saúde da criança. Contudo, é necessário que este olhar seja trabalhado desde a academia por

---

meio de um ensino sensível da parasitologia, a fim de sensibilizar o futuro profissional de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.M. Lombrigas X Ascaris lumbricoides: encontros e desencontros entre lógicas biomédica e popular. **Cadernos de Campo** (São Paulo, 1991), Brasil, v. 8, n. 8, p. 45-59, mar. 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.229p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso**. 8 ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSATO, M.A; DONDONI, D.Z; RINALDI, A.L.S; FERRAZ, L. Parasitoses intestinais: o que a comunidade sabe sobre este tema? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.10, n. 34, p. 1-6. 2015.

CAMPOS JR, D; NETO, M.C.V; FILHO, V.L.S; LEITE, M.F; HOLANDA, M.B.S; CUNHA, N.F . Suplementação com zinco pode recuperar apetite para refeições de sal. **Jornal de Pediatria**. (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 1, p. 55-59, fev. 2004.

CANTOS, G.A; DUTRA, R.L; KOERICH, J.P.K. Ocorrência de anemia ferropriva em pacientes com enteroparasitoses. **Saúde em Revista**. v. 5, n. 10, p. 43-48. 2003.

CASTRO, C.G; BEYRODT, C.G.P. Ações de enfermagem na prevenção de parasitoses intestinais em creches. **Revista de Enfermagem da UNISA**. v. 4, p. 76-80. 2003.

DAL-FARRA A.R; LOPES, P.T.C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP**, v. 24, n. 3, p. 67-80, set/dez. 2013.

FERNANDEZ, S.C.L. Avaliação epidemiológica de parasitoses intestinais entre escolares assistidos por micro áreas de unidades de saúde do município de Poços de Caldas-MG, 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano- Unifenas, 2007.

GURGEL-GONÇALVES, R. Etnoparasitología. In COSTA NETO, E.M; SILVA-FITA, D. CLAVIJO, M.V. (Ed.). **Manual de Etnozoologia**. Valencia: Tundra Ediciones, p. 176-199, 2009.

GURGEL-GONÇALVES, R.; MINUZZI-SOUZA, T. T. C.; COSTA-NETO, E. M.; CUBA, C. A. C. O que é um parasito? Uma análise etimológica e semântica do termo parasito em diferentes idiomas. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences, Maringá**, v. 29, n. 2, p. 151-161, 2007.

MANFROI, A; STEIN, A.T; CASTROFILHO, E.D. Abordagem das parasitoses mais prevalentes na infância. 2009. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/8\\_volume/01-Abordagem.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/01-Abordagem.pdf)> . Acesso em: 15 nov.

2015.

MONROE, N.B; LEITE, P.R.R; SANTOS, D.N; SÁ-SILVA, J.R. O tema transversal saúde e o ensino de ciências: representações sociais de professores sobre as parasitoses intestinais. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 18, n. 1, p. 7-22. 2013.

NEVES, D.P. **Parasitologia Humana**. 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, A.T.S.A; MOREIRA, C.T; MACHADO, C.A; NETO, J.A.V; MACHADO, M.F.A.S. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 11-18. 2006.

RODRIGUES, A.D. Biodiversidade e diversidade etnolinguística na Amazônia. **Revista brasileira de ecologia e linguagem**, v. 1, n. 1, p. 30-35. 2015.

SANTOS, F.S; GAMA, A.S.M; FERNANDES, A.B; JUNIOR, J.D.D.R; GUIMARÃES, J. Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.1, n.4, p.23-28, Ananindeua dez. 2010.

SIQUEIRA, L.O; ALBARELLO, K; YOUNES, S; HAHN, S. Diagnóstico de anemia e parasitoses em crianças em situação de vulnerabilidade social. **Revista Diálogos: Contribuições da extensão para a consolidação dos direitos humanos**, Brasília, v. 16, n.2, p. 18-25, dez. 2011.

WAGUESPACK, N. M. Colonization of the Americas: Disease ecology and the paleoindian lifestyle. **Human Ecology**, New York, v. 30, p. 227-243. 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Control of Tropical Diseases; intestinal Parasites Control, Geographical Distribution. (WHO) 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/ctd/html/intestburtre.html>>. Acesso em: 01 mai. 2015.



# FATORES RELACIONADOS AO ESTRESSE ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE ODONTOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

## *Factors related to stress among dental students: a systematic review of the literature*

Michele Gomes do Nascimento<sup>1</sup>  
Tatiana de Paula Santana da Silva<sup>2</sup>  
Viviane Colares<sup>3</sup>

Recebido em: 26 nov. 2016  
Aceito em: 11 out. 2017

**RESUMO:** Objetivo: identificar os principais fatores relacionados ao estresse entre universitários de odontologia. Métodos: As bases de dados eletrônicas escolhidas foram: Base Eletrônica Brasileira Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Base de Dados Internacional PubMed (U.S. National Library of Medicine – NLM), utilizando-se os descritores “estresse psicológico”, “estudantes de odontologia”. Foram selecionados artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período compreendido entre janeiro de 2005 a novembro de 2014. A busca inicial identificou 190 artigos, dos quais 19 foram selecionados para a análise. Resultados: Dentre os fatores relacionados ao estresse, a maioria das pesquisas (57,9%) referem os processos avaliativos e a sobrecarga acadêmica como as variáveis mais citadas pelos estudantes como importantes fontes geradoras de estresse. Conclusões: A compreensão de fatores que podem interferir no bem-estar dos estudantes representa uma base de informações para questionamentos futuros, com o objetivo de reduzir a ocorrência do fenômeno, sobretudo em âmbito nacional, onde as pesquisas ainda são escassas.

**Palavras-chave:** Estresse psicológico. Estudantes de Odontologia. Universidades.

**ABSTRACT:** Objective: Identify the main factors related to stress among dental students. Methods: Electronic databases were: Electronics Brazilian Base Virtual Health Library (VHL) and PubMed International Data Base (US National Library of Medicine - NLM), using the keywords "psychological stress", "dental students." We selected articles in Portuguese, English or Spanish, in the period from January 2005 to November 2014. The search initially identified 190 studies, of which 19 were included in the final analysis. Results: Among the factors related to stress, most research (57.9%) reported examination processes and the academic overload as variables most frequently cited by students as important sources of stress. Conclusions: Understanding factors that can interfere with students' well-being is an information base for future studies, in order to reduce the occurrence of the phenomenon, especially at the national level, where research is scarce.

**Keywords:** Psychological stress. Dental students. Universities.

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista, Mestre em Hebiatria. Universidade de Pernambuco Camaragibe / Pernambuco. E-mail: [michelepmpe@yahoo.com.br](mailto:michelepmpe@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Fonoaudióloga, Mestre em Hebiatria, Doutoranda em Neurociências. Universidade Federal de Pernambuco / Pernambuco. E-mail: [tatianapss2@gmail.com](mailto:tatianapss2@gmail.com).

<sup>3</sup> Cirurgiã-dentista, Mestre e Doutora em Odontopediatria. Coordenadora do programa de pós-graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco. E-mail: [vivianecolares.upe@gmail.com](mailto:vivianecolares.upe@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

O estresse está inegavelmente presente na sociedade moderna. Um estressor é referido como qualquer exigência ambiental que excede a capacidade regulatória pelo sistema neuroendócrino, em particular nas situações imprevisíveis (ausência de resposta antecipatória) e incontroláveis. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) prevê que as doenças mentais, incluindo desordens relacionadas ao estresse, sejam a segunda causa de incapacidade até 2020, levando ao absenteísmo, diminuição da produtividade, aumento de custos médicos, legais e de tratamento de saúde (LUCASSEN et al, 2014).

Embora o estresse produza respostas biológicas e psicológicas, que permitam ao organismo se adaptar e sobreviver em diferentes situações, pode ter efeitos prejudiciais quando se torna crônico. Qualquer ambiente pode ser fonte geradora de estresse, cujos níveis variam entre os indivíduos, independentemente do nível socioeconômico (BIRKS, MCKENDREE e WATT, 2009).

No ambiente educacional, o estresse acadêmico é reconhecido como fator de risco para modificações negativas no estilo de vida, principalmente durante períodos de avaliação. Os comportamentos não saudáveis adquiridos incluem aumento na ingestão de carboidratos, cafeína, tabaco, substâncias psicoativas e/ou tranquilizantes, expondo os jovens a diversos problemas de saúde (MARTY et al, 2005; GALÁN, 2014).

Na literatura, observam-se estudos que avaliam a associação do estresse acadêmico com maior incidência de doenças infecciosas (incluindo cárie dentária), ansiedade, depressão, síndrome de Burnout e ideação suicida (MARTY et al, 2005; PÖHLMANN et al; GALÁN, 2014; MEJÍA-RUBALCAVA, 2012).

Tem sido demonstrado que estudantes das áreas de saúde são mais vulneráveis aos problemas psicológicos devido às diversas exigências a que são submetidos (oferecer tratamentos que podem causar danos se desenvolvidos de forma inadequada), quando comparados aos outros estudantes (DIVARIS et al, 2013; ELANI et al, 2014).

Apesar das mudanças curriculares, os estudos sobre estresse nas profissões de saúde sugerem que a educação em medicina e odontologia tem prejudicado a saúde física e psicológica destes (BIRKS, MCKENDREE e WATT, 2009).

Entre estudantes de odontologia, as fontes de estresse são geradas pelo treinamento laboratorial e clínico, que exigem novas competências teóricas e manuais, além de habilidades interpessoais com os pacientes (PANI et al, 2011). Neste processo, os estudantes vêm sendo afetados negativamente pelo estresse, com consequências em seu desempenho acadêmico e bem-estar psicossocial (MANOLOVA et al, 2012).

Uma revisão sistemática recente concluiu que o desempenho acadêmico foi o principal impacto do estresse investigado pela maioria dos estudos, onde 41,7% destes relataram efeitos prejudiciais do estresse no desempenho acadêmico dos estudantes de odontologia. Ainda, 37,5% dos estudos descreveram diversas consequências psicológicas negativas associadas: altos níveis de *burnout*, doença mental relacionada a alterações do

humor, frustrações e diminuição da concentração (ELANI et al, 2014).

Diante deste cenário, objetivou-se revisar a literatura sobre os estudos que abordem fatores relacionados ao estresse entre estudantes de odontologia. Deste modo, a proposta consiste em entender se há variações entre os fatores nos diferentes países pesquisados, e quais destes repercutem em um maior impacto na formação acadêmica.

## **MÉTODOS**

Para o estudo, foi realizada uma revisão de literatura sistemática que, segundo Sampaio e Mancini (2007), é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Consiste em detectar, consultar e obter a bibliografia e outros materiais úteis para o propósito do estudo de forma seletiva.

A busca textual sobre a temática foi realizada em três etapas (figura 1) sendo a primeira relacionada à escolha das bases de dados e descritores. As bases de dados eletrônicas escolhidas foram a: Base Eletrônica Brasileira Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Base de Dados Internacional PubMed (U.S. National Library of Medicine – NLM).

Os descritores selecionados para realização da pesquisa foram extraídos mediante consulta ao banco Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tendo como base a Terminologia em Psicologia, da BVS sendo considerados: “estresse psicológico”, “estudantes de odontologia”, sendo estes utilizados de forma isolada e combinada nos idiomas português, inglês e espanhol, através do uso do operador booleano “and”.

A seleção se restringiu a artigos publicados em português, inglês ou espanhol, no período compreendido entre janeiro de 2005 a novembro de 2014. A última consulta às bases de dados foi realizada em 20 de dezembro de 2014.

A segunda etapa da pesquisa consistiu:

1) na definição dos critérios de inclusão (artigos de periódicos revisados por pares, textos cujo resumo estivesse disponível para leitura, sem restrição de limites na busca relativos à local de realização e abordagem metodológica);

2) exclusão (estudos publicados sob a forma de editoriais, entrevistas, notas clínicas, estudos e relatos de caso, aqueles que abordassem exclusivamente o diagnóstico de estresse, que não citassem os fatores relacionados ao estresse na população, os que não apresentassem correlação temática, e estudos realizados exclusivamente com estudantes de pós-graduação);

3) realização dos cruzamentos entre os descritores nas referidas bases.

Posteriormente foi realizada a análise dos títulos e resumos, mediante a relevância dos textos e baseados nos critérios definidos anteriormente. Nesta fase, foram obtidos ao

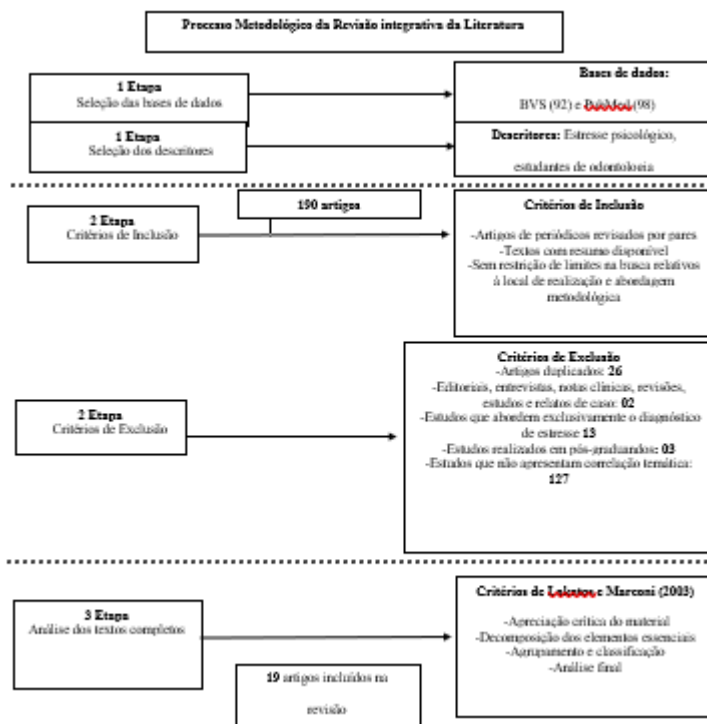
todo 190 artigos. A base de maior relevância para o trabalho foi a PubMed com 98 manuscritos potencialmente elegíveis, já a BVS obteve em seus resultados 92 artigos.

Na terceira etapa optou-se pela realização da leitura dos textos completos, de forma que a análise e a interpretação do material foram divididas em quatro tópicos, conforme pondera Oliveira Netto (2006): (a) apreciação crítica do material; (b) decomposição dos elementos essenciais; (c) agrupamento e classificação; (d) análise final. Com o objetivo de oferecer fundamentação teórica e científica aos questionamentos e objetivos do estudo, além da descrição dos resultados dos artigos foram realizadas buscas nas listas de referências dos artigos selecionados.

Os estudos foram lidos individualmente por dois pesquisadores. Na presença de discordâncias entre estes, um terceiro pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 19 artigos foram incluídos na revisão.

Optou-se por apresentar os dados ao longo do estudo em tabela descritiva, contendo as informações mais relevantes dos autores sobre os fatores relacionados ao estresse.

**Figura 1** - Fluxograma do processo de revisão de literatura



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente são apresentados na tabela 1 os dados das publicações incluídas no estudo de acordo com autor, ano, periódico e fator de impacto. Os achados evidenciam que dentre todo o período estudado (dez anos), o ano de 2013 se destacou por englobar um maior número de produções.

Celeste e Warmling (2014) apontam um notável crescimento na produção científica na área de odontologia, visto que a informatização dos procedimentos de indexação de artigos científicos em bases de dados locais e mundiais permitiu novas formas de avaliação da produção científica mundial, consequentemente associada ao aumento substancial do número de pesquisas que se duplicam a cada 10 ou 15 anos. Este crescimento, contudo, não é homogêneo, ocorrendo diferenças entre países e regiões, assim como entre áreas de pesquisa.

Embora as afirmativas acima contemplem o crescimento científico na área de odontologia não foi observado nesse estudo a contribuição de pesquisas nacionais, na temática abordada, o que reflete a necessidade de ampliação dos debates sobre os fatores relacionados ao estresse no ambiente acadêmico.

Optou-se por apresentar ainda na tabela 1 a classificação dos periódicos quanto ao nível de evidência (fator de impacto) das publicações. Dentre os artigos, apenas 4 apresentaram índice superior a 1,0 ponto, e muitos periódicos não apresentaram fator de impacto. Ressalta-se que tal critério corresponde a uma medida bibliométrica que possibilita a reflexão sobre a qualidade do periódico em termos de citação e acesso, fornecendo assim algumas das melhores evidências relativas à determinada temática (ELKIS, 1999).

Costa e Ramos (2014), ao avaliarem os fatores de impacto de periódicos em odontologia, observaram que, na verdade, há uma tendência de publicações em revistas internacionais o que contribui substancialmente para o crescimento e difusão de tal índice de referência na comunidade científica.

**Tabela 1** – Distribuição dos estudos de acordo com autor, país de publicação, ano, periódico e fator de impacto.

Autor(es)/País	Ano	Periódico	Fator de Impacto
Polychronopoulou, Divaris <sup>14</sup> /Grécia	2005	Journal of Dental Education	0,906
Polychronopoulou, Divaris <sup>15</sup> , /Grécia, Eslovênia, Croácia, Irlanda, Suécia e Espanha	2009	Journal of Dental Education	0,906
Sofola e Jeboda <sup>16</sup> , /Nigéria	2006	European Journal of Dental Education	1,183
Morse, Dravo <sup>17</sup> /Austrália	2007	European Journal of Dental Education	1,183
Muirhead et al. <sup>18</sup> / Canadá	2007	Journal of Canadian Dental Association	1
Gorter et al. <sup>19</sup> /Europa	2008	European Journal of Dental Education	1,183
Jaramilo et al <sup>20</sup> /Colômbia	2008	Revista Facultad de Odontología Universidad Antioquia	*
Kumar et al <sup>21</sup> / Índia	2009	European Journal of Dental Education	1,183

---

Murphy et al. <sup>22</sup> /EUA	2009	Journal of Dental Education	0,906
Peker et al. <sup>23</sup> /Turquia	2009	Int Dent J	1,195
Silverstein, Silverstein, <sup>24</sup> /EUA	2010	Journal of Dental Education	0,906
Polychronopoulou, Divaris <sup>25</sup> /Grécia	2010	Journal of Dental Education	0,906
Tangade et al. <sup>26</sup> / Índia	2011	Dental Research Journal	*
Harikiran et al. <sup>27</sup> / Índia	2012	Indian Journal of Dental Research	*
Manolova et al. <sup>28</sup> / Bulgária, França	2012	Folia Medica	*
Alzahem, Molen, De Boer, <sup>29</sup> / Arábia Saudita	2013	Advances in Medical Education and Practices	*
Elani et.al <sup>30</sup> /Canadá	2013	Journal of Dental Education	0,906
Fonseca et al. <sup>31</sup> /Chile e Argentina	2013	European Journal of Dental Education	1,183
Uraz et al. <sup>32</sup> / Turquia	2013	Journal of Dental Education	0,906
Total de publicações	19		

---

\*Periódico sem fator de impacto

Com objetivo de fomentar a compreensão sobre a temática, optou-se por elaborar uma segunda tabela (tabela 2) contendo elementos relacionados ao local onde a pesquisa foi realizada, abordagem metodológica, desenho do estudo, amostra, instrumento utilizado na coleta de dados, fatores relacionados ao estresse e resumo dos achados. Por fim optou-se por realizar breves comentários a partir da análise crítica dos artigos objetivando apontar as limitações e implicações das pesquisas para a temática.

**Tabela 2-** Características dos estudos de acordo com autor, local do estudo, abordagem metodológica, desenho e amostra, fatores relacionados ao estresse, resumo e considerações dos pesquisadores.

Autor(es), ano/Local do Estudo	Abordagem metodológica/Desenho do estudo/amostra (N)/Instrumento	Fatores relacionados ao estresse na população	Resumo dos achados	Considerações/Teórica
Polychronopoulou, Divaris <sup>14</sup> /Grécia	Quantitativa/Transversal/ N=605/ DES*	Sobrecarga acadêmica	Os estudantes dos anos finais estavam menos preocupados com a sobrecarga acadêmica, porém mais inseguros com o futuro profissional.	O estudo aponta a necessidade de se considerar fatores que geram estresse antecipatório, como a transição para a fase clínica.
Polychronopoulou, Divaris <sup>15</sup> , /Grécia, Eslovênia, Croácia, Irlanda, Suécia e Espanha	Quantitativa/Transversal/ N=1492/ DES*	Pressão por desempenho	Os parâmetros educacionais foram associados à percepção do estresse nas diferentes universidades .	O estudo revela a influência dos métodos de ensino na percepção dos fatores relacionados ao estresse, onde o método EBP (ensino baseado no problema) foi considerado não associado à presença de estresse.
Sofola e Jeboda <sup>16</sup> , /Nigéria	Quantitativa/Transversal/ N=105/ DES*	Aquisição de materiais para prática clínica	Na Nigéria a falta de suporte financeiro contribuiu significativamente para a presença de estresse nos estudantes.	Fatores externos como apoio financeiro também podem interferir diretamente na presença de estresse

Morse, Dravo 17/Austrália	Quantitativo/Transversal/ N=115/DES*	Sobrecarga acadêmica	Estudantes do terceiro ano tinham níveis mais elevados de estresse, seguidos pelos demais na ordem crescente; enquanto aqueles do segundo ano apresentaram menores níveis.	O estudo aponta para a contribuição de fatores sócio- políticos locais e diferentes etnias entre os estudantes, já que aqueles com menor estresse apresentavam maior domínio da língua inglesa.
Muirhead et al. 18/ Canadá	Quantitativa/Transversal/ N= 171/DES*	Avaliações e notas	A transição para a fase clínica relaciona-se com a presença de maiores níveis de estresse	Resultados divergentes de outros achados, apontando que estudantes que convivem com os pais apresentam níveis mais altos de estresse.
Gorter et al. <sup>19</sup> /Europa	Quantitativo/Longitudinal/N=331( primeiro ano) 132 (quinto ano) / DES*	Obrigações e pressões de estudo	Este estudo avaliou o estresse em cinco escolas diferentes. Quando avaliadas separadament e, houve um aumento do estresse no último ano em três instituições, com influência de fatores distintos.	Os dados revelam que o estresse foi mais predominante entre os universitários concluintes.
Jaramilo et al. <sup>20</sup> /Colômbia	Qualitativa/N= 36/entrevistas não-estruturadas e histórias de vida	Sobrecarga acadêmica	As interações entre os alunos e docentes também foram responsáveis pelos altos níveis de estresse	A presença de estresse na vida acadêmica pode interferir diretamente na atividade profissional.



Kumar et al. <sup>21</sup> / Índia	Quantitativa/Transversal/N= 275/DES*	Avaliações e notas	O autor menciona a importância de reconsiderar o ensino existente para uma abordagem centrada no aluno, que facilite o aprendizado e colaboração interpessoal.	A presença de estresse era considerada quando o estudante graduava o fator estressor de moderado a severo, segundo escala de Likert.
Murphy et al. <sup>22</sup> / /EUA	Quantitativa/Transversal/ N= 115/ DES*	Desempenho acadêmico	Os estudantes de odontologia apresentaram níveis de estresse mais elevados do que os de medicina.	A insegurança com o futuro profissional pode estar relacionada a presença de níveis mais elevados de estresse.
Peker et al. <sup>23</sup> /Turquia	Quantitativa/Transversal/N=308/ DES*	Medo de falhar	Houve diferença significante nos níveis de estresse, considerando ano de estudo e gênero. Estudantes da fase pré- clínica apresentaram menores níveis de estresse.	O estudo mostrou que o gênero pode interferir na percepção do estresse.
Silverstein, Silverstein, <sup>24</sup> / /EUA	Quantitativo/Longitudinal/N=296 / DES*	Dificuldade no aprendizado de procedimento s clínicos	A atmosfera criada pela fase clínica e inconsistência no feedback dos instrutores se tornaram importantes fontes de estresse ao longo do curso.	O estresse antecipatório interferiu negativamente na saúde e no desempenho dos estudantes. Os autores sugerem aconselhá-los no enfrentamento de futuras dificuldades.

Polychronopoulou, Divaris <sup>25</sup> /Grécia	Quantitativo/Longitudinal/N=109/DES*	Falta de autoconfiança(2º ano); avaliações e notas (3º ano)	A percepção do estresse está relacionada às diversas transições a que o estudante se submete.	Houve redução no autocuidado dos estudantes dos anos finais.
Tangade et al. <sup>26</sup> / Índia	Quantitativa/Transversal/N=304/DES*	Medo de falhar nas avaliações	O estresse mostrou uma tendência crescente, com maior ascensão do segundo para o terceiro ano.	O estudo enfoca a influência dos pais na escolha profissional dos jovens como um ponto negativo.
Harikiran et al. <sup>27</sup> / Índia	Quantitativa/Transversal/N=44/DES*	Avaliações	O autor chama a atenção para a alta prevalência de estresse ligado às avaliações e coloca ênfase no sistema de ensino focado em notas e exames mais do que no processo de aprendizado pelo estudante.	A escala do questionário foi categorizada em uma variável binomial (presença/ausência), caso a resposta variasse de levemente estressante a muito estressante. Ele considerou que, independente da graduação pela escala de Likert, qualquer relato contribuía no estresse de maneira geral.
Manolova et al. <sup>28</sup> / Bulgária, França	Quantitativa/Transversal/ N=182/ DES*	Avaliações	O nível de estresse aumenta conforme o aluno progride no curso, assim como o medo de ser malsucedido.	O estudo aponta que as variações nos níveis de estresse estão relacionadas às diferenças socioculturais das regiões pesquisadas.
Alzahem, Molen, De Boer, <sup>29</sup> / Arábia Saudita	Quantitativa/Transversal/ N=214/ DES*	Avaliações	Nesta população, os estudantes do terceiro ano apresentaram maiores níveis de estresse.	O estudo aponta que o contato gradual com os pacientes pode contribuir na redução dos níveis de estresse.

Elani et.al <sup>30</sup> /Canadá	Quantitativo longitudinal/qualitativo N=77/N=6 DES*/entrevista semiestruturada	Fase Pré-clínica: sobrecarga acadêmica Fase Clínica: tratamento dos pacientes Residentes: planos para o futuro	Os estudantes da fase clínica e concluintes apresentaram mais fatores de estresse.	Os autores apontam a necessidade da avaliação de traços de personalidade e suas influências sobre a percepção do estresse.
Fonseca et al. <sup>31</sup> /Chile e Argentina	Quantitativa/Transversal/N=304/ DES* (versão espanhol)	Sobrecarga acadêmica	Treinamento clínico e restrições do tempo foram correlacionados entre si e variaram por ano de estudo, de acordo com a mudança de fase acadêmica.	Único estudo multicêntrico desenvolvido na América Latina.
Uraz et al. <sup>32</sup> /Turquia	Quantitativa/Transversal/ N=277/ DES*	Pressão por desempenho	O estresse foi influenciado pelo gênero período de estudo nível socioeconômico e estilo de vida.	A sobrecarga nos anos finais do curso pode comprometer os níveis de saúde dos estudantes.

\*DES – Dental Environmental Stress questionnaire.

Inicialmente observa-se que os estudos se concentraram nos continentes Europeu e Asiático, não foram evidenciados dentro do período investigado (dez anos) a contribuição de pesquisas nacionais.

Na atualidade, o estresse acadêmico tem sido associado a um fator de risco para modificações negativas no estilo de vida. Estudos apontam que a associação desse aspecto também inclui uma maior incidência de doenças infecciosas (PÖHLMANN et al, 2005; MEJÍA-RUBALCAVA et al, 2012; GALÁN et al, 2014). Desta forma estudar os fatores associados ao estresse acadêmico torna-se extremamente necessário, porém os achados apontam lacunas significativas suscitando a necessidade de uma maior ampliação de pesquisas em outros países com objetivo de compreender e minimizar a ocorrência deste evento na população.

Houve predomínio de estudos quantitativos transversais envolvendo pequenas amostras do tipo não probabilísticas. Nesses estudos houve unanimidade quanto ao instrumento de coleta, sendo utilizado o *Dental Environmental Stress questionnaire* (DES)

---

em sua versão clássica (todos os estudos que usaram o clássico), modificada (todos os estudos que usaram clássica) ou ambos os instrumentos (todos que usaram os dois).

O DES foi desenvolvido por Garbee e colaboradores em 1980. Possui 38 questões que agrupam as fontes de estresse em seis categorias temáticas: desempenho acadêmico, relacionamentos na universidade, responsabilidades com o paciente e clínicas, questões de vida pessoal, identidade profissional e obrigações financeiras. Desde sua introdução, o DES foi traduzido para diversas línguas e adaptado para estudos internacionais com universitários (PEKER, 2009). Pesquisas envolvendo estudantes de odontologia durante os últimos 25 anos frequentemente utilizam versões originais ou modificadas deste instrumento, considerado pelos autores como padrão confiável para investigar as fontes de estresse no referido curso de graduação.

Sobre a análise dos desenhos dos estudos, ressalta-se que, apesar dos métodos quantitativos serem considerados apropriados para identificação e caracterização de problemas, tais abordagens apresentam limitações para uma melhor compreensão de determinados fenômenos (ALZAHEN et al, 2011). Portanto, investigar temáticas que envolvam a identificação de experiências subjetivas como o estresse acadêmico, necessitam de análises mais direcionadas às vivências do indivíduo (SILVERSTEIN e SILVERSTEIN, 2010).

Dentre os fatores relacionados ao estresse, a maioria das pesquisas (57,9%) referem os processos avaliativos e a sobrecarga acadêmica como as variáveis mais citadas pelos estudantes como importantes fontes geradoras de estresse.

Sobre os processos avaliativos, Tangade e colaboradores (2011) apontam que o ato de se preparar para as avaliações constitui um momento delicado e muitas vezes associado ao medo de falhar, uma vez que os resultados obtidos nas avaliações são decisivos e fundamentais para a progressão aluno nas disciplinas seguintes.

Adicionalmente, Elani e colaboradores (2013) relatam que os processos avaliativos, somados às demandas da prática clínica, correspondem a uma preocupação adicional, já que esta fase demanda a aquisição de novas habilidades manuais e de relacionamento interpessoal com os pacientes.

Segundo os autores, há um consenso sobre alguns momentos do curso onde o estresse acadêmico parece se fazer mais presente. Dentre eles, a transição do estudante para a etapa de atendimento clínico, pois a insegurança no desempenho correspondente pode ser um fator de risco para maior percepção do estresse (ALZAHEN et al, 2011). Polychronopoulou e colaboradores (2010) apontam ainda que, na fase de transição para o atendimento clínico, os estudantes tendem a reduzir o autocuidado devido à sobrecarga acadêmica. Outros estudos (SOFOLA e JEBODA, 2006; MORSE e DRAVO, 2007; HARIKIRAN et al, 2012) apontam a influência dos aspectos socioculturais, onde estes podem interferir de forma positiva ou negativa na percepção do estresse acadêmico.

Alguns estudos enfatizam que determinadas modificações curriculares podem contribuir para a redução dos níveis de estresse, como por exemplo: (1) inserção de contato

gradual com os pacientes (MANOLOVA e STEFANOVA, 2012), reduzindo os níveis de ansiedade e insegurança na fase clínica; (2) redistribuição do quantitativo de avaliações e exames especificamente nas fases finais do curso (MEJIA-RUBALCAVA et al, 2012; DIVARIS et al, 2012) e (3) incorporação de novos métodos de avaliação baseados na problematização e auto avaliação, que objetiva analisar a tomada de decisão do aluno e não apenas avaliar a capacidade de retenção de conteúdo. Polychronopoulou e Divaris (2005) observaram que, de fato, os estudantes inseridos no método EBP (Ensino Baseado em Problemas) tendem a apresentar níveis menores de estresse.

A maioria das publicações incluídas evidenciou que a presença de estresse foi mais frequente nos anos iniciais e finais do curso. Este achado pode ter sido mais prevalente nestes anos possivelmente porque, de maneira geral, os estudos sobre estresse acadêmico tendem a ser realizados em tais momentos, havendo, portanto, lacunas sobre a presença de tal evento e conseqüentemente dos fatores associados em fases intermediárias do curso.

Estudos adicionais são necessários para esclarecer algumas questões relacionadas à temática, como: (1) a investigação de prováveis estratégias de enfrentamento dos estudantes diante dos fatores associados a presença do estresse acadêmico; (2) como as instituições orientam os alunos na passagem das diferentes fases e os preparam para os diversos desafios no treinamento e exercício profissional; (3) se a mudança nos processos metodológicos e avaliativos de fato são capazes de contribuir e /ou minimizar a redução do estresse acadêmico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto aos fatores relacionados ao estresse acadêmico, os achados do presente estudo revelam que os processos avaliativos e a sobrecarga acadêmica são considerados pelos estudantes como aqueles que contribuem para os mais altos níveis de estresse.

Diante dos resultados, observa-se que esta revisão contribui positivamente na análise de aspectos relacionados à qualidade de vida no ambiente acadêmico. A compreensão de fatores que podem interferir no bem-estar dos estudantes representa uma base de informações para questionamentos futuros, com o objetivo de reduzir a ocorrência do fenômeno, sobretudo em âmbito nacional, onde as pesquisas ainda são escassas.

## REFERÊNCIAS

ALZAHM, A. M. et al. Stress amongst dental students: a systematic review. **European Journal of Dental Education**, v. 15, n. 1, p. 8-18, 2011.

ALZAHM, Abdullah M.; VAN DER MOLEN, Henk T.; DE BOER, Benjamin J. Effect of year of study on stress levels in male undergraduate dental students. **Adv Med Educ Pract**, v. 4, p. 217-222, 2013.

BIRKS, Yvonne; MCKENDREE, Jean; WATT, Ian. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. **BMC medical education**, v. 9, n. 1, p. 1, 2009.

CELESTE, Roger Keller; WARMLING, Cristine Maria. Produção bibliográfica brasileira da Saúde Bucal Coletiva em periódicos da saúde coletiva e da odontologia. **Ciência & saúde coletiva**. Vol. 19, n. 6 (jun. 2014), p. 1921-1932, 2014.

DIVARIS, Kimon et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. **BMC medical education**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

ELANI, Hawazin W.; BEDOS, Christophe; ALLISON, Paul J. Sources of stress in Canadian dental students: a prospective mixed methods study. **Journal of dental education**, v. 77, n. 11, p. 1488-1497, 2013.

ELANI, Hawazin W. et al. A systematic review of stress in dental students. **Journal of dental education**, v. 78, n. 2, p. 226-242, 2014.

ELKIS, Helio. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. **Rev. bras. psiquiatr**, v. 21, n. 4, p. 231-236, 1999.

DA COSTA, Rubenildo Oliveira; RAMOS, Lúcia Maria SV Costa. Periódicos brasileiros em Odontologia e a fuga dos artigos científicos de alto impacto. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 66-70, 2014.

DE OLIVEIRA NETTO, Alvim Antônio. **Metodologia da pesquisa científica: guia prático para a apresentação de trabalhos acadêmicos**. Visual Books, 2006.

FONSECA, Juan et al. Perceived sources of stress amongst Chilean and Argentinean dental students. **European Journal of Dental Education**, v. 17, n. 1, p. 30-38, 2013.

GARBEE, William H.; ZUCKER, Steven B.; SELBY, Gary R. Perceived sources of stress among dental students. **The Journal of the American Dental Association**, v. 100, n. 6, p. 853-857, 1980.

GALÁN, Fernando et al. Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** v. 19, n.3, p. 206-11, 2014.

GORTER, R. et al. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. **European Journal of Dental Education**, v. 12, n. 2, p. 61-68, 2008.

HARIKIRAN, A. G. et al. Perceived sources of stress amongst final year dental undergraduate students in a dental teaching institution at Bangalore, India: A cross sectional study. **Indian Journal of Dental Research**, v. 23, n. 3, p. 331, 2012

JARAMILLO, Gonzalo et al. Stress and anxiety triggering devices in dental students of Universidad de Antioquia. **Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia**, v. 20, n. 1, p. 49-57, 2008.

KUMAR, S. et al. Perceived sources of stress amongst Indian dental students. **European journal of dental education**, v. 13, n. 1, p. 39-45, 2009.

- 
- LUCASSEN, Paul J. et al. Neuropathology of stress. **Acta neuropathologica**, v. 127, n. 1, p. 109-135, 2014.
- MANOLOVA, Maria S. et al. Perceived sources of stress in fifth year dental students-a comparative study. **Folia medica**, v. 54, n. 2, p. 52-59, 2012.
- MARTY, M. et al. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v. 43, n. 1, p. 25-32, 2005.
- MEJÍA-RUBALCAVA, Cynthia et al. Academic stress as a risk factor for dental caries. **International dental journal**, v. 62, n. 3, p. 127-131, 2012.
- MORSE, Zac; DRAVO, Uraia. Stress levels of dental students at the Fiji School of Medicine. **European Journal of Dental Education**, v. 11, n. 2, p. 99-103, 2007.
- MUIRHEAD, V.; LOCKER, D. Canadian dental students' perceptions of stress and social support. **European journal of dental education**, v. 12, n. 3, p. 144-148, 2008.
- MURPHY, Robert J. et al. A comparative study of professional student stress. **Journal of Dental Education**, v. 73, n. 3, p. 328-337, 2009.
- PANI, Sharat Chandra et al. Evaluation of stress in final-year Saudi dental students using salivary cortisol as a biomarker. **Journal of Dental Education**, v. 75, n. 3, p. 377-384, 2011.
- PEKER, Ilkay et al. The evaluation of perceived sources of stress and stress levels among Turkish dental students. **International dental journal**, v. 59, n. 2, p. 103-111, 2009.
- PÖHLMANN, K. et al. Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. **European journal of dental education**, v. 9, n. 2, p. 78-84, 2005.
- POLYCHRONOPOULOU, Argy; DIVARIS, Kimon. Perceived sources of stress among Greek dental students. **Journal of dental education**, v. 69, n. 6, p. 687-692, 2005.
- POLYCHRONOPOULOU, Argy; DIVARIS, Kimon. Dental students' perceived sources of stress: a multi-country study. **Journal of dental education**, v. 73, n. 5, p. 631-639, 2009.
- POLYCHRONOPOULOU, Argy; DIVARIS, Kimon. A longitudinal study of Greek dental students' perceived sources of stress. **Journal of dental education**, v. 74, n. 5, p. 524-530, 2010.
- SAMPAIO, Rosana Ferreira; MANCINI, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Braz. J. Phys. Ther.(Impr.)**, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- SILVERSTEIN, Sarah T.; KRITZ-SILVERSTEIN, Donna. A longitudinal study of stress in first-year dental students. **Journal of dental education**, v. 74, n. 8, p. 836-848, 2010.
- SOFOLA, O. O.; JEBODA, S. O. Perceived sources of stress in Nigerian dental students. **European journal of dental education**, v. 10, n. 1, p. 20-23, 2006.
- TANGADE, Pradeep S. et al. Assessment of stress level among dental school students:
-

an Indian outlook. **Dental research journal**, v. 8, n. 2, p. 95, 2011.

URAZ, Ahu et al. Psychological well-being, health, and stress sources in Turkish dental students. **Journal of dental education**, v. 77, n. 10, p. 1345-1355, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Mental Health-Facing the Challenges, Building Solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference**. World Health Organization, 2005.



# METODOLOGIA ATIVA: DA BIBLIOMETRIA GERAL A INTERSEÇÃO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

## *Active Methodology: general bibliometrics the intersection in the training of health professionals*

Andreia de Bem Machado<sup>1</sup>  
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma<sup>2</sup>

Recebido em: 20 out. 2016  
Aceito em: 12 dez. 2017

**RESUMO:** A inovação passou a fazer parte da sociedade contemporânea com novas metodologias no fazer pedagógico do docente na área da saúde. A formação do profissional dessa área amplia-se para uma visão integral do homem. Sendo assim, o objetivo desse artigo é mapear as intersecções das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde. Para tanto se realizou a análise bibliométrica, a partir de uma busca sistemática na base de dados Scopus. Como resultado, identificou-se que a pesquisa emerge no campo da medicina intersectando as discussões na área de ciências sociais, farmacologia, toxicologia e Farmacêutica.

**Palavras-chave:** Metodologia ativa. Formação dos profissionais. Ensino-aprendizagem.

**ABSTRACT:** Innovation has become part of contemporary society with new methodologies in teaching the teachers do in the area of health. The formation of professionals in this area continues to expand to an integral vision of man. Thus, the purpose of this article is to map out the intersections of active methodologies in the teaching learning in the training of health professionals. For this was carried out bibliometric analysis, from a systematic search in the Scopus database. As a result, it was identified that the research emerging in the medical field intersecting the discussions in the area of social sciences, pharmacology, toxicology and Pharmaceuticals.

**Keywords:** Active methodology. Training of professionals. Teaching and learning.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história nota-se que as formações dos profissionais de saúde foram pautadas em metodologias tradicionais, influenciadas por modelos fragmentados, compartimentando o conhecimento em campos altamente especializados. Isso se tornou visível nas universidades pois foi subdividido o conhecimento em departamentos, áreas, campos e os cursos em períodos modelados por disciplinas estagnadas. Sendo assim, o

---

<sup>1</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPEGC) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Educação Científica e Tecnológica (PPGECT) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

<sup>2</sup> Doutorando em Ciências da Saúde (FMABC). Professor Auxiliar do Curso de Enfermagem do CEULP/ULBRA.

processo de ensino-aprendizagem, dentro desse contexto restringiu-se a repetição do conhecimento, reproduzindo-o. Dentro desse cenário o docente passa a ser um transmissor de conteúdos e o estudante um repetidor dos conteúdos, assumindo uma postura passiva e reprodutora, sem criticar ou refletir sobre esse conteúdo ou tema abordado pelo educador.

No contexto atual, em meio às tecnologias inovadoras atreladas aos meios de comunicação, o ser humano vive em um mundo ligado por redes de relações e interações dinâmicas fluidas pelas transformações constantes. Sendo assim, percebe-se a necessidade de mudanças nas instituições de ensino superior.

No cenário da saúde, surgem as discussões referentes ao processo de ensino-aprendizado visando à formação do profissional com competências e habilidades para o atendimento integral e global do ser humano, com foco na atenção que proporcionasse a cura, seja individualizada e que esteja baseada em uma causa da doença.

Para legitimar essas inquietações surge a Lei de diretrizes e bases da Educação Nacional (LDB), estimulando dentro do contexto do ensino superior o conhecimento aos problemas do mundo atual e prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 2009). Essas perspectivas foram implementadas pelas Diretrizes Curriculares nos cursos da área de saúde. Sendo assim, as instituições de ensino tiveram que passar por mudanças em suas práticas pedagógicas na tentativa de aproximarem-se as demandas da realidade social e também motivando docentes e discentes a articular novas redes de conhecimento.

Nessa construção de novas metodologias atrelados a formação do profissional na área da saúde para a século XXI explicitadas no congresso internacional presidido por Jacques Delors que são galgados em quatro pilares aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser, que possam garantir a atenção a saúde com qualidade, eficiência e autonomia. Sendo assim, novas abordagens pedagógicas estão sendo discutidas, aperfeiçoadas e implementadas. Nesse cenário surgem as metodologias ativas como alicerces no princípio teórico freiriano (Referente a Paulo Freire, educador brasileiro, que tinha proposta pedagógica a pedagógica libertadora) da inovação. Percebe-se assim, que a educação na sociedade do conhecimento deve pressupor um estudante autônomo, que auto gerencie autogoverne seu processo formativo. Sendo assim, essas metodologias (CYRINO E TORALLES-PEREIRA, 2004), utilizam-se da problematização como metodologia de ensino-aprendizagem, com a meta de alcançar e motivar o estudante mediante ao problema apresentado dentro do cenário educacional, relacionando sua história e passando a ressignificar as suas descobertas. Mediante a problematização o estudante pensa e reflete sobre a informação produzindo o conhecimento, com o objetivo de solucionar as dúvidas e inquietações referente aos problemas, promovendo assim o seu próprio desenvolvimento. Ao estudante cabe observar que a nova aprendizagem é uma ferramenta significativa para ampliação de suas possibilidades e diretrizes, esse poderá galgar a liberdade e a autonomia na realização de suas escolhas e nas tomadas de decisões.

Com base nesta contextualização, o objetivo deste estudo é mapear as

intersecções das metodologias ativas no processo de ensino aprendizagem na formação dos profissionais de saúde. Para tanto, o artigo está planejado em cinco seções. A primeira acima explicitada intitula-se introdução. Na segunda seção, apresentam-se os procedimentos da pesquisa. Na terceira seção, mostra-se de modo detalhado o resultado bibliométrico de pesquisa baseada no cenário das publicações científicas desta área. Na quarta seção, são explicitadas as considerações finais. Por último, na quinta seção, elencam-se as referências utilizadas para construir este artigo.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para atender a problemática da pesquisa proposta neste estudo, empregou-se uma metodologia classificada como exploratório-descritiva. Esta metodologia tem o objetivo de delinear o tema e aumentar a familiaridade dos pesquisadores com o fato, além de esclarecer os conceitos inerentes ao tema em estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Como método de pesquisa da literatura, utilizou-se a busca sistemática em uma base de dados *on-line*, seguida de uma análise bibliométrica dos resultados. A bibliometria é uma metodologia oriunda das ciências da informação que utiliza métodos matemáticos e estatísticos para mapear documentos e padrões de publicação a partir de registros bibliográficos armazenados em bases de dados (FEATHER; STURGES, 2003; SANTOS; KOBASCHI, 2009). Desse modo, a metodologia bibliométrica possibilita, para os autores citados, contagens relevantes como: produção por região; temporalidade das publicações; pesquisas por área do conhecimento; contagem de literatura relacionada à citação do estudo; fator de impacto de uma publicação científica. Estas contagens permitem visualizar dados matemáticos e estatísticos que corroboram para a sistematização do resultado de uma pesquisa e a minimização da ocorrência de intersecções ao se olhar para uma determinada temática.

Para a análise bibliométrica, o estudo foi elaborado em três etapas distintas: planejamento, coleta e resultado. Estas etapas aconteceram de modo integrado e síncrono para responder à pergunta norteadora da pesquisa: Qual a intersecções entre as metodologias ativas e formação de profissionais na área de saúde?

O **planejamento** iniciou-se no mês de setembro de 2016, quando a pesquisa foi efetivada. No escopo do planejamento, foi estipulada como relevante para o domínio da pesquisa a base de dados Scopus (<<http://www.scopus.com>>), devido a sua relevância no meio acadêmico, seu caráter interdisciplinar, sua atualidade e também por ser uma das maiores bases de resumos e referências bibliográficas de literatura científica revisada por pares.

Considerando-se o problema de pesquisa, delimitou-se, na fase de planejamento, os termos de busca, a saber: "active teaching-learning methodologies" and training of "health professionals". Como princípio básico para a busca, optou-se pela utilização dos termos nos campos "title", "abstract" e "keyword", sem restrição temporal, de idioma ou

outra qualquer que possa limitar o resultado.

Com base no planejamento da pesquisa, a **coleta de dados** recuperou um total de 5 trabalhos indexados, com o primeiro registro datado de 2010 e o último de 2014.

Como **resultado** desta coleta de dados, identificou-se que os trabalhos foram escritos por 25 autores, vinculados a 13 instituições provenientes do Brasil. Foram utilizadas 31 palavras-chave para identificar e indexar as publicações, que se apresentam distribuídas em 4 áreas do conhecimento e 1 tipo de publicação. O quadro 1 apresenta o resultado da coleta de dados numa análise bibliométrica geral dos resultados obtidos na base de dados Scopus.

**Quadro 1** – Dados bibliométricos gerais obtidos na base de dados Scopus

Base de dados	Scopus
Termos de busca	"active teaching-learning methodologies" and training of "health professionals"
Campos de busca	"title", "abstract", "keyword"
Total de trabalhos recuperados	5
Autores	25
Instituições	13
Países	1
Palavras-chave	31
Áreas do conhecimento	4
Tipos de publicação	1

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

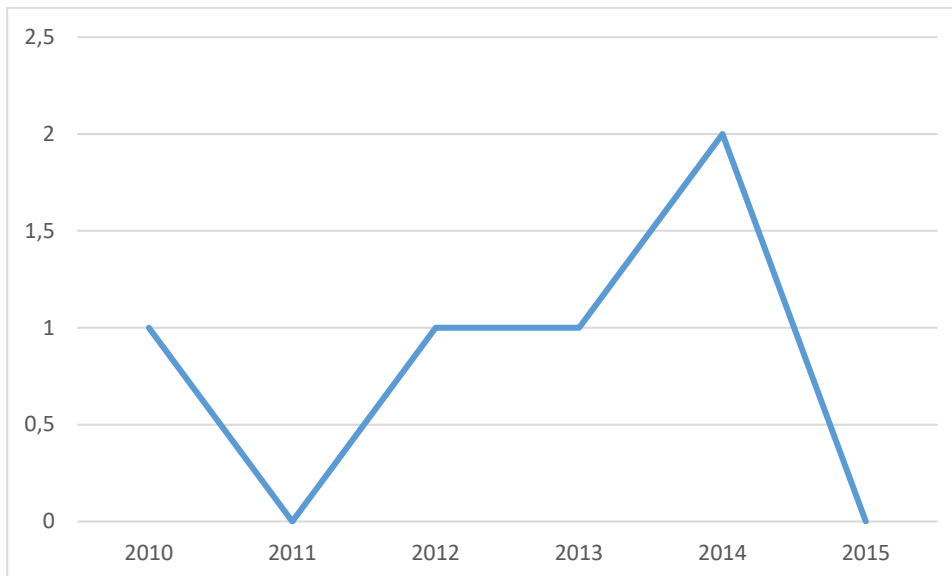
O universo de 5 trabalhos científicos compõe a amostra para uma análise bibliométrica geral das publicações na área de ciências humanas, farmacologia, toxicologia e Farmacêutica, sem limitações específicas, o que permite tecer o estado da arte do tema a partir da base de dados consultada.

Para a apreciação dos resultados de maneira mais aprofundada na análise bibliométrica, fez-se a exportação do resultado para um *software* de gerenciamento bibliográfico denominado EndNoteWeb (*software* baseado na *Web* que contribui com o trabalho do pesquisador durante o processo de escrita de sua pesquisa.). Assim, as informações relevantes foram classificadas de acordo com: distribuição temporal; principais autores, instituições e países; tipo de publicação na área; principais palavras-chave e trabalhos mais referenciados.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Num primeiro momento, analisou-se a distribuição temporal dos trabalhos, o que permitiu identificar que a primeira publicação sobre o tema tem registro de 2010 com somente um trabalho neste ano e nos anos de 2012 e 2013. Nos anos de 2011 e 2015 não houveram publicações e no ano de 2014 houveram 2 publicações. Para melhor visualização da frequência de publicações, elaborou-se o gráfico 1.

**Gráfico 1** – Distribuição dos trabalhos por ano



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

Foi identificado um artigo com pioneiro, publicado em 2010 intitulado *Multiprofessional health-related graduate courses: Results from experiences using active methodologies* dos autores Maria José Sanches Marin; Romeu Gomes; Marilda Marques Luciano Marvulo; Elisabete Medeiros Primo; Pedro Marco Karan BarbosaV e Suelaine Druzian. Nesse artigo os autores avaliam os resultados de uma experiência em um curso de pós-graduação ancoradas em metodologias ativas, a partir da visão de seus egressos. O artigo explicita que essas contribuem para o processo de ensino aprendizagem formando profissionais, em nível de pós-graduação, que estão alinhados à atual política nacional de saúde, visando ao atendimento com qualidade, autonomia e eficiência. Segundo os autores, essa metodologia envolve um fazer pedagógico voltado a práticas inovadoras onde

A prática interdisciplinar é revestida de grande complexidade, por exigir dos profissionais nova forma de agir no seu cotidiano, além de implicar mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde para que se amplie efetivamente a autonomia dos usuários e coletividades. (MARIN; MARVULO; BARBOSA; DRUZIAN, 2010, pág.5)

No ano de 2012 foi publicado o artigo intitulado *The construction of collective portfolios in traditional curriculums: An innovative approach in teaching-learning* de autoria de Rosângela Minardi Mitre Cotta; Luciana Saraiva da Silval; Lílian Lelis Lopes ; Karine de Oliveira Gomes; Fernanda Mitre Cotta; Regina Lugarinho e Sandra Minardi Mitre. Os autores abordam a utilização do portfólio, bem como da metodologia ativa na disciplina Políticas de saúde. Percebe-se que a metodologia ativa é a capacidade de despertar nos alunos a aptidão para inter-relacionar o conhecimento anterior ao novo.

A aprendizagem só acontece quando existe um conteúdo potencialmente significativo, acompanhado de uma atitude favorável, ou seja, quando o aluno estabelece associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva (COTTA et al 2012).

Com a utilização da metodologia ativa e também dos portfólios na disciplina de

---

Políticas de Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV), os autores observaram que se gerou valorização do trabalho em equipe, a busca pela reflexão e discussões dos problemas visando soluções através de práticas de gestão do conhecimento.

No ano de 2013, foi publicado o artigo intitulado *Current debates on humanization and health: Who are we?* de autoria Rosângela Minardi Mitre Cotta; Roberta Sena Reis; Aline Aparecida de Oliveira Campos; Andréia Patrícia Gomes; Vanderson Espiridião Antonio; Rodrigo Siqueira-Batista. Nesse artigo os autores discutem sobre a formação dos profissionais da área de saúde bem como as metodologias de ensino aprendizagem que são utilizadas no contexto do processo formativo desses profissionais, dentre elas destaca-se a metodologia ativa. Para esses autores:

A metodologia ativa de ensino-aprendizagem e neste contexto, a problematização, destaca-se como estratégica inovadora, por estimular a discussão e a análise crítica dos temas apresentados, fundamentais para o aprendizado configurando, portanto, uma das possibilidades de discutir o tema na instituição. (COTTA et al 2013).

Já no ano de 2014 foram publicados 2 artigos, um intitulado *Pharmacist education in Brazil from a clinical perspective* dos autores Rodrigo Batista de Almeida, Dayanna Hartmann Cambruzzi Mendes, Pablo Alfredo Dalpizzol. Esse artigo tem o objetivo de discutir a interação entre o ensino e a prática farmacêutica voltada para a formação clínica. Dentro desse tema foram também discutidas práticas pedagógicas interativas e inovadoras que proporcionam resultados qualitativos na farmacoterapia, melhorando a qualidade de vida dos usuários de medicamentos. E também foi publicado o artigo intitulado *Active teaching-learning methodologies and popular education: Agreements and disagreements in the context of health professionals' education* de autoria Eduardo Simon , Edineide Jezine , Eymard Mourão Vasconcelos e Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro . Esse artigo explicita as metodologias dentro do processo de ensino aprendizagem como alicerces para a formação com qualidade, autonomia e eficiência dos profissionais de saúde. Nessa abordagem são elencados a metodologia ativa, como uma ferramenta pedagógica na formação do profissional em saúde para a sociedade contemporânea baseada no conhecimento.

Com base no gráfico 1, que ilustra a frequência de publicações sobre o tema em estudo neste artigo, pode-se perceber que a pesquisa na área é relevante e que, de modo geral, ainda são incipientes as discussões relacionadas a metodologia ativa e formação dos profissionais em saúde. Destacando o Brasil como o único país com publicações referentes a essa temática.

Dos 5 trabalhos filtrados na busca, observa-se uma variada lista de autores, instituições no Brasil que se destacam no que tange ao tema “metodologia ativa e formação dos profissionais em saúde”. Observou-se que 25 autores podem ser considerados como referência em publicações sobre o tema. Percebe-se que há grupos discutindo sobre essa área, pois há 5 publicações no Brasil e essas foram realizadas em parcerias, sendo cada uma delas publicadas com o nome de 5 autores. Sendo assim, conclui-se que esses são oriundos de grupos de pesquisa sobre metodologia ativa e formação de profissionais em saúde. Buscando-se organizar estes dados, como verifica-se no quadro 2, com autores de

destaques na área, quantidade de artigos publicados, instituição à qual estão afiliadas ao Brasil e Espanha.

**Quadro 2** - Autores com maior número de publicações na área, com suas afiliações e seus países

Autor	Quantidade de publicações	Afiliação	País
Cotta, Rosângela Minardi Mitre Itre	2	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde	Brasil
Antonio, Vanderson Espiridião	1	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde	Brasil
Barbosa, P. M K	1	Hospital de Clínicas de Marília, Serviço de Enfermagem,	Brasil
Campos, Aline Aparecida De Oliveira	1	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde, Viçosa	Brasil
Cotta, Fernanda Mitre	1	Faculdade de Medicina de Barbacena	Brasil
Dalpizzol, Pablo Alfredo	1	Instituto Federal do Paraná (IFPR), Curitiba	Brasil
De Almeida, Rodrigo Batista	1	Instituto Federal do Paraná (IFPR), Curitiba	Brasil
Druzian, Suelaine	1	FAPESP Technical Grantholder, Marília	Brasil
Gomes, Andréia Patrícia Atricia	1	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa	Brasil
Gomes, Romeu L E	1	Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro	Brasil
Jezine, Edineide	1	Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Promoção da Saúde, Joao Pessoa	Brasil
Lopes, Lílian Lelis	1	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde, Viçosa	Brasil
Lugarinho, Regina	1	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro	Brasil
Marin, Maria José Sanches	1	Escola de Medicina de Marília, São Paulo	Brasil
Marvulo, M. M L	1	Faculdade de Medicina de Marília, Marília	Brasil
Mendes, Dayanna Hartmann Cambuzzi	1	Instituto Federal do Paraná (IFPR), Curitiba	Brasil
Mitre, Sandra Minardi	1	Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte	Brasil
Primo, Elisabete Medeiros	1	Serviço de Desenvolvimento de	Brasil

		Pessoal e Ouvidoria	
Reis, Roberta Sena	1	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde, Viçosa	Brasil
Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva	1	Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia, Joao Pessoa	Brasil
Simón, Eduardo	1	Hospital Universitario La Fe, Valencia, Spain	Espanha
Siqueira-Batista, Rodrigo	1	Curso de Medicina, Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Belo Horizonte	Brasil
Vasconcelos, Eymard Mourão	1	Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Promoção da Saúde, Joao Pessoa	Brasil
Da Silva, Luciana Saraiva M	1	Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde, Viçosa	Brasil
De Oliveira Gomes, Karine	1	Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Salvador	Brasil

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

Com base no quadro 2, observa-se que a instituição com mais profissionais discutindo e publicando sobre essa temática é na Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde em Viçosa Minas Gerais, com sete profissionais filiados nessa instituição.

Com base no levantamento geral, foi possível analisar-se ainda o tipo de documento das pesquisas na área de metodologia ativa e formação dos profissionais em saúde, concentrou-se apenas em artigos.

A partir da análise bibliométrica, com base no grupo de trabalhos recuperados na base de dados Scopus, foi possível identificar um total de 31 palavras-chave diferentes. O destaque ficou com a palavra-chave artigo com 3 ocorrências, seguidas da palavra metodologias de ensino-aprendizagem ativas com duas ocorrências, Brasil, educação em saúde, humana, metodologia ativa de educação, aprender com duas ocorrências cada uma e farmácia clínica, currículo com apenas uma citação. Essas são as palavras destaques entre outros que apareceram como palavras nesse cenário de publicação.

Na análise das palavras-chave, percebe-se que a discussão sobre metodologia ativa e formação dos profissionais em saúde converge com os temas “metodologias de ensino aprendizagem”, “educação em saúde”, “educação” e “humana”. O debate envolve ainda a preocupação com as políticas públicas voltadas a educação do profissional na área de saúde, trazendo à tona áreas como ciências sociais e metodologias de ensino aprendizagem, e abarca questões como aprender a aprender, aprender a ser, aprender a conviver e aprender a fazer.



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar das metodologias ativas e formação dos profissionais em saúde implica debater aspectos relacionados ao processo didático pedagógico de ensinar e aprender, atrelados a ferramentas inovadoras que formem um sujeito crítico e autônomo para o efetivo trabalho no cenário da saúde, garantindo qualidade no atendimento e na prestação de serviços nesse setor.

O mapeamento científico da produção relacionada ao tema “metodologias ativas e formação dos profissionais em saúde”, feito na base de dados Scopus, permitiu uma análise bibliométrica do tema que descrevesse as principais discussões da contemporaneidade e a interseção com áreas sem recorte temporal. Como resultado, identificou-se que a pesquisa emerge no campo multidisciplinar, intersectando as discussões sobre medicina, farmacologia, taxologia, enfermagem e saúde. Finalmente, detectou-se que as discussões sobre pessoas com metodologia ativas atreladas formação dos profissionais em saúde carecem de estudos, principalmente no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei número 9394, 20 de dezembro de 1996. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm)>. Acesso em: 07 set. 2016.
- COTTA, R. Minardi.M.; Silva, L S ; Lopes, L L ; GOMES, Karine O ; Cotta, Fernanda Mitre; LUGARINHO, Regina ; Mitre, Sandra M, The construction of collective portfolios in traditional curriculums: An innovative approach in teaching-learning.v. 17, p. 787-796, 2012.
- COTTA, R. Minardi.M.; REIS, Roberta Sena ; CAMPOS, AAO ; GOMES, Andréia Patrícia ; Antônio, Vanderson E ; BATISTA, Rodrigo Siqueira .Current debates on humanization and health: who are we? v. 18, p. 171-9, 2013.
- CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública 2004;20(3):780-788.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARIN, M. J. S.; Gomes, R ; MARVULO, M. M. L. ; Primo, E. M. ; BARBOSA, Pedro Marco K ; DRUZIAN, S. . P.Multiprofessional health-related graduate courses: results from experiences using active methodologies. Interface (Botucatu. Impresso), v. 14, p. 303-314, 2010.
- SANTOS, R. N. M.; KOBASHI, N. Y. Bibliometria, cientometria, infometria: **conceitos e aplicações**. Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação, **Brasília**, v. 2, n. 1, p. 155-172, 2009. Disponível em:

<<http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/viewArticle/21>>. Acesso em: 16 out. 2014.

## FATORES RESPONSÁVEIS PELA INTERRUÇÃO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### *Factors responsible for the interruption of early breast feeding: an integrative review*

Emanuella Lisboa Baião Lira<sup>17</sup>  
Joice Requião Costa<sup>18</sup>  
Patrícia Shirley de Sousa<sup>19</sup>  
Marcelo Domingues de Faria<sup>20</sup>

Recebido em: 14 out. 2016  
Aceito em: 10 out. 2017

**RESUMO:** O leite materno é o melhor alimento para o bebê, sendo preconizado pela Organização Mundial de Saúde seu uso exclusivo até os seis meses de vida, e juntamente com outro alimento, até os dois anos. No entanto, o desmame precoce é largamente praticado, sendo um grave problema para a saúde pública, pois diversas doenças poderiam ser evitadas com o uso do leite materno. A partir de levantamento bibliográfico, conhecer os diversos fatores que predispõem ao desmame precoce. Trata-se de uma revisão integrativa de artigos científicos, publicados nos últimos 10 anos, no idioma português, com texto completo, presentes nas bases de dados LILACS, SCIELO E BDNF. A coleta foi realizada no mês de abril de 2016, a partir dos descritores aleitamento materno, desmame precoce, saúde da criança e mães, de acordo com o DECS. Foram encontrados 45 trabalhos e selecionados 11 para análise. Os fatores que contribuem para o desmame precoce são: problemas mamários; trabalho materno; queixa de leite insuficiente ou leite fraco; amamentação como prática que demanda tempo e dedicação; desconhecimento sobre os benefícios; choro e recusa do bebê e; falta de vontade para amamentar. Embora muitas mães reconheçam os valores da prática do aleitamento materno, diversos fatores dificultam a exclusividade e o tempo de oferecimento do leite humano. Diante disso, sugere-se atenção especial para o fortalecimento de políticas públicas mais eficazes para o incentivo da prática da amamentação.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Desmame precoce. Saúde da criança. Mães.

||| **ABSTRACT:** Breast milk is the best food for the baby, being recommended by the World Health Organization exclusive use up to six months of life, and together

---

<sup>17</sup> Emanuella Lisboa Baião Lira. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). E-mail: [emanuellalisboabaiao@hotmail.com](mailto:emanuellalisboabaiao@hotmail.com).

<sup>18</sup> Joice Requião Costa. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). E-mail: [Joyce\\_requi@hotmail.com](mailto:Joyce_requi@hotmail.com).

<sup>19</sup> Patrícia Shiley Alves de Sousa. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). E-mail: [patyshirley90@gmail.com](mailto:patyshirley90@gmail.com).

<sup>20</sup> Marcelo Domingues de Faria. Doutor em Anatomia animal pela USP. Docente da Pós-graduação Ciências da Saúde e Biológicas na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). E-mail: [Marcelo.faria@univesf.edu.br](mailto:Marcelo.faria@univesf.edu.br).

with other food, up to two years. However, early weaning is widely practiced, it is a serious problem for public health, as many diseases could be prevented with the use of breast milk. From literature, know the various factors that predispose to early weaning. This is an integrative review of scientific articles published in the last 10 years in the Portuguese language, full text, present in the databases LILACS, SCIELO And BDENF. Data collection was conducted in April 2016, the descriptors breastfeeding, early weaning, child health and mothers, according of the DECS. They found 45 studies and selected 11 for analysis. The factors contributing to early weaning are: breast problems; maternal employment; insufficient milk complaint or weak milk; nursing as a practice that takes time and dedication; lack of knowledge of the benefits; crying and the baby and refuse; lack of desire to breastfeed. While many mothers recognize the values of breastfeeding practice, several factors hinder the uniqueness and human milk offering time. Therefore, it is suggested special attention to the strengthening of more effective public policies for encouragement of breastfeeding practice.

**Keywords:** Breastfeeding. Early weaning. Child health. Mother.

## INTRODUÇÃO

O Aleitamento é considerado como o melhor alimento para o recém-nascido e traz diversos benefícios ao binômio mãe-filho, tanto imediato como a longo prazo, dentre eles: a) menos risco às infecções gastrintestinais e respiratórias; b) contribuições para o desenvolvimento cerebral e do sistema nervoso; c) aumento da imunidade e; d) redução do risco de diabetes mellitus, infarto agudo do Miocárdio, obesidade e hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

No que se refere aos benefícios à nutriz, destacam-se: a) proteção de patologias como anemias; b) menor índice de câncer de mama, câncer do endométrio e câncer de ovário; c) redução de gravidez indesejada; d) contribuição para a involução uterina; e) prolongamento do seu período fértil; f) aumenta o desejo sexual; g) aumenta o vínculo e sentimentos de amor e carinho com o seu bebê (BEHRMAN; OLIVEIRA; LEMBRUBER, 2003; MARCONDES, 2003).

O leite materno é rico em proteínas, carboidrato, vitaminas, lipídios e sais minerais, além de possuir propriedades antibacterianas, antivirais, anti-infecciosas e imunológicas, protegendo o bebê de várias doenças. A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e, juntamente com outros alimentos, até dois anos de idade (LEONE, 2001; BRASIL, 2007).

Os benefícios são muitos, porém, ainda existe grande desafio para a saúde pública no incentivo ao aleitamento materno, devido à alta incidência do desmame precoce e o elevado número de doenças que poderiam ser evitadas. O desmame precoce consiste na introdução de outros alimentos antes do bebê completar os seis meses de vida, desconsiderando os motivos que levaram a decisão materna. O

desmame precoce envolve, além da introdução de novos alimentos, a suspensão total do aleitamento materno, sendo considerado um processo e não somente um momento (ARAÚJO et al., 2008).

Já é de reconhecimento da população a importância do aleitamento materno, mas o desmame precoce ainda é um problema mundial. No Brasil, segundo pesquisa realizada em 2008, comprova que a média de aleitamento materno exclusivo é de 54 dias e a média de duração corresponde a 11 meses (BRASIL, 2010).

As propagandas de leites artificiais conseguem prejudicar a confiança das mães quanto a sua capacidade de produzir leite suficiente e conseguir alimentar seu filho. Em países desenvolvidos, o uso de leites artificiais traz grandes prejuízos para a saúde dos bebês, como o aumento da obesidade e alergias. Em países em desenvolvimento, são comuns a desnutrição, as infecções e problemas respiratórios e gastrointestinais, sendo um fator contribuinte ao aumento nos índices de mortalidade infantil (MARCONDES et al., 2003).

Portanto, o presente artigo tem o objetivo de identificar os principais fatores responsáveis pelo desmame precoce, através de estudos já presentes na literatura, tendo em vista a escassez de pesquisas voltadas para a temática, não priorizando apenas os fatores biológicos, mas, também, aspectos sociais, políticos e culturais que estão envolvidos no processo do aleitamento materno.

## **METODOLOGIA**

Para promoção deste estudo, fora realizada revisão integrativa, cuja metodologia proporciona a síntese de resultados de estudos sobre algum tema ou questão, de forma sistemática e organizada, proporcionando o conhecimento mais profundo de determinado tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2016 e foram considerados artigos de periódicos científicos publicados nos últimos 10 anos, no idioma português, disponíveis em textos completos.

O levantamento bibliográfico partiu dos seguintes descritores: a) aleitamento materno; b) desmame precoce; c) saúde da criança e; d) mães, segundo Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo que, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), foram utilizados os termos “aleitamento materno” e “desmame precoce”; na "Literatura Latino-Americana e Ciências de Saúde" (LILACS), os termos “aleitamento materno”, “desmame precoce” e “Saúde da criança”; e, na "Bases de Dados de Enfermagem" (BDENF), os termos “aleitamento materno”, “desmame precoce” e “mães”.

## DESENVOLVIMENTO

A amamentação é um ato natural, simples, que não requer nenhum procedimento complicado, mas percebe-se dificuldades que podem prejudicar ou retardar o aleitamento, oriundas tanto da mãe quanto da criança, mas devem ser compreendidas como reversíveis se tratadas de forma adequada (CARVALHO, 2000).

Foram encontrados 45 trabalhos científicos. Porém, com leitura dos títulos e resumos disponíveis, foram selecionados 11 artigos que se referem diretamente ao tema. A relação dos artigos selecionados, com seus respectivos autores, ano de publicação, local de estudo, objetivos e resultados alcançados estão presentes no Quadro 1.

Existe um conjunto de fatores, que influenciam negativamente no estabelecimento do aleitamento materno. Um dos mais abordados é referente à lactação insuficiente, que é responsável pela insegurança das mães (ARAÚJO, et al., 2008; FROTA et al., 2009; OLIVEIRA, et al., 2010; RODRIGUES, et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2015). Este fator está associado ao estado psicológico da genitora, pois, quando estão ansiosas, deprimidas ou preocupadas, o reflexo de ejeção torna-se insatisfatório ou ausente. Porém, podem ocorrer outras situações, como pega inadequada do bebê, utilização de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) e mamadas curtas e pouco frequentes (GIOVANINI; SILVEIRA, 2010).

**Quadro 1** – Síntese dos resultados dos estudos escolhidos para análise, incluídos na literatura.

Título/ Autores	Ano de Publicação	Local de estudo	Objetivos do Estudo	Resultados
Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do Aleitamento Materno Autores: OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A.	2007	Programa de Saúde da Família em Resende (RJ).	Descrever as representações sociais da amamentação para mulheres que interromperam precocemente o AME	Prática que demanda muito tempo, cansativo e dificuldade em dar o peito a todo instante (59%); Retorno ao trabalho (24%); provoca dor (12%); bebê chora muito, pouco leite, leite fraco (5%).
Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce. Autores: ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A.	2008	Bairro Mafrense, zona norte do município de Teresina-PI.	Identificar os motivos que levaram as mulheres ao desmame precoce e analisar o conhecimento das mães sobre o aleitamento materno.	Enfermidades relacionadas ao uso de medicamentos; trabalho materno, e consequentemente o oferecimento de outros alimentos por outros cuidadores; pouco leite/leite fraco; problemas mamários (fissuras, ingurgitamento e mastite); recusa do bebê e dificuldade de pegar o peito.
A vivência do processo de amamentação e desmame precoce em mulheres-mães orientadas para o Aleitamento Materno: estudo qualitativo. Autores: SILVA, R. M. R.; MARCOLINE, C.	2009	Instituição privada de médio porte, localizada na capital de Minas Gerais.	Compreender o fenômeno da amamentação/desmame precoce a partir das falas das mulheres que o vivenciaram	Os sentimentos negativos que interferem no aleitamento materno, estão ligados às dificuldades inerentes ao cotidiano de uma mulher-mãe que vivencia o aleitamento materno, tais como a falta de preparo, falta de apoio, falta de estrutura familiar, social e do trabalho e falha nas orientações prestadas pelos profissionais envolvidos com a promoção da saúde da mulher e da criança

<p>Fatores que interferem no Aleitamento Materno. Autores: FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D.; SOUSA FILHO, O. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F</p>	<p>2009</p>	<p>Centro de Saúde da Família Professor Maurício Mattos Dourado em Fortaleza (CE).</p>	<p>Identificar os fatores relacionados ao desmame precoce entre os menores de seis meses de vida</p>	<p>Choro e fome do bebê; insuficiência do leite materno; trabalho das mães fora de casa; problemas mamários como ingurgitamento mamários, dor, fissuras e mastite; e recusa do bebê para mamar.</p>
<p>Fatores associados ao desmame precoce em múltiparas. Autores: OLIVEIRA, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DOFT, R. C. M.; VERAS, J. E. G. L. F.; XIMENES, L. B.</p>	<p>2010</p>	<p>Alojamento Conjunto de uma maternidade pública de Fortaleza (CE).</p>	<p>Verificar os fatores relacionados ao desmame precoce em múltiparas.</p>	<p>Pouco leite (14,9%); leite fraco (8,5%); leite secou (2,12%); não supra a fome do bebê (12,8%); retorno ao trabalho (6,4%); fissuras mamilares (2,12%); ingurgitamento mamário (4,25%); dores no seio (2,12%); introdução da mamadeira (6,4%); introdução de água e chá (2,12%); não recebeu orientação (1,12%).</p>
<p>Fatores preditivos de interrupção do Aleitamento Materno exclusivo no primeiro mês de lactação Autores: VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. C.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R.</p>	<p>2010</p>	<p>Feira de Santana (BA).</p>	<p>Averiguar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação na cidade de Feira de Santana (BA).</p>	<p>Falta de experiência prévia com amamentação (razão de prevalência 1,24; IC95% 1,75-1,43), presença de fissura mamilar (razão de prevalência 1,25; IC95% 1,09-1,43), horários pré-determinados para amamentar (razão de prevalência 1,42; IC95% 1,09-1,84) e uso de chupeta (razão de prevalência 1,53; IC95% 1,34-1,76)</p>
<p>Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. Autores: DIOGO, E. F.; SOUZA, T.; ZOCHE, D. A</p>	<p>2011</p>	<p>Unidade Básica de Saúde no município de Viamão, estado do Rio Grande do Sul</p>	<p>Analisar as causas do desmame precoce em puérperas que frequentam a Unidade Básica de Saúde no município de Viamão (RS), reconhecendo as interfaces da condição socioeconômica e dos fatores culturais implicados.</p>	<p>Falta de conhecimento sobre o Aleitamento materno; traumas e dores nas mamas; e trabalho materno.</p>



<p>Fatores associados ao desmame precoce em Hospital Amigo da Criança Autores: GARCIA, A. F. G.; LINS, R. D. A. U; PAIVA, S. M.; SOUSA, R. V.; MARTINS, S. V.; SILVA, M. S P.; FERREIRA, J. M. S.; MENEZES, V. A.</p>	<p>2012</p>	<p>Hospital Amigo da Criança na cidade de Campina Grande, estado da Paraíba (PB).</p>	<p>Determinar os fatores associados com o desmame precoce entre as crianças em um Hospital Amigo da Criança</p>	<p>O fator associado com o desmame precoce foram: renda (P=0,001), peso de nascimento da criança (P=0,016), uso de mamadeira (P=0,003) e uso de chupeta (P&lt;0,001). Na análise multivariada, o uso de chupeta permaneceu significativamente associada com o desmame precoce (OR: 3,23 IC 95%: 1,871-5,591, P&lt;0,001).</p>
<p>Prevalência de Aleitamento materno exclusivo até a idade de 6 meses e características maternas associadas, em área de abrangência de Unidades de Saúde da Família no município de Pelotas (RS). Autores: STEPHAN, A. M. S.; CAVADO, M. N.; VILELA, C. Z.</p>	<p>2012</p>	<p>Unidade de Saúde da Família no município de Pelotas (RS).</p>	<p>Verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) até a idade de seis meses, características maternas associadas e motivos para desmame precoce</p>	<p>Leite insuficiente, ou fraco (26,3%); criança não quis mamar (12,6%); mãe preferiu não amamentar (8,4%); recomendações médicas (6,3%); trabalho materno (5,3%); lesões ou dor nas mamas (4,2%); e hospitalização da criança (3,2%).</p>
<p>Aleitamento Materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. Autores: RODRIGUES, B. C.; PELLOSO, S. M.; FRANÇA L. C. R.; ICHISATO, S. M. T.; HIGRASHI, I. H</p>	<p>2014</p>	<p>Realizado no município de Maringá, região noroeste do Paraná (PR).</p>	<p>Compreender a vivência do aleitamento materno e desmame de filhos por mães enfermeiras.</p>	<p>O retorno ao trabalho; pouco leite/ leite fraco.</p>

<p>Banco de Leite Humano: o apoio a amamentação e a duração do Aleitamento Materno exclusivo. Autores: FIGUEIREDO, M. C. D.; BUENO, M. P.; RIBEIRO, C. C.; LIMA, P. A.; SILVA, I. T.</p>	<p>2015</p>	<p>Hospital Universitário e Banco de Leite Humano em cidade do interior de São Paulo</p>	<p>Identificar quais fatores sociodemográficos estão associados ao desmame precoce e comparar a duração do aleitamento materno exclusivo entre mães que receberam orientações sobre aleitamento materno e mães que não receberam</p>	<p>Pouco leite/leite fraco; Falta de vontade de amamentar/ falta de tempo; problemas mamários; conselhos familiares; e orientações médicas com o predomínio de 52% nas mães do Hospital Universitário e 75% nas mães do Banco de Leite Humano.</p>
--	-------------	--	--	--

Os estudos apontam que o retorno da mãe ao trabalho foi outro fator importante para o desmame precoce (OSÓRIO; QUEIROZ, 2007; OLIVEIRA, et al., 2010; RODRIGUES, et al., 2014).

Ressalta-se que a licença materna fica a critério de cada empresa, mas, a partir de 2009, em instituições públicas, ela tenha passado de 120 para 180 dias de acordo com a Lei nº 11.770 (BRASIL, 2008)

Nesse sentido o retorno ao trabalho contribui para a ocorrência de insuficiência de leite, sendo outro fator determinado para o desmame, advindo da interrupção da rotina das mamadas e a associação com a introdução de leites artificiais (RODRIGUES et al., 2014).

Em alguns estudos, foi possível observar que muitas mulheres consideram o aleitamento materno um processo fatigante (OSÓRIO; QUEIROZ, 2007; SILVA; MARCOLINE, 2009). Esgotadas com os afazeres do lar, o cuidado com outros filhos e em conjunto com a falta de apoio, as mulheres acabam desistindo da amamentação, a qual requer tempo e dedicação integral. Esse processo precisa ser discutido ainda no pré-natal ou mesmo no planejamento, para que as mães estejam preparadas ao nascimento do bebê. A possibilidade de poder contar com outros alimentos, na expectativa de diminuir essa sobrecarga, ou em momentos de ausência materna, contribuem para o desmame precoce (OSÓRIO; QUEIROZ, 2007).

Alguns autores descreveram os fatores clínicos que interferem no aleitamento materno, incluindo processos dolorosos, fissuras mamárias, ingurgitamento e mastite. Nos primeiros dias do puerpério, as mães passam por desordens emocionais que contribuem para a dor ao amamentar e, se essa dor permanecer em todas as mamadas, contribuirá para o desmame precoce. Quanto mais rápido identificar os sinais clínicos mais simples, menor é a probabilidade de um problema maior como a mastite (CAMANO et al., 2005).

O uso de bicos artificiais também estão associados à interrupção precoce citadas em alguns estudos (GARCIA, et al., 2012; VIEIRA, et al., 2010). É provável que o uso da chupeta diminua o número de mamadas durante o dia, interferindo assim na diminuição do fluxo de leite. A chupeta também provoca a confusão do bico artificial com o bico da mama,

podendo ser motivo de estresse, choro e recusa do bebê em pegar o peito da mãe. No entanto, esse fator não é a causa primária do desmame, mas um sinal de dificuldade e motivo que leva as mães a optarem pelo desmame (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006).

O nível de conhecimento a respeito do aleitamento materno e experiências prévias contribuem significativamente para o seu sucesso. Faleiros, Carandina e Trezza (2006) afirmam que a vivência em experiências passadas interfere na decisão materna em amamentar, até mesmo com aquelas que não obtiveram sucesso com seu primeiro filho. O sucesso na primeira experiência não previne problemas em filhos futuros, já que é considerado o contexto de cada gestação. Quando existe o esclarecimento de dúvidas maternas e da família, o processo de amamentar tem maiores chances de ser bem-sucedido, pois essa mãe está confiante e tranquila (GEOVANINI; SILVEIRA, 2010).

Fatores socioeconômicos e incentivos de outras alimentações e uso de bicos artificiais restringem ainda mais a procura de informações e esclarecimentos sobre o aleitamento materno, influenciando negativamente a sua duração (GARCIA, et al., 2012).

Estudos apontam a significância das orientações médicas na decisão do desmame precoce (FIGUEIREDO, et al., 2015; STEPHAN; CAVADO; VILELA, 2012). Corroborando com as pesquisas, Calegari (2009) mostra, em estudo em Unidades Básicas de Saúde, em Porto Alegre (RS), que esse fator é o principal motivo para explicar o desmame precoce.

Oliveira et al. (2010) dizem que os profissionais de saúde são responsáveis pela manutenção de conhecimentos sobre o aleitamento materno e ressaltam a necessidade de apoio profissional durante o processo. A qualidade das informações transmitidas deve ser verificada, pois as mães precisam de informações concretas sobre os benefícios do aleitamento materno, sabendo que a ausência desse conhecimento contribui para seu abandono.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo conclui que existem diversos fatores que contribuem ao desmame precoce, que vai desde a introdução de outros alimentos até a interrupção por completo do leite materno. Dentre os principais fatores, destacam-se os problemas relacionados a mama; o retorno da mãe ao trabalho; as queixas de leite insuficiente ou leite fraco; o fato de ser uma prática que demanda muito tempo e dedicação; a falta de conhecimento sobre os benefícios; choro e recusa do bebê; e até mesmo por falta de vontade para amamentar. Embora muitas mães já reconheçam os valores da prática do aleitamento materno, esses fatores dificultam a questão da sua exclusividade e no tempo de oferecimento do leite humano.

As particularidades de cada mãe, principalmente quanto aos aspectos psicossociais, precisam ser compreendidas e os profissionais de saúde que lidam com gestantes e recém-nascidos devem atentar-se para cada fator que prejudica o sucesso dessa prática, auxiliando no enfrentamento de todas essas dificuldades.

Diante desses achados, sugere-se atenção especial de políticas públicas mais eficazes para fortalecer a prática da amamentação, e a elaboração de estratégias que forneçam orientações e estímulos à amamentação nas instituições e empresas, fazendo com que essas mães que precisam voltar ao trabalho deem continuidade ao aleitamento materno por mais tempo possível.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p.18
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Amamentação**. Brasília: FUNASA, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- BEHRMAN, R.; OLIVEIRA, H. C.; LEMBRUBER, I. **Tratado de Obstetrícia Febrag**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, 913p.
- CAMANO, L.; SOUSA, E.; SASS, N.; MATTAR, R. **Obstetrícia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar**. Barueri (SP): Manole; 2005.
- CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.
- FIGUEIREDO, M. C. D.; BUENO, M. P.; RIBEIRO, C. C.; LIMA, P. A.; SILVA, I. T. Human milk bank: the breastfeeding counseling and the duration of exclusive breastfeeding. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 2, p. 8, 2015
- FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D.; SOUSA FILHO, O. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F. Fatores que interferem no Aleitamento Materno. Fortaleza: **Rev. Rene.**, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul/set 2009.
- GARCIA, A. F. G.; LINS, R. D. A. U; PAIVA, S. M.; SOUSA, R. V.; MARTINS, S. V.; SILVA, M. S P.; FERREIRA, J. M. S.; MENEZES, V. Factors associated with early weaning at a Child-Friendly Healthcare Initiative Hospital. **Rer. Odonto. Ciência**, v. 27, n. 3, p. 202-207.
- GIVANINI, T.; SILVEIRA, T. C. Aleitamento Materno uma prioridade para a mãe e para o recém-nascido: papel facilitador da enfermagem. In: GEOVANINI, T. **Gênero**,

**Sexualidade e Saúde:** Um olhar da Enfermagem. Arujá (SP): Giracor, 2010, p. 486.

LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido.** São Paulo: Atheneu, 2001.

MARCONDES, E.; OKAY, Y.; COSTA, F. A. V.; RAMOS, J. L. A. **Pediatria básica e neonatal.** 9 ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p.844.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 7, n. 4, p. 758-764, 2008.

OLIVEIRA, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; VERAS, J. E. G. L. F.; XIMENES, L. B. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev Rene**, v. 11, n. 4, p. 95-102, 2010.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do Aleitamento Materno. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 261-7, 2007

RODRIGUES, B. C.; PELLOSO, S. M.; FRANÇA L. C. R.; ICHISATO, S. M. T.; HIGRASHI, I. H. Aleitamento Materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. Fortaleza, **Rev. Rene**, v. 15, n. 5, p. 832-841, 2014.

SILVA, R. M. R.; MARCOLINE, C. The experience of the breastfeeding/early weaning process by women orientated to breastfeeding: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 1, 2009.

SILVEIRA, F. J.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, p. 60-77, 2006.

STEPHAN, A. M. S.; CAVADO, M. N.; VILELA, C. Z. Prevalência de Aleitamento materno exclusivo até a idade de 6 meses e características maternas associadas, em área de abrangência de Unidades de Saúde da Família no município de Pelotas (RS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 431-438, 2012

VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. C.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R. Fatores preditivos de interrupção do Aleitamento Materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2012

# ÍNDICES DE QUALIDADE DA DIETA ORAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## *Quality indices of oral diet: a literature review*

Josiane Bressiani<sup>1</sup>  
Lucas Collito Martins<sup>2</sup>  
Michele Honicky<sup>3</sup>  
Caryna Eurich Mazur<sup>4</sup>

Recebido em: 27 set. 2016  
Aceito em: 18 dez. 2017

**RESUMO:** Os índices de qualidade da dieta oral permitem avaliar e monitorar a dieta de indivíduos e/ou populações em relação às recomendações nutricionais. Os principais índices utilizados são: Índice de Qualidade da Dieta, Índice de Qualidade Nutricional, Índice de Alimentação Saudável, Escore de Diversidade da Dieta, Escore Recomendado de Alimentos, Índice de Qualidade da Refeição, Escore da Dieta Mediterrânea, Indicador da Dieta Saudável. Esse trabalho objetiva descrever os principais índices de qualidade da dieta oral e sua ligação com a prática aplicada em estudos. Para atingir tal objetivo foi buscado na literatura científica artigos base e atuais, publicados nos últimos dez anos, nas línguas português e inglês, das bases de dados PubMed, Scielo e Science Direct e também livros-textos clássicos sobre o tema.

**Palavras-chave:** Hábitos Alimentares. Ingestão de Alimentos. Índices.

**ABSTRACT:** The Healthy Oral Eating Index allow to assess and monitor the diet of individuals and/or populations in relation to dietary recommendations. The main indices used are: Diet Quality Index, Index of Nutritional Quality, Healthy Eating Index, Dietary Diversity Score, Recommended Food Score, Meal Index of Dietary Quality, Mediterranean Diet Score, Healthy Diet Indicator. The aim of this paper was to describe the main Healthy Oral Eating Index and its link with the practice applied in studies. To achieve this aim searched for in the scientific literature based and current articles published in the last ten years in the Portuguese and English, the databases PubMed, Scielo and Science Direct and also classic textbooks about the subject.

**Keywords:** Food Habits. Eating. Indexes.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve uma mudança no perfil nutricional nacional e mundial, com um aumento significativo das doenças relacionadas ao excesso nutricional, com relação ao estilo de vida atual e o avanço tecnológico. Tal processo vem sendo conhecido como transição nutricional e tem demandado novas visões e discussões com ações de intervenção no campo da nutrição (FECHINE, 2015).

---

<sup>1</sup> Nutricionista. Universidade Estadual do Centro-Oeste. E-mail: [josybressiani@hotmail.com](mailto:josybressiani@hotmail.com).

<sup>2</sup> Nutricionista. Universidade Estadual do Centro-Oeste. E-mail: [lucascollito@gmail.com](mailto:lucascollito@gmail.com).

<sup>3</sup> Nutricionista. Universidade Estadual do Centro-Oeste. E-mail: [michele\\_honicky@yahoo.com.br](mailto:michele_honicky@yahoo.com.br).

<sup>4</sup> Nutricionista. Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional. Professora Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. E-mail: [carynanutricionista@gmail.com](mailto:carynanutricionista@gmail.com).

A transição nutricional pode ser melhor compreendida como sendo um conjunto de mudanças nos padrões nutricionais por meio da modificação na alimentação dos brasileiros que tem relação direta com questões econômicas, sociais, demográficas e de saúde. Neste sentido, a saúde coletiva de uma população tem foco principal nesse diálogo em torno dos hábitos alimentares e a industrialização de forma acelerada, além das políticas públicas vigentes (GARCIA, 2003; MONTEIRO & MONDINI, 2000; OLIVEIRA, 1997).

Assim, Mezomo (2002) define hábitos alimentares como os atos concebidos pelos indivíduos em que há seleção, utilização e consumo de alimentos disponíveis. Para além disso, este comer entre sujeitos gera um papel de satisfação do organismo além de configurar uma rede de significações de caráter social; englobando também os costumes e a socialização entre indivíduos.

Entretanto, a utilização de alimentos industrializados vem sendo largamente bem aceita pela população de forma rotineira, tão comum atualmente, provavelmente por suas características de praticidade, além da divulgação da indústria de alimentos através da mídia (FECHINE, 2015).

Então, os índices dietéticos permitem avaliar e monitorar a dieta de indivíduos e/ou populações em relação às recomendações nutricionais de cada país, com isso, é possível ter dados e situações epidemiológicas, como da transição nutricional (ANDRADE *et al*, 2013).

A partir disso, esse trabalho objetiva descrever os principais índices de qualidade da dieta oral e sua ligação com a prática nutricional aplicada em estudos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para atingir tal objetivo foi buscado na literatura científica, as palavras chaves: índice de qualidade da dieta, índice de qualidade nutricional, índice de alimentação saudável, escore de diversidade da dieta, escore recomendado de alimentos, índice de qualidade da refeição, escore da dieta mediterrânea e indicador da dieta saudável. Utilizou-se artigos base e atuais, publicados nos últimos dez anos, nas línguas português e inglês, das bases de dados PubMed, Scielo e Science Direct e também livros-textos clássicos sobre o tema.

### **ÍNDICE DE QUALIDADE DA DIETA (IQD) – *DIET QUALITY INDEX* (DQI)**

O IQD é um instrumento aplicado à grupos populacionais afim de avaliar a qualidade da dieta. Validado por Fisberg *et al.* (2004), o *Diet Quality Index* (DQI) foi adaptado para o Brasil na forma de Índice de Qualidade da Dieta (IQD). Mais tarde, o IQD foi revisado com a elaboração do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008) que se tornou Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R).

Nesse sentido, Andrade *et al.* (2013) avaliaram o IQD-R quanto a sua confiabilidade e validade, com uma população de 2375 paulistas, maiores de 12 anos e de ambos os gêneros, cadastrados na base de dados Inquérito de Saúde. Os resultados demonstraram diferenças significativas quanto o IQD-R em relação aos componentes gênero e hábito de fumar e correlação com os componentes: frutas (totais e integrais), demonstrando assim, um resultado positivo em relação ao objetivo da pesquisa.

Ainda, Oliveira *et al.* (2015) objetivaram avaliar o efeito da orientação nutricional através do IQD-R em 30 pacientes do Ambulatório de Nutrição da Universidade Estadual Paulista, onde os mesmos participaram de duas entrevistas oferecendo informações de hábitos de vida e de consumo alimentar, antes e após a intervenção. Os resultados obtidos indicam aumento do consumo de frutas, verduras, legumes e leguminosas, ao passo que houve redução do consumo de doces, bebidas açucaradas e laticínios integrais, o que indica mudança positiva no hábito alimentar da população estudada alcançado com a orientação nutricional.

## ÍNDICE DE QUALIDADE NUTRICIONAL (IQN) – *INDEX OF NUTRITIONAL QUALITY*

(INQ)

O Índice de Qualidade Nutricional (IQD) tem como objetivo avaliar a qualidade da ingestão alimentar por meio dos nutrientes e energia provenientes da dieta. Desse modo, Tonial *et al.* (2011) aplicaram o IQD em sua pesquisa com peixes, objetivando melhor qualidade dos lipídeos através da ração suplementada com óleo de soja. Foram submetidas 100 tilápias ao consumo da ração especial por 90 dias, que no fim do estudo demonstraram redução quanto aos índices de aterogenicidade e trombonicidade, e aumento da relação entre ácidos graxos hipocolesterolêmicos e hipercolesterolêmicos de acordo com o passar dos dias, o que indicou melhor qualidade nutricional.

Marucci (1985) avaliou as dietas oferecidas em instituições para idosos na cidade de São Paulo e através do IQN e constatou que dentre as 20 pesquisadas, nenhuma das instituições apresentou dieta adequada em sua totalidade, considerando energia e nutrientes, sendo que na maioria delas, o cálcio e a fibra foram os nutrientes com maior deficiência.

Do mesmo modo, Gambardella (1990) estudou os cardápios propostos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) na região metropolitana de São Paulo, utilizando o IQN para comparar a recomendação e a oferta diária de nutrientes e energia aos trabalhadores de ambos os gêneros. Observou-se que houve inadequação quanto a oferta de nutrientes entre os trabalhadores do gênero masculino como tiamina, riboflavina, niacina, cálcio e vitamina A. Dentre as mulheres, além destes, houve deficiência de oferta de ferro e vitamina C, o que deixa claro a falta de compromisso e profissionais capacitados nesse contexto.



## ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (IAS) – *HEALTHY EATING INDEX* (HEI)

Com o intuito de conhecer os hábitos alimentares americanos e a adequação dos mesmos às diretrizes dietéticas locais, o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA, 1989-1990) colocou em prática um índice para avaliar a qualidade global da dieta americana. Tal instrumento foi denominado Índice de Alimentação Saudável (Healthy Eating Index) e objetiva estimar a qualidade da dieta e também é uma ferramenta possível para avaliar ações de intervenção nutricional (MOTA, 2008).

O índice avalia 10 componentes, 5 referem-se aos grupos alimentares da Pirâmide Alimentar, 4 aos nutrientes (gordura total, saturada, colesterol, sódio) e 1 à medida da variedade da dieta. Cada componente apresenta um escore que varia de zero a 10, totalizando pontuação máxima 100 que se refere a uma dieta de boa qualidade.

Hannet *et al.* (2001) denotam que pontuações mais altas do índice de alimentação saudável estavam associadas de forma significativa à variedade da dieta, ao consumo aumentado de frutas, à adequação na ingestão de fibras, ao baixo consumo de gordura total e saturada e às concentrações elevadas de alguns carotenóides e vitamina C. Além da influência positiva da idade, do nível educacional e da renda na pontuação mais alta do índice de alimentação saudável.

Já Weinstein *et al.* (2004) apontam correlação positiva entre o índice de alimentação saudável e biomarcadores do consumo de frutas e hortaliças (vitamina C, carotenóides, vitamina E e folato séricos).

## ESCORE DE DIVERSIDADE DA DIETA (EDD) – *DIETARY DIVERSITY SCORE* (DDS)

Dentre os índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas, Volp *et al.* (2010) descreve o Escore de Diversidade da Dieta (EDD) como aquele que quantifica o número de grupos alimentares consumidos diariamente por uma pessoa ou população. A partir de uma lista de 73 alimentos distribuídos nos grupos: leite e derivados, carne, cereais, frutas e hortaliças, é possível atribuir pontos a cada grupo e então avaliar a diversidade da dieta que possui 5 como escore máximo, ou seja, muito diversificada.

Em outra pesquisa, Volp (2011) revisou e descreveu algumas vantagens e desvantagens do EDD e destacou por ser um método de fácil manuseio e interpretação dos resultados, além de fornecer a qualidade da dieta quanto as recomendações para os cinco grupos da pirâmide alimentar. Por outro lado, não considera a ingestão de gorduras, bebidas alcoólicas, doces, refrigerantes, chocolates, sódio e colesterol, além de não possibilitar uma visão geral da adequação dos nutrientes e interpretação dos resultados.

Santos *et al.* (2011) em seu estudo avaliou a diversidade da dieta de 30 mulheres atendidas em uma clínica escola de Goiás e através do EDD puderam observar que as dietas apresentaram variedade de alimentos, mas também a falta de nutrientes essenciais que demonstram, assim, a má qualidade da alimentação consumida.

## ESCORE RECOMENDADO DE ALIMENTOS (ERA) – *RECOMMENDEDFOOD SCORE* (RFS)

Foi desenvolvida e adaptada por meio de um questionário de frequência de consumo de alimentos americano. O escore ou Consumo Recomendado de Alimentos(CAR)foi desenvolvido por um estudoque levou em considerações o consumo de alimentos de vários grupos, como as hortaliças, as frutas, carnes magras ou alternativas de carne,grãos integrais e lácteos de baixa gordura.

No Brasil, teve-se uma associação para adaptação entre a CAR original e a CAR adaptada com medidas antropométricas e metabolismo energético (ME) em amostra de 20 homens com peso normal e 17 com excesso de peso (VOLP, 2011).

Kant (2000) e Volp (2010) sugerem o uso do Escore afim de classificar indivíduos ou populações em categorias de baixo ou alto risco de comportamento dietético, que previnem ou estimulam doenças crônicas.

Segundo Koning (2011), o Escore ainda pode fazer uma melhor associação entre doenças crônicas, como diabetes e a sua redução/controle em relação ao índice de massa corporal (IMC) quando bem apontados os alimentos no cotidiano do paciente.

## ÍNDICE DE QUALIDADE DA REFEIÇÃO (IQR) –*MEAL INDEX OF DIETARY QUALITY* (MIDQ)

Foi desenvolvido em 2006 por Bandoni & Jaime com o objetivo de criar um instrumento para avaliar a qualidade das refeições. Primeiramente foram avaliados 10 critérios, porém para facilitar a aplicação e precisão do instrumento foi reduzido para cinco critérios com escore de 0 a 20 cada um deles, entres eles são, adequação na oferta de verduras, legumes e frutas, oferta de carboidratos, oferta percentual em relação à energia, oferta de gordura total, oferta de gordura saturada e variabilidade da refeição.

Para classificação do Índice de qualidade da refeição (IQR), um escore maior que 80 indica refeição adequada, entre 51 e 80 a refeição necessita de melhoras e menor ou igual a 50 indica refeição inadequada (BANDONI, 2006). O IQR auxilia no planejamento de cardápios para melhora na oferta de alimentos e preparações nas Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) (GORGULHO, 2011).

Em estudo com 72 empresas participantes do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), as quais foram divididas em dois grupos, as de pequeno porte sem nutricionista com IQR de 66,25, indicavam que necessitavam de melhora na qualidade da refeição e as empresas de médio e grande porte com apoio de nutricionista foram classificadas com IQR de 82,95 (BANDONI,2008). Outro estudo em UAN foi verificado um IQR de 64,60 e de 81 cardápios avaliados, 44,4%necessitavam de melhora e somente 24,6

% estavam adequados (GORGULHO, 2011). Na avaliação de cinco opções de café da manhã ofertado em Universidade de São Paulo em relação ao custo, para aliar baixo custo com qualidade nutricional, as opções com maior IQR foi de 72, 64 e 53, ofereciam frutas no seu cardápio, apenas uma opção apresentou vantagem em relação ao custo e qualidade nutricional (MACHADO, 2008).

#### ESCORE DA DIETA MEDITERRÂNEA (EDM)– *MEDITERRANEAN DIET SCORE* (MDS)

Foi criado por Trichopoulou *et al.*, (1995) através de estudo conduzido com 182 idosos gregos com base na frequência de consumo de alimentos, o escore de 0 a 1 de acordo com o consumo de 9 itens, hortaliças/verduras, leguminosas, frutas e oleaginosas, produtos lácteos, cereais, carne e derivados, álcool moderado, razão entre gordura monoinsaturada/saturada e energia (VOLP, 2010; TRICHOPOULOU, 1995).

A adesão à dieta mediterrânea é indicada por um escore com maior pontuação, para o consumo de alimentos saudáveis acima da média recebe 1 ponto para cada item, como vegetais, legumes, frutas, oleaginosas, cereais, peixe e razão adequada entre gordura monoinsaturada/saturada, já alimentos, como carne, produtos lácteos um consumo abaixo da média obtêm 1 ponto e consumo moderado de álcool também recebem 1 ponto (TRICHOPOULOU, 2003).

Em estudo com 28572 participantes gregos entre 1994 e 1999 verificou-se que a adesão a dieta mediterrânea está associada a redução da mortalidade (TRICHOPOULOU, 2003). Além disso, em estudo longitudinal foi observado que a dieta mediterrânea melhora nos parâmetros antropométricos nos homens, porém sem associação significativa com os parâmetros bioquímicos (MERTENS, 2015). No entanto, em estudo com 200 pacientes com arteriosclerose verificou-se o consumo da dieta mediterrânea está associada a menor gravidade da doença (AKGÜLLÜ, 2015).

#### INDICADOR DA DIETA SAUDÁVEL (IDS) – *HEALTHY DIET INDICATOR* (HDI)

Foi desenvolvido por Huijbregtset *al.* (1997) com base nas recomendações nutricionais para prevenção de doenças crônicas da Organização Mundial da Saúde de 1990.

Para classificação do indicador da dieta saudável (IDS), quando o participante apresentava consumo adequado do nutriente recebia a pontuação 1 e se caso consumo inadequado recebiam a pontuação 0, o consumo de nutrientes e alimentos avaliados são: ácidos graxos saturados, ácidos graxos poliinsaturados, proteína, carboidratos complexos, fibra, frutas e legumes, oleaginosas, monossacarídeos e dissacarídeos e colesterol (HUIJBREGTS, 1997).

Uma pontuação alta no indicador da dieta saudável pode estar associado ao menor

comprometimento da função cognitiva em idosos (HUIJBREGTS, 1998; LEITE, 2001). Em estudo que adaptou o IDS com as orientações da OMS de 2002 para doenças crônicas verificou que uma pontuação maior no IDS não está relacionada ao menor risco de câncer (BERENTZEN, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os índices de qualidade da dieta oral são ferramentas para melhor avaliação do consumo alimentar de indivíduos e coletividades, pois possibilitam o desenvolvimento da conduta profissional. Além disso, destacam-se pela praticidade e baixo custo de aplicação, com ampla variedade de índices que se adequam a diferentes situações.

## REFERÊNCIAS

AKVGÜLLÜ C.; SIRIKEN, F.; ERYILMAZ, U. et al. The relation between compliance to the Mediterranean diet and the extensiveness of coronary artery disease. **Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi's**, v.4, n.43, p.340-9, 2015.

ANDRADE, S.C.; PREVIDELLI, A.N.; MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M. Avaliação da confiabilidade e validade do Índice de Qualidade da Dieta Revisado. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.675-83, 2013.

BANDONI D.H. Índice de qualidade da refeição de empresas cadastradas no programa de alimentação do trabalhador da cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

BANDONI, D.H.; JAIME, P.C. A qualidade das refeições de empresas cadastradas no Programa de Alimentação do Trabalhador na cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 2, p. 177-184, Apr. 2008.

BERENTZEN N.E.; BEULENS, J.W.; HOEVENAAR-BLOM, M.P. et al. Adherence to the WHO's Healthy Diet Indicator and Overall Cancer Risk in the EPIC-NL Cohort. **Plos one**, v.8, n.8, p e-70535, 2013.

FECHINE, Á. D.; MACHADO, M.M.T.; LINDSAY, A.C. et al. Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n.1, 2015.

FISBERG, R.M; SLATER, B.; BARROS, R.R. et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. **Revista de Nutrição**, v. 3, n.17, p.301-18, 2004.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, v.16, n.4, 2003.

GAMBARDELLA, A.M.D. O Programa de Alimentação do Trabalhador frente às recomendações nutricionais para esse segmento específico de população; área metropolitana de São Paulo. 1990.

GORGULHO, B.M; LIPI, M; MARCHIONI, D.M.L. Qualidade nutricional das refeições servidas em uma unidade de alimentação e nutrição de uma indústria da região metropolitana de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v.24, n.3, p. 463-472, 2011.

HUIBREGTS P.P.; FESKENS, E.; RÄSÄNEN, L. *et al.* Quality of dietary pattern and 20-year mortality in elderly men in Finland, Italy and The Netherlands. **British Medical Journal**, v.315, n.7099, p.13-7, 1997.

HUIBREGTS P.P.; FESKENS, E.J.; RÄSÄNEN, L. *et al.* Dietary patterns and cognitive function in elderly men in Finland, Italy and The Netherlands. **European Journal of Clinical Nutrition**. n.52, v.11, p.826-831, 1998.

HANN, C. S.; ROCK, C.L.; KING, I.; DREWNOWSKI, A. Validation of the Healthy Eating Index with use of plasma biomarkers in a clinical sample of women. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 4 n.74, p. 479-86, 2001.

KANT, A.K.; SCHATZKIN, A.; GRAUBARD, B.I.; SCHAIRER, C. A prospective study of diet quality and mortality in women. **Journal American Dietetic Association**. p.2109-15, 2000.

KONING, L.; CHIUVE, S.E.; FUNG, T.T. *et al.* Diet-quality scores and the risk of type 2 diabetes in men. **Diabetes Care**. v. 5 n.34, p.1150-6, 2011.

KOURIS-BLAZOS, A.; WAHLGVIST, M.L.; GNARDELLIS, C. *et al.* Diet and overall survival in elderly people. **British Medical Journal**, v. 311, n.7018, p 1457-60. 1995.

LEITE C.M.L.; NICOLOSI, A.; CRISTINA, C. *et al.* Nutrition and cognitive deficit in the elderly: a population study. **Journal of Clinical Nutrition**, v.55, p.1053–1058, 2001.

MACHADO, F.M.S.; SIMOES, A.N. Análise custo-efetividade e índice de qualidade da refeição aplicados à Estratégia Global da OMS. **Revista de Saúde Pública**., v. 42, n.1, p.64-72, 2008.

MARUCCI, M.F.N. Avaliação das dietas oferecidas em instituições para idosos, localizadas no município de São Paulo. 1985.

MERTENS E.; DEFORCHE, B.; MULLIE, P. *et al.* Longitudinal study on the association between three dietary indices, anthropometric parameters and blood lipids. **Nutrition and Metabolism**, v.12, n.47, 2015.

MEZOMO, I. F. B. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. Barueri (SP): Manole, 2002.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta alimentar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p.251-58, 2000.

MOTA, J. F., *et al.* Adaptação do índice de alimentação saudável ao guia alimentar da população brasileira. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 545-552, 2008.

OLIVEIRA, C.M.; CALAHANI, I.M.; PREVIDELLI, A.N. *et al.* Aplicação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado antes e após orientação nutricional. **Revista de Ciências Médicas**, v.1, n.24, p.29-36, 2015.

OLIVEIRA, S. P.; THEBAUD-MONY, A. Consumo alimentar: abordagem multidisciplinar. **Revista da Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 201-208, 1997.

SANTOS, G.G; SOUZA, J.B; OLIVEIRA, D.N.B; RIBEIRO N.C. Avaliação da qualidade da dieta de mulheres atendidas em uma clínica escola. **Revista de Nutrição**, v.15, n.4, 2011.

SANTOS, G.G; SOUZA, J.B; OLIVEIRA, D.N.B; RIBEIRO N.C. Avaliação da qualidade da dieta de mulheres atendidas em uma clínica escola. **Revista de Nutrição**, v.15, n.4, 2011.

TONIAL, I.B.; BRAVO, C.E.C.; SOUZA, N.E. et al. Qualidade Nutricional dos Lipídios de Tilápias (*Oreochromis niloticus*) Alimentadas com Ração Suplementada com Óleo de Soja. **Revista Alimentos e Nutrição**, v. 22, n. 1, p. 103-112, 2011.

VOLP, A.C.P; ALFENAS, R.C.G; COSTA, N.M.B. et al. Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas. **Revista de Nutrição**, v.2, n. 23, p.281-295, 2010.

VOLP, A. C. P. Revisão sobre os índices e instrumentos dietéticos para determinação da qualidade de dietas. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v.24, n.4, p. 404-414, 2011.

TRICHOPOULOU A.; COSTACOU, T.; BAMIA, C.; TRICHOPOULOS, D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. **New England Journal Medicine**, v.26, n.348, p. 2599–608, 2003.

WEINSTEIN, SJ, VOGT, T.M; GERRIOR, S.A. Healthy Eating Index scores are associated with blood nutrient concentrations in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Journal Dietetic Association**, v.4 n.104, p. 576-84, 2004.

# AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA NO USO DE ANTIDEPRESSIVOS NA AMAMENTAÇÃO

## *Safety assessment in the use of antidepressants during breastfeeding*

Raquel Anton<sup>1</sup>  
Rafael Mariano de Bitencourt<sup>2</sup>

Recebido em: 28 jul. 2016

Aceito em: 18 dez. 2017

**RESUMO:** O presente estudo tem como objetivo compreender como os antidepressivos influenciam na amamentação e/ou no desenvolvimento dos lactentes, verificando se existe a necessidade do abandono da amamentação. Esse estudo foi feito perante uma revisão descritiva da literatura sobre a amamentação / aleitamento materno e uso de antidepressivos. Para isso, foram utilizadas as bases de dados Pubmed, Medline, LactMeda, Index Medicus e SciELO, nos últimos doze anos, nas línguas portuguesa e inglesa, cruzando os descritores “antidepressivos” e “aleitamento materno”, além de diversos unitermos relacionados a eles. Os trabalhos analisados nesta revisão são unânimes quanto à utilização de antidepressivos durante o aleitamento materno, defendendo a continuidade da amamentação durante o tratamento. Contudo, existem fármacos desta categoria que não são recomendáveis, devendo ser substituídos por semelhantes mais seguros. Um trabalho analisado apontou a sertralina e a paroxetina como antidepressivos mais seguros a serem utilizados durante a amamentação, sendo contraindicado o uso da fluoxetina e do citalopram, os quais mostraram concentrações séricas significativas nas crianças amamentadas. É possível combinar o tratamento antidepressivo com a amamentação. Esta combinação deve ser interrompida apenas se houver provas de que o tratamento esteja prejudicando a lactação ou influenciando o desenvolvimento do lactente, optando-se então pelo processo (amamentação ou tratamento) que apresenta maior benefício para o bem-estar materno e da criança.

**Palavras-chave:** Amamentação. Aleitamento materno. Antidepressivos. Depressão.

**ABSTRACT:** The objective of this work is to understand how it is that antidepressants have effect on breastfeeding and / or development of infants, in order to be able to understand if, indeed, there is a need of their mothers abandon breastfeeding. This study was done in face a descriptive review of the literature on breastfeeding / breast feeding and the use of antidepressants. For this, databases used were Pubmed, Medline, LactMeda, Index Medicus and SciELO, in the last twelve years, in Portuguese and English languages, crossing the descriptors "antidepressants" and "breastfeeding" and several key words related to them. All studies that were targeted analysis in literature review conducted are unanimous on the use of antidepressant drugs during breastfeeding, advocating continued breastfeeding during treatment. However, there are drugs of this category which are not fully recommended and should be replaced by safer similar, if possible. Except for one of the studies analyzed, is unanimously considered as safer antidepressants during breastfeeding, sertraline and paroxetine, being contraindicated the use of fluoxetine and citalopram, which were detected in

<sup>1</sup> Pós-Graduanda no Curso de Pós-graduação em Farmacologia na Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Campus de Videira. E-mail: [raquel\\_anton@yahoo.com.br](mailto:raquel_anton@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Professor Doutor do Curso de Farmácia na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP – Campus Caçador e na Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC - Campus Videira. E-mail: [bitencourtm@gmail.com](mailto:bitencourtm@gmail.com).

significant serum concentrations in breast-fed infants. There is the real possibility of combining antidepressant treatment with breastfeeding. This combination should only be discontinued if there is evidence that treatment is damaging lactation or influence the normal development of the infant and must then choose up the process (breastfeeding or treatment) that presents greater benefit to the mother's well-being and the child.

**Keywords:** Breastfeeding. Breastfeeding. Antidepressants. Depression.

## INTRODUÇÃO

A gravidez e o puerpério são situações do ciclo de vida das mulheres que demandam uma atenção especial, por serem estados onde frequentemente encontramos importantes alterações psicofisiológicas e psicopatológicas. Alterações e oscilações do humor, em especial, são frequentes nesses períodos. Transtornos psiquiátricos como depressão e psicose pós-parto, geralmente necessitam de tratamento medicamentoso, ocasionando uma situação complexa para o médico no momento da abordagem do tratamento (Botega et al., 2006).

O período pós-parto constitui uma época de risco de recorrência ou de início de doença psiquiátrica, principalmente transtornos de humor. A aplicação do Research Diagnostic Criteria (RDC) para sintomas psíquicos revelou que, no terceiro mês pós-parto, nos Estados Unidos, pelo menos 80% das mulheres apresentam sintomas afetivos. É sabido que entre 5% e 10% das mulheres terão depressão nos primeiros seis meses de puerpério, e até 2% terão quadros psicóticos. Entre as pacientes portadoras de doença bipolar, 40% a 70% sofrerão recorrência no pós-parto, taxa que é reduzida para 10% com o uso de estabilizador de humor (Pheula et al., 2003).

No Brasil, os dados epidemiológicos revelaram, em 1999, um total de 1.510.040 gestantes em acompanhamento pré-natal regular (com mais de sete consultas). Um estudo sobre a morbidade psiquiátrica no país revelou que a necessidade potencial de tratamento psiquiátrico (um indicador sensível de uso de psicotrópicos) variou de 20% a 41% em mulheres de três capitais brasileiras. Considerando a alta incidência de sintomas psiquiátricos no período puerperal e a provável necessidade de uso de psicofármacos durante esse período para pacientes que já tenham diagnóstico de doença mental, podemos estimar em cerca de 500 mil o número de nutrízes com necessidade do uso de psicofármacos anualmente humor (Pheula et al., 2003).

A decisão de introduzir medicação psicotrópica deve ser feita com muito critério e cuidado, seguindo alguns princípios básicos observados pelos profissionais da saúde para a correta prescrição de medicamentos, tais como relação dos riscos e benefícios, experiência prévia com o fármaco e suas propriedades (como meia-vida), dose recomendada, via e horário de administração, tempo de ação e níveis séricos, entre outros, após discussão entre os profissionais envolvidos e com o consentimento livre e esclarecido da paciente e, na medida do possível, do casal. A decisão com relação ao aleitamento materno deve considerar os benefícios para a mãe e para o lactente, os desejos da mãe e



o risco da exposição do lactente à droga (Yamaguchi et al., 2007).

O aleitamento materno está associado a benefícios de ordem nutricional, imunológica, afetiva, econômica e social. Por isso, torna-se fundamental a identificação dos fatores que levam ao desmame precoce, a fim de proporcionar o maior tempo possível de aleitamento às crianças (Chaves et al., 2004).

Estudos comprovam o efeito protetor do aleitamento materno frente a doenças, tais como anemia ferropriva, sarampo, diarreia, enterocolite necrotizante, doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerativa, alergias e infecções respiratórias agudas, parasitoses, otite, meningite, alergias, diabetes mellitus, infecções do trato urinário, displasia broncopulmonar, linfomas, leucemias, retinopatia e falência respiratória, entre outras, principalmente em crianças que apresentam sintomas de desnutrição e menores de um ano de idade. Verifica-se ainda, melhor: padrão cardiorrespiratório durante a alimentação; acuidade visual; desenvolvimento neuromotor e cognitivo; resposta às imunizações e a não instalação de hábitos bucais viciosos – Más oclusões (Kachani et al., 2008).

A mãe também é beneficiada pela amamentação. A ciência tem demonstrado que a chance de desenvolver câncer de mama é menor entre as mulheres que têm mais filhos e amamentam por mais tempo. Na Colômbia, onde a segunda causa de morte feminina é o câncer de mama, foi testada a proteção da amamentação materna contra a patogenicidade, e confirmada a importância de promover o aleitamento materno prolongado para preveni-la. Além disso, a amamentação é um excelente aliado da mãe na recuperação do seu peso normal, pois produzir leite demanda muita energia (Kachani et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Europeia de Saúde Pública (ECPH) e a Academia Americana de Pediatria (AAP), recomendam a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. Apesar dos benefícios já comprovados da amamentação, as taxas ainda são baixas e, mesmo que estas taxas sejam elevadas no início da amamentação, há um declínio significativo durante as primeiras semanas após o nascimento, e a amamentação exclusiva é rara. Portanto, a identificação de mulheres em risco de interrupção precoce da amamentação e a implementação de estratégias eficazes de promoção da mesma são consideradas prioridades de saúde (Figueiredo et. al., 2013).

É perante as dúvidas e as incertezas das mulheres que amamentam, sobretudo na vivência de uma depressão durante o período pós-parto, que emerge a pertinência do presente trabalho. Assim, devido à grande utilização de antidepressivos em mulheres que se encontram a amamentar, e à falta de informação sobre a diáde tratamento-amamentação, torna-se importante fomentar o conhecimento a esse respeito, permitindo, dessa forma, promover uma tomada de decisão fundamentada. O principal objetivo deste trabalho é responder à questão de partida, apresentada mais à frente, com base numa revisão sistemática do que é preconizado pela literatura acerca deste tema. Assim, importa analisar o que a evidência científica revela sobre a segurança da posologia de antidepressivos durante a amamentação, e sobre as potenciais interações dos fármacos antidepressivos na lactação e/ou no desenvolvimento infantil, de modo a auxiliar os profissionais de saúde no aconselhamento das mulheres com depressão no período pós-

parto que pretendam, efetivamente, amamentar.

## **MÉTODOS**

Sob o ponto de vista metodológico, o presente trabalho consiste numa revisão descritiva da literatura sobre a amamentação e o aleitamento materno, e o uso de fármacos antidepressivos durante esse processo. Essa pesquisa foi feita através da análise de artigos nos bancos de dados eletrônicos Pubmed, Medline, LactMeda, Index Medicus e SciELO, nos últimos doze anos, nas línguas portuguesa e inglesa, cruzando os descritores “antidepressivos” e “aleitamento materno”, além de diversos unitermos relacionados a eles, tais como: antidepressivos tricíclicos, ISRS, IMAOS, amamentação, produção de leite humano, entre outros. Também foram consultados livros, textos recentes e artigos considerados relevantes para realização dessa revisão.

## **FARMACOLOGIA E LACTAÇÃO**

Se necessário prescrever medicamentos durante a amamentação, é imprescindível o conhecimento dos fatores que determinam a segurança para uso nesse período. Tais fatores podem estar relacionados com os aspectos metabólicos e fisiológicos do leite humano, com a mulher, com o lactente ou com o fármaco. A composição do leite materno varia conforme a fase da lactação (colostró versus leite maduro) ou até mesmo durante uma mamada (leite anterior versus leite posterior). Tais alterações influenciam na extensão da transferência de fármacos do plasma para o leite, causando variações nas concentrações dos mesmos no leite materno (Chaves et al., 2007).

Fatores que reduzem a capacidade da mãe de metabolizar ou excretar o fármaco podem aumentar a exposição do lactente ao mesmo. Assim, cuidado especial deve ser tomado ao prescrever medicamentos para nutrizes com doenças hepáticas ou renais, devido à possibilidade destas pacientes apresentarem níveis mais elevados e um maior tempo do medicamento na circulação materna. A via pela qual o fármaco é administrado à mãe tem importância devido aos níveis alcançados no plasma materno e, posteriormente, no leite humano. Desta forma, muitos fármacos administrados topicamente, ou inalados, não atingem níveis plasmáticos significativos, possuindo níveis lácteos não mensuráveis. Muitos antibióticos, corticosteróides e retinóides, aplicados em áreas restritas, são pouco absorvidos por via transcutânea e praticamente indelectáveis no plasma (Chaves R. G. et al., 2007).

Dentre os fatores relacionados com o lactente, a idade tem sido destacada como uma das mais importantes variáveis a serem consideradas no momento de determinar-se a segurança do fármaco para uso durante a lactação. A grande maioria dos efeitos adversos em lactentes devido à medicação materna é descrita em recém-nascidos e lactentes jovens (Ministério da Saúde, 2010). Os bebês que serão expostos a substâncias no leite materno

devem ter órgãos saudáveis e maduros para metabolizá-los. Os medicamentos psicotrópicos são detectados em amostras de sangue dos bebês de mães que estão sendo medicadas enquanto amamentam, e estas amostras de sangue indicam que muitos medicamentos passam do leite materno para o bebê, mas com frequência em quantidades muito pequenas ou raramente detectáveis. Não há dados para nos ajudar a identificar o que isto significa para o desenvolvimento do bebê, contudo, as informações disponíveis sugerem que não há consequências sérias em decorrência do uso de inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS) ou de antidepressivos tricíclicos durante a amamentação (Sudak, 2011). A relação entre idade do lactente e risco de efeito adverso sofre influência do tipo de aleitamento praticado, se exclusivo ou não, e também do grau de maturidade dos principais sistemas de eliminação de fármacos. Além disso, a barreira hematoencefálica é imatura em recém-nascidos e lactentes jovens, havendo aumento da passagem de fármacos lipossolúveis que atuam no sistema nervoso central (Ministério da Saúde, 2010). Um estudo de revisão sobre efeitos adversos em lactentes de medicamentos utilizados pelas mães mostrou risco mais elevado de reações nos menores de dois meses (78%). Apenas 4% das reações ocorreram em lactentes maiores de seis meses, período de maior maturidade metabólica hepática e de menor ingesta láctea devido à alimentação complementar (Chaves et al., 2007).

Os fatores relacionados com a droga estão associados às características farmacológicas e às vias de administração. A transferência de fármacos para o leite materno depende das seguintes características: (1) peso molecular; (2) lipossolubilidade; (3) capacidade de ligação às proteínas plasmáticas; (4) grau de ionização; (5) meia-vida de eliminação; (6) biodisponibilidade; e (7) concentração sanguínea materna. Desta forma, a excreção da droga do sangue para o leite é facilitada quando a droga em questão apresenta: (1) baixo peso molecular, (2) elevada lipossolubilidade, (3) baixa capacidade de ligação às proteínas plasmáticas, (4) forma não ionizada, (5) elevada meia-vida de eliminação, (6) alta biodisponibilidade e (7) elevado poder de concentração no plasma materno. Assim, o conhecimento farmacológico pode auxiliar o profissional no momento da prescrição, devendo-se optar por fármacos com baixa excreção do plasma para o leite. Outro aspecto importante é o pico sérico da droga. Usualmente, o pico na corrente sanguínea da mãe coincide com o pico no leite materno, sendo menor neste último. Portanto, conhecer o pico sérico de um medicamento é útil para adequar os horários de administração da droga e de amamentação da criança (Ministério da Saúde, 2010).

Apesar dos vários métodos para avaliar a segurança do uso de fármacos na amamentação, ainda não existe um que seja confiável e eficaz. Por isso, devem ser considerados também outros fatores, tais como, potencial tóxico, dose, duração do tratamento, idade do lactente, volume de leite consumido, segurança para o lactente, biodisponibilidade tanto para a mãe quanto para o lactente, e risco de redução do volume de leite secretado (Ministério da Saúde, 2010).

## **ANTIDEPRESSIVOS**

O antidepressivo é uma droga de origem psiquiátrica indicada no tratamento dos transtornos do estado do ânimo e do humor. Apesar do nome, a depressão não é sua única indicação. Os antidepressivos também podem ser usados em outros distúrbios psiquiátricos, como transtorno bipolar, distúrbios de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, e até em doenças orgânicas como a fibromialgia e tensão pré-menstrual (Carvalho et al., 2012).

O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão surgiu na década de 1960, designado como tricíclicos (ADT), tendo a imipramina e a amitriptilina como os protótipos desta geração. O segundo grupo é representado pelos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), com aparecimento também nos anos 1960, sendo a iproniazida o primeiro fármaco. Em 1987, a agência reguladora de medicamentos e alimentos, Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, aprovou o primeiro fármaco (fluoxetina) do grupo dos inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS). Embora a eficácia dos agentes mais recentes não seja superior à dos mais antigos, sua relativa segurança e tolerabilidade levaram à sua rápida aceitação como antidepressivos mais comumente prescritos (Campigotto et al., 2008).

O local de ação dos antidepressivos é no sistema límbico, aumentando a noradrenalina (NE) e a serotonina (5HT) na fenda sináptica. O aumento destes neurotransmissores na fenda sináptica se dá através do bloqueio da recaptura da NE e da 5HT no neurônio pré-sináptico ou ainda, através da inibição da monoaminoxidase (MAO), que é a enzima responsável pela inativação destes neurotransmissores (Ballone et al., 2008). Podem diferenciar-se dois grandes grupos de antidepressivos: os tricíclicos – com maior poder sedativo e anticolinérgico – e os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS) – com maior poder de induzir o sono (Deglin et al., 2009).

### **ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS NA LACTAÇÃO (ADTS)**

Os antidepressivos tricíclicos exibem o seu efeito terapêutico através do bloqueio da recaptura da noradrenalina, dopamina e serotonina, com o nível de bloqueio dependente sobre o agente específico. Os antidepressivos tricíclicos são associados com toxicidade cardíaca em sobredosagem, bem como uma variedade de efeitos adversos devido aos seus impactos em múltiplos receptores (Scalea et al., 2009).

Durante a gestação é possível utilizar ADTs, evitando-se preferencialmente no primeiro trimestre. Amitriptilina, clomipramina, desipramina e nortriptilina são antidepressivos que em estudos de reprodução em animais mostraram algum efeito adverso no feto e com os quais não há estudos adequados e bem controlados em humanos. Contudo, não há relatos de associação significativa entre ADTs e malformações congênitas descritos até o momento, mesmo no primeiro trimestre. Os ADTs devem ser suspensos

duas semanas antes do parto, afim de evitar problemas cardíacos, irritabilidade, desconforto respiratório, espasmos musculares, convulsões ou retenção urinária em neonatos. Mulheres lactantes podem tomar ADTs, preferencialmente imipramina e amitriptilina, mas também nortriptilina e clomipramina. A maprolina deve ser evitada devido ao fato deste medicamento apresentar uma meia-vida relativamente longa (Moreno et al., 2015).

Os antidepressivos tricíclicos, com exceção da doxepina, não têm sido detectados em doses altas no soro de lactentes de mães que tenham feito uso destes medicamentos, nem têm sido relatados efeitos colaterais significativos. Os níveis séricos encontrados variaram de 1 a 10ng/ml, incluindo amitriptilina (5ng/ml), nortriptilina (4ng/ml) e clomipramina (10ng/ml). Também não foram detectados níveis cumulativos de metabólitos ativos dessas drogas, respectivamente nortriptilina, 10-hidroxi-nortriptilina e desipramina, em lactentes menores de dez semanas de vida. Foram relatados sete casos de lactentes expostos à imipramina sem efeitos colaterais referidos. O maior número de exposições foi relacionado à nortriptilina, com 18 casos. Um relato de caso sugeriu que a clomipramina poderia estar relacionada com possível supressão da medula óssea em um lactente, porém esse dado não foi comprovado (Pheula et al., 2003).

Estudos de acompanhamento a longo prazo para os resultados no desenvolvimento dos recém-nascidos expostos à antidepressivos tricíclicos durante a lactação são limitados. Os níveis da droga no soro infantil são variáveis e, às vezes, indetectáveis. Apesar de uma base de dados limitadas, mais revisões suportam o uso de antidepressivos tricíclicos (aminas secundárias da nortriptilina e desipramina) e mencionam também como substâncias seguras durante a lactação a imipramina e nortriptilina (Salazar et al., 2006).

Dessa maneira, com relação às medicações já descritas, os dados sugerem que lactentes saudáveis, acima de dez semanas, têm baixo risco de efeitos adversos relacionados ao tratamento da mãe com antidepressivos tricíclicos. Essa conclusão decorre do fato de que acima dessa idade não foram detectados níveis séricos da “droga-mãe” ou de seus metabólitos ativos, nem detectados efeitos colaterais. Em relação à doxepina, foi relatada a presença do metabólito ativo, N-desmetildoxepina, em níveis elevados em um lactente com oito semanas de idade. Ele apresentou nível de sedação excessivo e depressão respiratória, que melhorou 24 horas após a suspensão da droga, o que foi considerado evidência presuntiva de efeito colateral (Pheula et al., 2003).

A maioria dos dados relacionados ao nível sérico infantil disponíveis para ADT inclui nortriptilina e imipramina que, em um número elevado de casos, não são detectáveis e não têm sido associados a efeitos adversos. Doxepina (o que é muito sedativo e tem um metabólito com uma meia-vida longa) foi associada à sedação e depressão respiratória e tem sido amplamente considerada contra-indicada. ADT podem ser considerados tratamentos de primeira escolha para mulheres com depressão pós-parto (PPD), quando a mãe foi tratada com sucesso por episódios passados e não há nenhuma atual contraindicação para a sua utilização, tais como suicídio (Scalea et al., 2009).

Os riscos da administração de antidepressivos tricíclicos (ADTs) durante a gravidez

e a amamentação estão mais bem estabelecidas do que os dos medicamentos mais novos, embora as questões de tolerabilidade e risco de overdose ainda permaneçam em aberto (Sulzbach et al., 2013).

## **INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA NA LACTAÇÃO**

### **(ISRS)**

Os fármacos denominados inibidores seletivos da recaptação de serotonina, ou ISRSs, incluem a fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram e sertralina. Eles são o grupo de fármacos antidepressivos mais comumente prescrito. Assim como apresentam seletividade em relação à captura da serotonina (5-HT), são menos propensos a causar efeitos adversos colinérgicos que os ADTs e apresentam menor risco de superdosagem (Rang et al., 2012).

O efeito antidepressivo dos ISRS parece ser consequência do bloqueio seletivo da recaptação da serotonina (5-HT). A fluoxetina foi o primeiro representante dessa classe de antidepressivos e ela tem um metabólito ativo, a norfluoxetina. Esse metabólito é o ISRS que se elimina mais lentamente do organismo (Ballone et al., 2008).

As doses dos ISRS, seja a fluvoxamina, sertralina, paroxetina, fluoxetina ou outros, devem ser individualizadas para cada paciente. A incidência de efeitos colaterais anticolinérgicos, anti-histamínicos e alfa-bloqueantes, assim como o risco de superdosagem, é menor nos ISRS que nos chamados antidepressivos tricíclicos (ADT). Estes últimos causam mais efeitos colaterais que os ISRS, mais intolerância digestiva (até 21 % dos pacientes podem experimentar náuseas, anorexia, boca seca), sudorese excessiva, temores, ansiedade e insônia. Por outro lado, a fluoxetina tem se associado a alguns casos de acatisia, especialmente quando a dose é muito alta, e a estimulação de SNC parece maior com a fluoxetina que com outros ISRS. A fluvoxamina também parece produzir mais intolerância digestiva, sedação e interações farmacológicas que outros ISRS. A paroxetina origina mais sedação (também a fluvoxamina), efeitos anticolinérgicos e extrapiramidais que outros ISRS. Tem-se relatado sintomas de abstinência através da supressão brusca do tratamento com a paroxetina e com a venlafaxina (Ballone et al., 2008).

Quanto aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), há relatos de 190 lactentes expostos à medicação, sendo o maior número entre os psicofármacos. Dos 90 casos em que foi feita a mensuração de níveis séricos, houve relato de uma dose elevada (340ng/ml) em um lactente de seis semanas, sem relação com efeitos colaterais. Isso chamou a atenção para o potencial teórico de acúmulo da droga, uma vez que apresenta meia vida longa, de 84 horas para a “droga-mãe” e 150 horas para o metabólito ativo (norfluoxetina). Nesse estudo, o nível sérico foi colocado em dúvida, pois apresentava-se superior à própria concentração da droga no leite materno (160ng/ml), em uma criança já com boas condições de metabolismo. Além disso, os resultados não se repetiram em

experimentos de outros autores. Com base na média dos níveis obtidos, concluiu-se que os lactentes de mães tratadas com fluoxetina receberam de 15 a 20mcg/kg/dia da droga (Pheula et al., 2003).

Desde 2002, cinco estudos controlados e dois estudos não controlados foram publicados. Dentre esses estudos, foi observado os lactentes de onze mulheres que estavam tomando fluoxetina (20-40 mg por dia) durante a gestação e a lactação, em comparação com os lactentes de dez mulheres que não fazia uso da medicação. Foram avaliados peso e o desenvolvimento neurológico dos lactentes por um período de um ano. Nos resultados adquiridos, o peso infantil não obteve significativa diferença entre os dois grupos e o desenvolvimento neurológico de todas as crianças foi julgado como normal por pediatras e fisioterapeutas. Na mensuração da fluoxetina e seu metabolito ativo, a norfluoxetina, no plasma do lactante, observou-se uma diminuição durante os dois primeiros meses (variando de  $334 \pm 173$  nmol/L no segundo dia e  $22 \pm 14$ nmol/L a 2 meses após o parto). Estes resultados sugerem uma exposição mínima da criança à droga. Não há evidência de efeitos adversos de curto prazo ou impacto no desenvolvimento neurológico em lactentes observados por 1 ano (Scalea et al., 2009).

A maioria dos relatos dos outros ISRS envolve paroxetina e sertralina. Quanto a essa última, os níveis detectados no lactente foram menores que 5ng/ml. Há relato de nível de 10ng/ml do metabolito ativo (N-desmetilsertralina), que tem meia-vida de 66 horas. Houve um relato de mioclonia benigna do sono em um lactente com quatro meses, com resolução espontânea aos seis meses. Não houve relato de outros efeitos colaterais. O nível sérico máximo detectado em lactentes expostos à paroxetina foi de 20ng/ml, sendo indetectável na maioria dos casos, além de não haver relato de efeitos colaterais em 37 lactentes observados (Pheula et al., 2003). Desde junho de 2002, quatro estudos controlados (dois deles considerando paroxetina entre uma variedade de ISRS) e quatro casos foram publicados, calculando a exposição infantil a paroxetina em seis lactentes com idade média de 16 semanas. A paroxetina não foi detectável em qualquer soro infantil. Não há evidência de efeitos adversos de curto prazo. Em dois casos de tratamento com sertralina nenhum efeito adverso foi observado. Na observação de 25 crianças, amamentadas por mães tratadas com sertralina, não houve diferença no peso destas crianças ao longo de 6 meses. Nenhuma medida de exposição do lactente foi fornecida (Scalea et al., 2009).

A fluoxetina e o citalopram são distribuídos para o leite materno em níveis terapêuticos, e seu uso em lactentes não é recomendado. O lactente pode receber até 17% da dose materna de fluoxetina. Com sertralina, paroxetina e fluvoxamina, as concentrações encontradas são muito pequenas. Entretanto, deve-se pesar individualmente a relação risco/benefício de seu uso. Para os demais ISRSs, não há estudos conclusivos em humanos (Cordás et al., 2008).

Existem sete relatos de lactentes de mães usuárias de fluvoxamina e citalopram. Com o citalopram o nível oscilou entre 2 e 12ng/ml, sem detecção de metabolitos. Houve um relato de dificuldade de sono em um lactente cuja mãe usava 40mg/dia, com melhora

após a redução da dose para 20mg/dia. Foi estimado que, em média, os lactentes receberiam em torno de 0,7% a 6% da dose materna de citalopram. Esta quantidade é semelhante para a fluoxetina e superior para os outros ISRS. Não há relato de efeitos colaterais em dois lactentes cujas mães usaram fluvoxamina (Pheula et al., 2003). Segundo Scalea et al. (2009), em um estudo foram observados os lactantes de 11 mulheres que tomavam citalopram (20-40 mg por dia) durante a gravidez e aleitamento e um grupo de lactantes de 10 mulheres que não faziam uso do medicamento (controle). Por um período de 1 ano, foram monitorados o peso infantil e o desenvolvimento neurológico desses lactantes, sendo que o resultado obtido entre os dois grupos não se mostrou significativo, pois os pesos dos bebês de mães tratadas com citalopram não diferiram entre os pesos da criança com mães sem drogas (controle). O desenvolvimento neurológico de todas as crianças foi julgado como normal pelos pediatras e fisioterapeutas (Scalea et al., 2009).

Existe um estudo conforme Davanzo et al. (2011) que indica três antidepressivos compatíveis com a amamentação: a fluoxetina, o citalopram e o escitalopram. Cinquenta e sete estudos demonstraram que os antidepressivos, ainda que sejam detectados no leite materno, nem sempre são encontrados nos níveis séricos dos amamentados. Os antidepressivos ISRS são compatíveis com a amamentação, contudo podem alterar a fisiologia da lactação. As preparações naturais, através de ervas medicinais (por exemplo, erva de S. João), são preferíveis ao uso de fármacos antidepressivos, devido à sua baixa concentração no leite materno (Davanzo et al., 2011).

## **OUTROS ANTIDEPRESSIVOS**

Um estudo em humanos descreveu aumento de malformações congênitas após exposição pré-natal à tranilcipramina e à fenzina. Além disso, os Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAOS) podem produzir crise hipertensiva quando associados a medicações tocolíticas, que podem ser necessárias para prevenir parto prematuro. Os IMAOS devem então ser evitados durante a gestação. Apenas relatos de casos avaliaram o uso de bupropiona, venlafaxina, nefazodona e mianserina durante a lactação, no entanto mais dados são necessários para avaliar a segurança desses fármacos (Blaya et al., 2005).

Desde junho de 2002, apenas um estudo controle (considerando venlafaxina entre uma variedade de ISRS) e dois casos foram publicados. Nesses estudos, lactante de 3 mulheres que se tratavam com venlafaxina foram observados, e desses, em apenas uma criança foi detectada a venlafaxina no plasma, enquanto que o seu metabolito, o O-desmetil-venlafaxina, foi detectado em todas as crianças. A concentração sérica infantil de venlafaxina mais o seu metabolito foi de 91 nmol / L, e a dose relativa foi de 10,2 (valores médios). Em outro estudo, 2 lactantes de mães que se tratavam com venlafaxina 75 mg e 225 mg ao dia, respectivamente, apresentaram níveis detectáveis de fármaco no leite materno (371 nmol / L e 1179 nmol / L, respectivamente) e não houve anormalidades do desenvolvimento em um ano de idade. Venlafaxina entregue através do leite materno tem sido proposto como uma estratégia para atenuar a síndrome de abstinência após a



exposição in útero (Scalea et al., 2009).

A duloxetina chegou ao mercado de antidepressivos em agosto de 2004, quando também foi aprovada para o tratamento da dor neuropática associada com a diabetes. Seus efeitos adversos mais frequentes observados foram: náuseas, boca seca, constipação, diarreia, diminuição do apetite, perda de peso, sensação de fadiga, tontura, sonolência, hipoidrolise, diminuição da libido e disfunção erétil (Balhara et al., 2007). A duloxetina tem uma meia-vida de eliminação de cerca de 12 horas (intervalo de 8 a 17 horas) e os seus metabolitos não circulantes contribuem significativamente para a atividade farmacológica. Desde junho de 2002, apenas um estudo não controlado foi publicado, avaliando a farmacocinética da droga em 6 mulheres que tomavam 40 mg de duloxetina a cada 12 horas, durante 3,5 dias. Após a sétima dose, o plasma e amostras de leite foram obtidas ao longo de 12 horas. O leite de H / P foi de 0,25, e a dose relativa de duloxetina foi de 0,14%. Eventos adversos infantis não foram avaliados (Blaya et al., 2005).

A mirtazapina atua no bloqueio dos receptores pré-sinápticos  $\alpha$ -2 e por bloqueio dos receptores 5-HT<sub>2</sub> e 5-HT<sub>3</sub>. Apresenta ainda atividade antagonista dos receptores histamínicos H<sub>1</sub>. É um antidepressivo noradrenérgico e serotoninérgico específico. Os seus efeitos secundários são o aumento do apetite e do peso, sedação e sonolência, hipotensão ortostática e aumento das transaminases séricas (Nogueira et al., 2012). Desde junho de 2002, foi descrito um caso onde um lactante de mãe que se tratava com 30 mg ao dia de mirtazapina, apresentou o fármaco em seu leite materno após 6 semanas de tratamento (7 e 18 ng / ml no colostro e leite posterior, respectivamente), e nenhuma alteração da atividade psicomotora do lactante foi observada. Em um caso relatado, apesar de mirtazapina ser detectável no leite materno 10 horas após a ingestão da mãe de 22,5 mg do fármaco (61 ng / ml no colostro, 90 ng / ml no leite maduro), o nível do soro infantil era indetectável 12,5 horas após a administração do medicamento.<sup>14</sup> Existem poucos dados referentes ao uso de mirtazapina na gravidez, não havendo evidências comprovada de segurança em seu uso (Sulzbach et al., 2013).

A maioria dos antidepressivos passa para o leite materno em quantidades ínfimas, o que, na prática, impossibilita medir pelos métodos laboratoriais usuais quanto o lactante absorve. Até o momento não se descreveram condições clínicas nocivas para os lactantes de mães em uso de antidepressivos que justifiquem a interrupção da amamentação (Lopez, 2013).

Poucos estudos e relatos de casos sobre o uso desses medicamentos durante a amamentação foram obtidos até agora, no entanto, mais dados são necessários para avaliar a segurança desses fármacos.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a seleção dos trabalhos que, segundo os critérios de inclusão pré-definidos, apresentariam potencial relevância para a revisão sistemática da literatura a ser realizada,

referente à segurança do aleitamento materno no período pós-parto em associação com a tomada de medicação antidepressiva, torna-se necessário apresentar e analisar os resultados, de forma meramente expositiva, fenomenológica, sem recurso a avaliações interpretativas.

Assim, para a apresentação dos resultados, optou-se pela organização da informação recolhida na tabela (tabela 1), promovendo a compreensão de forma simplificada e objetiva.

De acordo com os resultados apresentados pelos trabalhos, todos eles são unânimes quanto à possibilidade de manter a amamentação enquanto o tratamento antidepressivo é necessário, se possível recorrendo aos fármacos antidepressivos que apresentam níveis de segurança mais elevados em relação a outros como, por exemplo, no aconselhamento quanto à utilização da sertralina ou paroxetina, apresentando-os como fármacos mais seguros do que a fluoxetina e o citalopram. Os trabalhos realçam ainda a importância destes últimos serem substituídos sempre que possível. Estes resultados foram obtidos através de trabalhos que comparam, sobretudo, a concentração de componentes dos fármacos no leite materno e no sangue dos lactentes, bem como a presença de alterações no crescimento/desenvolvimento e do estado de vigília da criança amamentada.

<b>ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (ADTs)</b>			
	<i>NIVEL DE MEDICAÇÃO NO LEITE MATERNO</i>	<i>DETECTAVÉL NO SORO DO LACTANTE</i>	<i>EFEITOS ADVERSOS</i>
Amitriptilina	Baixo	Não	Não foram relatados
Nortriptilina	Baixo	Não	Não foram relatados
Imipramina	Baixo	Não	Não foram relatados
Clomipramina	Baixo	Pouco	Não foram relatados
<b>RESUMO DOS DADOS COLETADOS NO LACTMED</b>			
Os Níveis de <u>Amitriptilina</u> , <u>Nortriptilina</u> e <u>Imipramina</u> e seu metabólito são baixos e não foram detectados no soro de crianças amamentadas. Efeitos colaterais imediatos não foram relatados, assim como nenhum efeito adverso sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. O uso desses medicamentos durante a amamentação não seria normalmente esperado para causar quaisquer efeitos adversos em crianças amamentadas, especialmente se a criança é mais velha do que 2 meses. Já o uso da <u>Clomipramina</u> durante a amamentação é aceitável, porem deve ser menos desejável do que outros antidepressivos que foram estudados mais cuidadosamente. O uso em concentrações elevadas pode causar abstinência neonatal em crianças amamentadas. Sobre a <u>Maprolina</u> , há poucas publicações de experiência com este medicamento durante a amamentação, e outros agentes podem ser preferidos, especialmente durante a amamentação de um recém-nascido ou prematuro.			
<b>INIBIDORES SELETIVOS DA RECEPTAÇÃO DE SEROTONINA (ISRS)</b>			
	<i>NIVEL DE MEDICAÇÃO NO LEITE MATERNO</i>	<i>DETECTAVÉL NO SORO DO LACTANTE</i>	<i>EFEITOS ADVERSOS</i>
Citalopram	Médio	Pouco	Poucos relatos, sonolência.
Fluoxetina	Maior	Maior	Cólicas, sonolência, perda de peso
Paroxetina	Baixo	Não	agitação
Sertralina	Baixo	Não	Não foram relatados
<b>RESUMO DOS DADOS COLETADOS NO LACTMED</b>			
<u>Sertralina</u> e <u>Paroxetina</u> são os antidepressivos dessa classe mais preferidos durante a amamentação. O nível da medicação no leite materno é baixo e não é detectado no soro do lactente. Efeitos colaterais leves e ocasionais, como agitação e dificuldade para se alimentar, têm sido relatados, especialmente nas crianças de mães que tomaram paroxetina durante o terceiro trimestre da gravidez. Raramente os			

<p>prematturos com atividade metabólica prejudicada podem acumular a droga e demonstrar sintomas similares à abstinência neonatal.</p> <p>O <u>Citalopram</u> também é detectável em níveis baixos no soro de alguns lactantes, porém o fabricante afirma que ocorreram relatos de sonolência e perda de peso em crianças amamentadas. A <u>Fluoxetina</u> possui a quantidade média de droga no leite materno maior do que com a maioria dos outros ISRS. Os efeitos adversos, tais como cólicas, sonolência e perda de peso têm sido relatados em alguns bebês amamentados. Não têm sido encontrados efeitos adversos no desenvolvimento de algumas crianças seguido por até um ano. O uso da <u>Nafazodona</u> requer cuidados devido aos poucos estudos relatados.</p>			
<b>OUTROS ANTIDEPRESSIVOS</b>			
	<i>NIVEL DE MEDICAÇÃO NO LEITE MATERNO</i>	<i>DETECTAVÉL NO SORO DO LACTANTE</i>	<i>EFEITOS ADVERSOS</i>
Tranilcipromina Moclobemida Selegina Venlafaxina Miaserina Duloxetina Mirtazapina	Poucos estudos relatados	Poucos estudos relatados	Devido à falta de dados sobre o uso durante a amamentação, outros antidepressivos são preferidos durante esta fase.
RESUMO DOS DADOS COLETADOS NO LACTMED			
<p>Devido à falta de dados sobre o uso desses medicamentos durante a amamentação, outros antidepressivos são preferidos durante esta fase. A informação limitada indica que doses maternas de moclobemide, até 900 mg por dia, produzem baixos níveis no leite. Até que mais dados estejam disponíveis, Tranilcipromina, Moclobemida e Selegina só devem ser usados com um acompanhamento cuidadoso durante a amamentação, especialmente durante a amamentação de um recém-nascido ou prematuro.</p>			

**TABELA 1** - Discussão dos resultados da segurança dos antidepressivos na amamentação.

Dados retirado do LactMed - <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> Acesso 20/03/2015.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o conhecimento a respeito de fármacos na lactação tenha sido muito ampliado, ainda não se conhece plenamente as possibilidades de efeitos colaterais, por parte dos antidepressivos, causados às crianças amamentadas por mães que tenham feito uso de tal medicação. Além disso, os efeitos de muitos fármacos novos ainda não foram devidamente estudados ou apresentam divergências na literatura quando utilizados na lactação. Portanto, surge a necessidade de atualizações constantes sobre o uso de medicamentos durante a amamentação, visando racionalizar esse uso e proteger o aleitamento materno.

Nos casos de transtorno depressivo, deve-se fazer o diagnóstico precoce da depressão após o parto; Preferir o uso de antidepressivos tricíclicos, como imipramina, amitriptilina e nortriptilina; Como opção, considerar também os ISRS, principalmente a sertralina e a paroxetina; Também há evidências de segurança da moclobemida e da trazodona; Contudo, é necessário atender ao tipo de medicação que a mulher está acostumada a utilizar, e fazer as melhores recomendações, nomeadamente ao nível da vigilância dos sinais e sintomas mais descritos na literatura, como, por exemplo, alteração no peso e variações no padrão alimentar, aumento da irritabilidade e choro, cólicas, perturbações no padrão de sono, hiperatividade ou hipoatividade. No caso destes sintomas se verificarem, é importante aconselhar a suspensão da posologia da medicação, ou da

amamentação, e aconselhar a procura de informação junto do seu médico assistente acerca de qual a alternativa mais segura para o seu caso, se a sua vontade for a manutenção da amamentação. Desta forma, e respondendo à questão de partida, o tratamento farmacológico antidepressivo não constitui uma razão que deva, necessariamente, conduzir ao abandono da amamentação.

## REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. et al. **Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Antidepressivos**, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/> , revisto em 2008.

BALHARA Y. et al. **Bleeding gums: Duloxetine may be the cause**. Journal of Postgraduate Medicine. v. 53, p. 44-45, 2007.

BLAYA C. et al. **Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação**. Porto Alegre, Artmed, p.393, 2005.

BOTEGA, N.J. et al. - **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2.ed. Porto Alegre, Artmed, p. 341-354, 2006.

CAMPIGOTTO, K. F. et al. **Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35 n. 1, p. 1-5, 2008.

CARVALHO, M. F. M. et al. **Uso de antidepressivos durante a amamentação**. Revista da Associação Portuguesa dos enfermeiros Obstetras, n. 12, p. 42-46, 2012.

CHAVES, R. G. et al. **Uso de medicamentos durante a lactação**. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 5(Supl), S197, 2004.

CHAVES, R. G. et al. **Medicação e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil**. Rev Paul Pediatr, v. 25, n. 3, p. 276-288, 2007.

CORDÁS, TA. Moreno RA. **Condutas em psiquiatria**. Consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2008.

DAVANZO, R. et al. **Antidepressants Drugs and Breastfeeding: A Review of the Literature**. Breastfeeding Medicine. vol. 6, nº 2, p. 89-98, 2011.

DEGLIN, J. H. et al. **Guia farmacológico para enfermeiros**. Revisão Técnica de Hélder Pinheiro e Maria da Conceição Calhau. 10ª Ed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-44-8.

FIGUEIREDO B. et. al. **Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 89, n. 4, p. 332-338, 2013.

KACHANI, A. K. et al. **Aleitamento Materno: quanto o álcool pode influenciar na saúde do bebê?** Pediatria, SP, v. 30, n. 4, p. 249-256, 2008.

LactMed. **TOXNET**. Disponível em: [toxnet.nlm.nih.gov/index.html](http://toxnet.nlm.nih.gov/index.html) (acesso em março

2015).

LOPEZ, J. R. R. A, **Psiquiatria em Ginecologia e Obstetrícia – Da Adolescência ao Climatério**. Rio de Janeiro. Ed. Rubio, p. 15-21, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS; 2010.

MORENO R. A. et al. **Antidepressivos**. Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=332](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=332) (acesso em setembro 2015).

NOGUEIRA M. L. et al. **Estudo dos Efeitos dos Antidepressivos a Longo Prazo**. Dissertação Universidade da Beira, p. 41-105, 2012.

PHEULA, G. F. et al. **Uso de psicofármacos na lactação**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 52, n. 6, p. 413-425, 2003.

RANG H. P. et al. **Rang&Dale Farmacologia**, 7<sup>o</sup> Edição, Editora Elsevier, p. 573-574, 2012.

SALAZAR L. F. et al. **Uso de los antidepressivos em elembarazo y lalactancia**. UNIVERSITAS MÉDICA v. 47, n. 2, p. 177-188, 2006.

SCALEA, T. L. et al. **Antidepressant Medication Use during Breastfeeding**. ClinObstetGynecol. V. 52 n. 3, p. 483–497, 2009.

SUDAK D.M. **Combinando Terapia Cognitivo – Comportamental e Medicamentos. Uma abordagem baseada em evidências**. Tratamento Combinado na Gravidez. Capítulo 11. Ed. Artemed. São Paulo, p. 212-224, 2011.

SULZBACH M. et al. **Depressão Gestacional e Pós-parto**. Livro de Psiquiatria Quevedo & Silva, Depressão Teoria e Clínica. Porto Alegre, p. 179-195, 2013

YAMAGUCHI, L. M. et al. **Assistência Psiquiátrica no Ciclo Gravídico Puerperal**. Psicologia na pratica Obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueti-SP, Manole, p. 118-122, 2007.

# PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CAMPO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

## *Program of Permanent Health Education in Pregnancy Field in Adolescent*

Gabriela Eyng Possolli<sup>1</sup>  
Fernanda Edi de Matos Mega Celano<sup>2</sup>

Recebido em:  
Aceito em:

**RESUMO:** Trata-se de um relato de experiência, caracterizando uma pesquisa descritiva com abordagem mista. Apresenta as vivências de uma associação sem fins lucrativos, que propôs o Programa Jovem Mãe, que desde 2011, executa ações para o aprimoramento da formação dos profissionais de saúde na temática da gravidez da adolescência, por um viés humanizador, de acolhimento e empoderamento. O objetivo é apresentar o Programa Jovem Mãe em seus cinco anos de execução, como uma parceria público-privada no desenvolvimento de educação permanente em saúde, em favor de profissionais da rede primária de saúde na assistência à adolescentes grávidas. A pesquisa foi aplicada aos participantes do Programa por um formulário eletrônico. Está estruturado com fundamentação teórica versando sobre gravidez na adolescência e as políticas públicas relacionadas, concepção da educação permanente em saúde e seu contexto na Atenção Primária à Saúde. Em seguida, discussão e análise, que compreende o relato de experiência do Programa Jovem Mãe, depoimentos dos participantes e respectiva análise. **Palavras-chave:** Educação permanente em saúde. Gravidez na adolescência. Humanização.

**ABSTRACT:** This is an experience report, featuring a descriptive research with a mixed approach. It presents the experiences of a non-profit association, which proposed the Young Mother Program that since 2011 takes actions to improve the training of health professionals on the subject of teenage pregnancy, under a humanizing approach of hosting and empowerment. This article aims to present the five year run of the Young Mother Program, featuring a public-private partnership in the development of permanent health education, intended for the health professionals of primary network and the interactions with pregnant adolescents. The research was applied to the participants of the Young Mother Program, through semi-structured electronic form. It is structured with the theoretical foundation dealing on the contextualization of teenage pregnancy and the related public policies, conception of permanent health education and its context in Primary Health Care. The discussion and analysis include the reporting on the experience Young Mother Program, the testimony of participants and analysis of the speeches.

**Keywords:** Permanent health education. Teenage pregnancy. Humanizing.

---

<sup>1</sup> Doutora em Educação (UFPR); Mestre em Tecnologia (UTF); Pedagoga e Analista de Sistemas; Professora do programa de pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde (FPP).

<sup>2</sup> Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde; Bacharel em Serviço Social; Coordenadora no Instituto Mundo Melhor.

## INTRODUÇÃO

Compreender e enfrentar as questões que emergem das relações sociais, culturais e econômicas, como a gravidez na adolescência, é desafiador para profissionais de saúde, os quais são chamados para promoção da saúde e a responder rapidamente às mudanças sociais. Nesta direção, programas de educação permanente em saúde são indispensáveis para o atendimento de novas ou reprimidas demandas da população. Nesse bojo, a associação sem fins lucrativos, Instituto Mundo Melhor, propôs o Programa Jovem Mãe em 2011, voltado ao aprimoramento da formação profissional na temática da gravidez na adolescência. Tem-se o objetivo de apresentar o relato de experiência do Programa Jovem Mãe ao longo de cinco anos. Trata-se de uma parceria público-privado direcionada à profissionais da rede primária de saúde e no atendimento à adolescentes grávidas, em um viés humanizador, de acolhimento e empoderamento.

O artigo originou-se em uma pesquisa de *stricto sensu*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (plataforma BR protocolo 46961015.3.0000.5580). Nesta pesquisa foi descrita a experiência do Programa Jovem Mãe, sob a perspectiva da instituição realizadora com foco nos profissionais capacitados. Está estruturado com uma fundamentação teórica versando sobre a gravidez na adolescência e as políticas públicas relacionadas, concepção da educação permanente em saúde e seu contexto na Atenção Primária à Saúde. Em seguida, a discussão e análise, que compreende o relato de experiência do Programa Jovem Mãe, os depoimentos dos profissionais participantes e análise das falas.

## MATERIAL E MÉTODOS

Metodologicamente a pesquisa é um relato de experiência, descritiva e de abordagem mista. A relevância de um relato de experiência está na “pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares” (PEPSIC, 2016), servindo como uma colaboração à práxis metodológica na área da educação permanente e da gravidez na adolescência. Também apresenta-se como descritiva, uma vez que visa “mostrar ângulos ou dimensões de um fenômeno, acontecimento, comunidade ou contexto. O pesquisador irá visualizar o que será analisado (conceitos, componentes) e sobre o quê ou quem os dados serão coletados (pessoas, comunidades, objetos, fatos)” (Sampiere, Collado e Lucio, 2013, p.102).

Situa-se como pesquisa de abordagem mista (quali-quantitativa), buscando compreender as experiências humanas, com uma aproximação maior com o participante e seu contexto, enquanto um “contínuo no qual é possível mesclar o enfoque quantitativo e o qualitativo” (Johnson, 2007, p.114).

## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E ESTATÍSTICAS

A gravidez na adolescência é um fenômeno mundial, expressada por características sociais, econômicas e culturais de cada região. Diversos estudos (UNFPA, 2010, FONTOURA e PINHEIRO, 2009, YAZLLE, 2006, PANTOJA, 2003) têm sido realizadas e alguns consensos foram estabelecidos. No entanto, em âmbito mundial, a tendência é a continuidade de ocorrência de gravidez precoce, exigindo mobilização social e ações do poder público. Mundialmente, a população composta por adolescentes representa 1,2 bilhões de pessoas, sendo que quase 90% está em países em desenvolvimento (UNICEF, 2011). Concebe-se a adolescência como período marcado por mudanças biopsicossociais e compreendido entre 11 a 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita a faixa etária de 12 a 18 anos. É uma fase de mudanças muito significativas em relação ao corpo, com o surgimento de características sexuais, formação da identidade, estruturação da personalidade e interação social (YAZLLE, 2006). A adolescência é uma construção sócio-histórica, o mesmo acontece em relação a sexualidade na adolescência, ela expressa crenças, valores e comportamentos próprios:

Dependendo do contexto ou ambiente em que se encontram, das experiências prévias, suporte emocional, cuidado, orientações, aprendizagem e confiança em si e no mundo, a descoberta da sexualidade poderá ser um evento sadio, contribuindo positivamente para a maturidade e segurança emocional. No entanto, se ocorrer num contexto oposto, a descoberta da sexualidade poderá ser associada a experiências frustrantes e desagradáveis, que intensificam a instabilidade psicoemocional e acarretam prejuízos na autoestima dos adolescentes (DANIELLI, 2010, p. 21).

A gravidez entre adolescentes, em muitos países, é considerada um problema de saúde pública, devido as complicações que afetam todas as esferas da vida (YAZLLE, 2006). Segundo o Relatório *The State of World Population* (2013) do Fundo de População das Nações Unidas, há 580 milhões de adolescentes do sexo feminino no mundo, estimando-se que 19% ficarão grávidas antes dos 18 anos. Para a maioria das adolescentes a gravidez não é o resultado de uma escolha voluntária, mas da ausência de oportunidades e pobreza, falta de empoderamento, pressão familiar e de grupos, ou resultado de violência sexual. Projeções populacionais divulgadas pelo IBGE (2015), fundamentadas no material das Nações Unidas (2015), afirmam que a fecundidade adolescente no Brasil é próxima ao nível da América Latina e Caribe (66,5 por mil entre 2010 e 2015), menor na África (98,5 por mil), porém elevada se comparada à Europa (16,2 por mil) e América do Norte (28,3 por mil).

A ocorrência de gravidez precoce no Brasil reflete a condição de país em desenvolvimento. O Ministério da Saúde afirma que entre 2000 e 2010 houve redução no percentual de mães com menos de 20 anos, de 23,5% para 19,3% (BRASIL, 2011). Entre 2004 e 2014 a taxa de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos, passou de 78,8 para 60,5 filhos por mil mulheres. Porém a participação das adolescentes na fecundidade permaneceu alta, passando de 18,4% para 17,4% segundo o IBGE (2015). Por outro lado, a ocorrência da gravidez em meninas menores de 15 anos vem aumentando. De acordo



com o relatório do UNICEF (2011) intitulado “Situação da Infância”, a taxa de fecundidade para meninas menores de 15 anos cresceu. Em 2004, eram 8,6 nascidos vivos por grupo de mil, cinco anos mais tarde, a taxa verificada foi de 9,6 por mil. Pela legislação brasileira (Lei 12.015/2009) manter relações sexuais com menores de 14 anos é tipificado estupro de vulnerável.

Heilborn *et al* (2002) e Fontoura e Pinheiro (2009) também apontam que nas classes sociais mais baixas o casamento e o primeiro filho acontecem precocemente, assim como a vida de trabalho, sendo que a condição de pobreza expõe as adolescentes a diversas vulnerabilidades. Presler-Marshall e Jones (2012) destacam que meninas mais pobres nos países menos desenvolvidos têm maior probabilidade de engravidar na adolescência, com consequências para a saúde, restrições econômicas, dificuldade em estudar e trabalhar.

## A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desde 1990 o ECA tornou-se marco legal na defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, regulando deveres da família, sociedade e Estado, bem como o sistema socioeducativo e de proteção. O ECA parte do entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, não somente objeto de intervenção. No entanto, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais foi um processo posterior, impulsionado por movimentos internacionais da década de 1990, como a Conferência Mundial de Direitos Humanos, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), e a Convenção para Erradicar, Sancionar e Punir a Violência contra as Mulheres (CEDAW). A partir de então o Estado brasileiro assumiu compromissos de implementar programas e políticas públicas que reconhecessem o protagonismo dos adolescentes e jovens em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

O quadro a seguir apresenta alguns documentos e sintetiza os objetivos das publicações. São marcos legais, orientações e cadernos disponíveis no site do Ministério da Saúde, que servem como diretrizes de orientação do trabalho de profissionais e legislações que fundamentam discussões qualificadas sobre a temática.

**Quadro 01** – Síntese dos Marcos Conceituais e Legais

Ano	Título	Autor	Ideias Centrais
2005	Direitos sexuais e direitos reprodutivos uma prioridade do governo	Ministério da Saúde – Sec. de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas	Apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. Destina-se a gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil.
2007	Guia de Formação de Profis. de Saúde e de Educação Saúde nas Escolas	Ministério Saúde – Sec. Vigilância em Saúde – Prog.Nacional DST/AIDS (Manuais.76)	Concebido como ferramenta para incentivar, desencadear e alimentar processos de formação continuada de profissionais da educação e saúde na temática da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e da prevenção das DST/HIV/aids

2007	Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens	Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Dep. de Ações Programáticas Estratégicas	Objetiva oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos para implementação de ações para a saúde sexual e reprodutiva. Destina-se a gestores do SUS e de setores de políticas públicas voltados à adolescência e juventude. Orienta ações para atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como parte das estratégias de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.
2010	Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recup. da Saúde	Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Depart. de Ações Programáticas Estratégicas	Busca sensibilizar gestores e profissionais e orientar a construção de estratégias, integradas com as ações, programas e políticas, principalmente para a promoção da saúde; na prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes das violências; na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids
2013	O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil	Ministério da Saúde e Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA	Apresenta a política de saúde brasileira/SUS e compartilha experiências e boas práticas para subsidiar adolescentes e jovens na tomada de decisões no exercício de sua sexualidade, planejamento da vida reprodutiva e prevenção das DSTs.
2013	Estatuto da Juventude	Presidência da República Casa Civil Subchefia de Assuntos Jurídicos Lei nº 12.852, de 05/08/2013.	Ressalta-se a garantia do direito à saúde para o jovem, com a garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e drogas, saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e de direitos sexuais e reprodutivos nos diversos níveis de ensino (Art. 20, inciso do I ao XI).

Fonte: Elaboração Própria.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As bases da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vigente no Brasil foram lançadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que nos anos de 1970 iniciou estudos sobre a formação dos trabalhadores, considerando mudanças científico-tecnológicas, econômicas e sociais. No Brasil, a discussão sobre recursos humanos foi sistematizada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1988 (MOREIRA, 2010). Na Constituição de 1988, que cria o SUS, no Capítulo II, Seção II da Saúde, encontra-se que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

Em 2003 a formação de recursos humanos ganha fundamentação com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH) e contribuiu para a criação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. O Ministério da Saúde adotou a constituição dos Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, como instância interinstitucional e local, capaz de articulações interinstitucionais e com a atribuição de identificar necessidades e nortear as ações de educação permanente em saúde (SARRETA, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em de 2004 e consolida-se como uma estratégia de formação e desenvolvimento dos

trabalhadores da saúde (MOREIRA, 2010). A PNEPS sofreu alterações em 2007 para a convergência das diretrizes do Pacto pela Saúde de descentralização e regionalização. Ela possibilita a identificação de demandas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e gestão a fim de promover o controle social (CAROTTA, *et al*, 2009). A PNEPS propõe transformar a rede pública de saúde em um sistema de ensino-aprendizagem (CECCIN, 2005). Conforme a Portaria nº196/2004:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

O ponto de partida da educação permanente é a prática concreta, com suas peculiaridades e características distintas, a partir dela os profissionais da saúde são instigados a perguntar o porquê dos problemas em relação aos usuários dos serviços e ao sistema de saúde. Por essas questões, a educação permanente proporciona uma mudança institucional, fundamentada na mudança de postura dos profissionais em sentirem-se parte e promotores do sistema de saúde. Além disso, proporciona a articulação com a rede de atendimento e demais políticas públicas. Investir na educação permanente em saúde é apresentar elementos para mudança na concepção e práticas, mudança na visão do atendimento e apoio, resultando em mudança institucional.

Ceccin e Feuerwerker (2004) defendem como integrantes do processo de formação dos profissionais o “quadrilátero da formação” no SUS: ensino, serviço, gestão e controle social. Estes autores entendem a formação como “projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população” (p.42). A articulação destes quatro elementos é determinante para construir e organizar uma educação capaz de operar mudanças, transformar processos, envolver os diversos participantes do sistema de saúde como protagonistas e identificar contextos e indivíduos, processos e instituições como alvo de conhecimentos, invenções e intervenções. São “aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados” (p.59).

### **Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária à Saúde**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamentada pela Portaria de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, é uma proposta de reforma nos modos de trabalho, na assistência à saúde e nas relações entre profissionais e comunidade. A

atuação é direcionada para a família, baseada no território e nos vínculos com a equipe multiprofissional, que deve planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade. A ESF incorpora os princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e controle social, e está fundamentada sobre os pilares: família, território e responsabilização, respaldado pelo trabalho em equipe (COSTA *et al*, 2014).

A ESF está implantada nas Unidades Básicas, contudo, a atenção ao usuário ultrapassa estes limites, alcançando também o domicílio e outros locais relevantes do território, quando as visitas se tornarem essenciais e estratégias para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011). Desse modo, trabalhar na Estratégia Saúde da Família implica em cuidar de indivíduos e famílias inseridos em diversos ambientes geográficos, sociais, econômicos e culturais, considerando a complexidade do processo de trabalho a ser desenvolvido, o que requer além de qualificação profissional, habilidades individuais e coletivas para lidar com determinantes de saúde que vão além do campo específico das ações sanitárias (Barcellos e Monken, 2007). A ESF configura-se como um novo paradigma para a atenção em saúde. Nesta direção, a Educação Permanente em Saúde também está inserida no serviço, como política já regulamentada.

A educação permanente na ESF reitera a necessidade de mudança dos perfis dos profissionais, valoriza o processo de trabalho e abre espaços de coletividade e iniciativa (BRASIL, 2007). Foi no contexto de atuação das Unidades de Saúde, mediante suas equipes de Estratégia Saúde da Família, que nasceu a iniciativa do Programa Jovem Mãe, ao considerar a realidade social, com a identificação do número significativo de casos de gravidez na adolescência e a necessidade de aprofundar a formação nesta área aos profissionais, mediante a Educação Permanente em Saúde. O Programa vislumbrou a lacuna na formação dos profissionais frente a recente demanda por atendimento contextualizado, no estreitamento de vínculos entre profissionais e usuários, humanização e promoção da saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NO ESTADO DO PARANÁ**

Apresentando um recorte regional, buscou-se analisar a 3º Regional de Saúde da Secretaria de Saúde, sediada em Ponta Grossa-PR (quarta maior cidade do Estado), composta por 12 municípios, região beneficiada pelo Programa Jovem Mãe. Com base em dados registrados pelo Datasus (2016) no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, elaborou-se o quadro 2, que apresenta os nascimentos de mães com até 17 anos nos últimos cinco anos.

**Quadro 02** - Nascimentos de Mães Adolescentes na 3ª Regional de Saúde

<b>Municípios</b>	<b>Ano</b>	<b>2011</b> <b>(12-17 a)</b>	<b>2012</b> <b>(12-17 a)</b>	<b>2013</b> <b>(12-17 a)</b>	<b>2014</b> <b>(12-17 a)</b>	<b>2015</b> <b>(12-17 a)</b>
Arapoti		54	56	54	46	48
Carambeí		25	29	31	42	36
Castro		136	159	152	144	159
Ipiranga		14	17	19	15	17
Ivaí		25	27	37	25	18
Jaguariaíva		68	80	70	83	80
Palmeira		41	60	44	54	35
Piraí do Sul		53	48	41	53	44
Ponta Grossa		475	540	507	551	490
Porto Amazonas		11	9	6	8	7
São João do Triunfo		26	15	14	22	10
Sengés		38	36	43	29	34
Total Regional Ponta Grossa		966	1076	1018	1072	978

Fonte: Elaboração Própria

Diante dos dados apresentados é possível observar oscilações anuais dos números de nascimentos de crianças, com mães entre 12 e 17 anos, que não indicam um padrão de redução nos casos de gravidez na adolescência. Contudo, pesquisas oficiais de âmbito nacional, realizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011) e IBGE (2015) indicam a tendência na redução destes casos. Por outro lado, publicações oficiais inferem que a tendência de diminuição da gravidez na adolescência não está se revertendo para a faixa etária de adolescentes entre 12 e 14 anos (UNICEF, 2011). Destaca-se o município de Ponta Grossa, por ser o principal beneficiado pelo Programa Jovem Mãe. Os anos de 2012 e 2014 apresentaram o maior número de nascimentos, com intervalos de queda, sobretudo no ano de 2015.

## RELATO DE EXPERIENCIA DO PROGRAMA JOVEM MÃE

A idealização e implementação do Programa Jovem Mãe foi realizada pelo Instituto Mundo Melhor, fundado em 2009. O Instituto Mundo Melhor (IMM) nasceu da iniciativa de dez empresários do município de Ponta Grossa (PR), que reuniram-se e estabeleceram o ponto de partida da criação de uma associação sem fins lucrativos, mantida por doações privadas de pessoas físicas e jurídicas e por um aporte financeiro majoritário do Grupo MM Mercadomóveis, também do município de Ponta Grossa. O sistema de governança é composto por uma Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo (IMM, 2014). Por definições estatutárias, tem-se por campo de atuação e atividades:

O Instituto Mundo Melhor, congregando interesses e esforços da comunidade, tem como finalidade precípua desenvolver projetos sociais, educacionais, artísticos, culturais, esportivos, de saúde, de cidadania e de integração ao mercado de trabalho, como forma de apoio às políticas públicas desenvolvidas nas cidades, priorizando o trabalho em rede com seus associados e parceiros, com especial destaque para atividades voltadas às crianças e adolescentes, valendo-se dos indicadores de atendimento e de desenvolvimento humano para elaboração e avaliação dos resultados de seus projetos, sempre tendo como objetivo desenvolver a cidadania e a melhoria da qualidade de vida da população. (2014, p.32)

O campo de atuação do IMM é vasto, contudo, os projetos e programas desenvolvidos concentram-se nas áreas da saúde, educação e integração ao mundo do trabalho e no segmento populacional da criança e adolescente. Com uma gestão privada, característica exigida pelos dos sócios-fundadores, a instituição implementa seus projetos e programas baseado em indicadores socioeconômicos, para elaborar as metas de atendimento e estabelecer os resultados esperados. Com isso, o Instituto Mundo Melhor busca fortalecer as políticas públicas, por meio de apoio material e financeiro, ou por meio de tecnologias sociais.

O Instituto Mundo Melhor ancora-se na missão: “fortalecer a rede social e empresarial, construindo alianças estratégicas entre empresas, governos e organizações do terceiro setor, na perspectiva de apoiar as políticas públicas existentes em âmbito regional” e com a visão “desenvolver projetos economicamente viáveis e socialmente justos, de alcance regional, que promovam a transformação social de grupos e comunidades” (IMM, 2014, p.2). As diretrizes que pautam o desenvolvimento dos projetos são as seguintes:

\* Apoio às políticas públicas já existentes; \* Trabalho em rede, com parcerias estratégicas envolvendo empresas, organismos governamentais e sociedade civil; \* Desenvolvimento de projetos nas áreas da educação, saúde e qualificação profissional, priorizando crianças e adolescentes; \* Acompanhamento por indicadores de atendimento e desenvolvimento humano; \* Aplicação de tecnologias sociais próprias visando a implantação de futuras franquias sociais (IMM, 2014, p.2)

Alinhado às diretrizes institucionais de apoio à política pública e prioridade para a criança e adolescente, o Programa Jovem Mãe foi criado em 2009. Seus primeiros passos aconteceram numa parceria com o Governo do Estado, pela Secretaria da Saúde. A Secretaria lançou o Programa Nascer no Paraná, que tinha como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil. O Instituto Mundo Melhor, na qualidade de parceiro do Programa Nascer no Paraná e tendo como suas diretrizes básicas o apoio a políticas públicas, o trabalho em rede social e acompanhamento de resultados por indicadores, uniu-se ao poder público no enfrentamento dessas questões sociais. Apresentou o Programa Jovem Mãe com o objetivo de identificar e mapear todos os nascimentos de filhos de mães adolescentes, acompanhar os indicadores de desenvolvimento humano desses bebês e realizar ações sócio-educativas de combate à vulnerabilidade social (PARANÁ, 2009). O Programa Jovem Mãe estava alinhado à diretriz do Programa Nascer no Paraná que busca garantir o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida para a redução dos índices de mortalidade por causas evitáveis, principalmente nos cuidados que contribuem para o seu bem estar. A partir da oficialização do Programa Jovem Mãe, iniciou-se a implementação com parceria firmada de duas Unidades Básicas de Saúde, uma Maternidade, dois Colégios Estaduais e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O Programa Jovem Mãe construiu uma rede de parceiros que realizavam atividades quinzenas nos locais acima citados. As atividades sócio-educativas eram descentralizadas e voltadas às adolescentes gestantes e envolviam os seguintes temas: a importância da mulher no contexto familiar – autonomia e empoderamento, alimentação saudável e

aproveitamento integral de alimentos, direitos humanos e políticas governamentais para juventude, primeiros socorros e técnicas de reanimação, a importância da afetividade na relação mãe/filho, treinamentos anti-estresse, relaxamento e meditação, saúde da mulher, educação financeira, relacionamento interpessoal, aleitamento materno, cuidados com bebê recém-nascido e mundo do trabalho.

Seguindo esta metodologia de deslocar-se até os locais e desenvolver as atividades com as adolescentes gestantes, o Projeto desenvolveu-se satisfatoriamente até o final do ano de 2010, momento em tivemos um esgotamento dos parceiros que voluntariamente realizavam as atividades socioeducativas. Foi então, que o IMM repensou a metodologia do Programa e voltou o olhar para os profissionais dos serviços de saúde e assistência social. Diante deste novo contexto, foram elaborados objetivos para o Programa Jovem Mãe:

- OBJETIVO GERAL: Capacitar servidores públicos das políticas de saúde e assistência social na grande temática da Gravidez na Adolescência e seus desdobramentos.
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incentivar a formação de grupos de acolhimento de adolescentes grávidas e/ou grupos educativos nos espaços públicos, como Unidades de Saúde, CRAS e CREAS.

- Instrumentalizar os servidores públicos para que sejam replicadores do conhecimento adquirido aos adolescentes e seus familiares.

- Fortalecer a rede de atendimento em favor das adolescentes grávidas.

No ano de 2011, foi proposta uma metodologia de capacitações centralizada nos profissionais de saúde e assistência social que interagem com as adolescentes grávidas. Foi estabelecido um cronograma mensal de encontros presenciais, abordando diversos temas:

- 24/02 – Musicalidade do Bebê
- 17/03 – Como trabalhar com Brinquedoteca
- Abril – Visita aos Municípios
- 26/05 - Relacionamento Interpessoal
- Junho - Visita aos Municípios
- 28/07 – Cuidando de Quem Cuida
- Agosto/Setembro/Outubro/Novembro – Oficinas: Artesanato, Bijuteria e Cachecol

Ao avaliar as ações no ano de 2011, juntamente com os parceiros, identificou-se a necessidade de uma linha mestra na condução dos temas, capaz de imprimir continuidade aos temas abordados, em encontros que passaram a ser bimestrais. No ano seguinte, em 2012, foi executado o seguinte cronograma:

- 15/03 – Abertura e Conteúdo da SESA/Experiência Local
- 17/05 – Tecendo a Rede - Roda de Conversa com Municípios e diag. local
- 05/07 – Conflitos da Gravidez na Adolescência
- 20/09 – Cuidando de quem Cuida
- 29/11 – Importância da Afetividade

Nesta fase, o Programa avançou em número de municípios participantes, totalizando vinte e três municípios, de três diferentes Regionais de Saúde, no entanto houve a evasão de alguns parceiros, como os colégios estaduais e o Hospital.

No final do ano de 2012, o IMM efetivou uma parceria com instituição de educação superior com reconhecida experiência na área da saúde da criança e adolescente. Estabeleceu-se estreita relação com vistas a construção de um programa de capacitação para servidores dos serviços da saúde e assistência social, com certificação acadêmica. O Programa avançou ao aperfeiçoar a proposta, incluindo os seguintes temas para o ano de 2013:

04/03 – Humanização e Acolhimento

20/06 – Relações de Gênero no Contexto da Gravidez na Adolescência

15/08 – Desenvolvimento da Maternagem e da Função Paterna

10/10 – Metodologias Ativas de trabalho em Grupo – DST/AIDS/Sexualidade

Oficinas para Adolescentes: 07/11 - Menina - Mãe - Mulher

14/11- Menino - Pai - Homem

As avaliações realizadas demonstraram grande satisfação por parte dos profissionais em relação aos temas abordados e em relação a metodologia dos encontros, no formato de oficinas. O Programa Jovem Mãe seguiu seu planejamento, com uma parceria institucional. De forma conjunta com o parceiro acadêmico, foi elaborado o cronograma de encontros para o ano de 2014:

26/03 – Conhecendo o Adolescente

28/05 – Compreendendo as Famílias

20/08 – Drogas ou Dorgas e Violência Intrafamiliar

29/10 – Mostra de Experiências dos Municípios

Oficinas para Adolescentes – 12/11 – Menina – Adolescer

19/11 – Menino – Adolescer

Importante ressaltar que nos anos de 2013, 2014 e 2015 foram realizados encontros com adolescentes inseridos nas políticas sociais dos municípios participantes. Foram momentos muito produtivos, em que os profissionais observavam a aplicação de técnicas de dinâmicas de grupo envolvendo os temas das capacitações. Para o ano de



2015, a metodologia permaneceu no mesmo formato e os temas diversificados, conforme o cronograma:

16/04 – Competências para a Vida Adolescente

11/06 – Desenvolvendo Competências de Proteção, Prevenção e Sensibilidade

Oficinas para Adolescentes: 13/08 - Projeto de Vida – Gênero Masculino

20/08 - Projeto de Vida – Gênero Feminino

24/09 - Dinâmicas replicáveis para Grupos

12/11– Desenvolvendo a Competência da Comunicação em Saúde

O Programa Jovem Mãe concluiu seis anos de atividades, com uma média de 80 participantes nos encontros, alcançou 23 municípios e foi o catalizador para que muitas iniciativas se concretizassem, envolvendo não somente as adolescentes grávidas, mas também grupos de meninas e meninos, na perspectiva da prevenção.

## DEPOIMENTOS DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

Os depoimentos foram dados por profissionais participantes do Programa Jovem Mãe, de forma anônima e voluntária, durante atividades do programa no primeiro semestre de 2016. Foram colhidos sete depoimentos de profissionais participantes configurando o seguinte perfil:

**Quadro 03** – Perfil dos Profissionais que deram Depoimento sobre o Programa

CATEGORIA	Perfil / Nº Ocorrências
Faixa Etária	24 a 29 anos – 3; 30 a 35 anos – 3; 36 a 41 anos – 1
Atuação Profissional	Núcleo de Apoio Estratégia da Família – 2 CRAS - Centro de Referência de Assistência Social – 3 CREAS - Centro Especializado de Assistência Social – 1 Unidade Básica de Saúde – 1
Tempo atuação - Gravidez na adolescência	1 a 3 anos – 2; 4 a 6 anos – 2 7 a 10 anos – 2; 15 a 17 anos – 1
Tempo participação - programa Jovem Mãe	1 ano – 1; 2 anos – 3; 3 anos – 2; 4 anos – 1

Fonte: Dados dos participantes do Programa Jovem Mãe.

Para colher os depoimentos foram feitas duas perguntas: “Com relação ao conhecimento sobre acolhimento e humanização no atendimento às adolescentes grávidas explique a contribuição do programa Jovem Mãe” e “Indique novas ações ou projetos que surgiram como resultados da participação no Programa Jovem Mãe”.

O primeiro depoimento relata que o Programa funcionou como um “alerta sobre um público vulnerável, que não responde ao acompanhamento da UBS da mesma forma que mulheres em idade ideal de gravidez, desta forma, refletimos sobre maneiras de atender as especificidades deste público. As contribuições foram monitoramento das gestantes adolescentes quanto a vulnerabilidade e adesão ao pré-natal” (Depoimento 1). Essa fala ressalta a consequência dos conhecimentos e atividades do Programa proporcionarem a

sensibilização e compreensão da condição de saúde, psicológica e sociais das adolescentes grávidas. Em consonância com esse depoimento a segunda participação destaca estratégias de atendimento às adolescentes desenvolvidas a partir do Programa:

Contribuiu muito, pois aprendemos uma maneira mais didática de trabalhar com as adolescentes, além das palestras e atendimentos pontuais, realizando grupos mensais e semanais, incluídos no cronograma do equipamento como atendimento prioritário. Parceria da assistência social com a equipe de Saúde, visando melhorar cada vez mais o atendimento, cada profissional contribuindo com a sua área de conhecimento. As principais ações realizadas como consequência do Programa Jovem Mãe foram: Parceria com demais secretarias (Saúde e Educação); Atendimentos Grupais Mensais para gestantes adolescentes com Psicóloga e Assistente social; Atendimentos Grupais Semanais para adolescentes, a fim de evitar a gravidez precoce; Palestras e Oficinas realizadas nas Escolas; Ajuda para as adolescentes que serão mães, com o "kit gestante" (Depoimento 2).

Esse depoimento demonstra que formou-se uma comunidade de apoio e interação para além de questões pontuais e despersonalizadas. O acompanhamento se tornou pessoal e a equipe de saúde passou a atuar de forma mais integrada com estratégias articuladas e complementares para atender a adolescente grávida para além das consultas de pré-natal, dando um apoio mais completo, incluindo também a prevenção e ações educativas. O próximo depoimento ressalta a compreensão ampliada da problemática envolvida na gravidez adolescente proporcionada pelo Programa contribuindo para o acolhimento, atendimento e integração da adolescente em grupos de convivência, bem como um trabalho mais coeso da equipe de saúde:

Contribuiu significativamente na melhora dos atendimentos, na percepção de novos fatores, os quais não dávamos conta anteriormente, além de estimular a procurar novas alternativas de atendimento e criação de atendimento específico a partir de um grupo de convivência. Discussão de casos e aproximação dos profissionais, pois partilhamos da mesma capacitação, ou seja, comumente participamos de capacitações isoladas, somente para profissionais de determinada área. Com o projeto Jovem Mãe, pudemos discutir este assunto em comum, sem fragmentações. A criação de grupo de convivência e fortalecimento de vínculos para gestantes foi muito importante (Depoimento 3).

Outro depoimento também ressaltou questões afetivas e o apoio psicológico como benefícios trazidos pelo Programa, mudando a visão dos profissionais quanto à necessidade de “acolhida e atendimento qualificado, sigilo das informações, ética e capacitação dos profissionais, quanto aos juízos de valores e ajudar as adolescente de verdade. A contribuição foi no sentido de mostrar vários viés dessa temática, bem como tantas possibilidades de soluções para o melhor desenvolvimento dessa jovem mãe” (Depoimento 4). O programa trouxe ainda contribuições para a proximidade entre os profissionais da rede e aprofundamento de conteúdos da área permitindo “maior domínio da temática bem como ampliar a rede de assistência e encaminhamentos para o melhor desenvolvimento das mães e familiares. Nos abriu os olhos para realidades que talvez não soubéssemos como enfrentar” (Depoimento 5).

Contribuindo ainda com sugestões de “projetos de desenvolvimento para a vida e para o trabalho, integração com as mães, melhora nos cuidados das crianças e das mães adolescentes”. Essa participante começou a trabalhar a pouco tempo na unidade de saúde

e ressaltou que o Programa “ajudou bastante pois o conhecimento que eu tinha era pouco, me ensinou muitas coisas e abriu minha mente em relação a abordagem, acolhimento e atendimento das jovens mães, contribuindo para orientação e prevenção” (Depoimento 6). Nessa mesma linha outra participação destacou: “auxiliou nos conhecimentos que eu não tinha para o acolhimento das adolescentes e permitiu sair do senso comum. Houve mais parceria e diálogo com as equipes de saúde após a participação no Programa. Montamos um grupo de apoio a adolescentes grávidas no CRAS, além de orientações contínuas nas Escolas” (Depoimento 7).

Esses depoimentos demonstram a grande relevância do Programa Jovem Mãe transformando a realidade dos profissionais e das adolescentes grávidas, contribuindo com formação sólida para integração da rede de atendimento por meio de projetos e estratégias de saúde da família que tem mudado a realidade da região dos Campos Gerais do estado do Paraná. Em consonância com o pensamento de Câmara “é imprescindível a implantação de um programa de atenção à saúde do adolescente no serviço, como também a capacitação dos profissionais de saúde através de cursos, treinamentos adequados e educação permanente, a fim de que eles possam adquirir conhecimentos, atitudes e habilidades para desenvolver as atividades específicas desta fase da vida” (2009, p.13). O Programa Jovem Mãe cumpre com excelência esse intento capacitando profissionais da saúde de forma colegiada para um atendimento de qualidade e que permeie todas as dimensões da vida da adolescente grávida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observa-se avanço conceitual e legal sobre os direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes e jovens. No entanto, as incipientes políticas do governo federal alcançam, prioritariamente, os jovens inseridos no sistema escolar e apresenta sérias lacunas em alcançar aqueles que já abandonaram a escola ou não se identificam com os serviços de saúde, ou seja, não reconhecem na saúde uma porta de entrada para receber orientação, informação e cuidados.

Mesmo com todas as mudanças culturais, sociais e econômicas que o século XXI consolidou, a gravidez na adolescência não deixou de ocorrer. O Relatório *The State of World Population – Motherhood in Childhood*, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas em 2013, apresenta um amplo estudo sobre a gravidez na adolescência e indica algumas causas como: “casamento infantil; desigualdade de gênero; pobreza; coerção e violência social; políticas nacionais restritivas no acesso a contracepção e de educação sexual apropriada à idade; falta de acesso à educação reprodutiva nos serviços de saúde; falta de investimento no capital humano das adolescentes” (UNFPA, 2013, p.05). O mesmo Relatório afirma que, para a compreensão da gravidez na adolescência, faz-se necessário uma abordagem holística e complexa, pois as forças que interferem na capacidade de uma adolescente desfrutar ou exercer seus direitos e empoderá-la para moldar seu futuro, envolvem as seguintes dimensões:

a) Nacional - políticas e serviços de saúde restritivos ao acesso à contracepção ou a falta de aplicação das leis que proíbem o casamento precoce;

b) Comunidade - normas e atitudes da comunidade local que dificultam o acesso à saúde sexual e reprodutiva, serviços de saúde ou tolerar violência contra adolescentes;

c) Escola e Pares - escolas podem não oferecer educação sexual de forma suficiente e eficiente, então a adolescente passa a confiar em informações (muitas vezes imprecisas) de seus pares sobre sexualidade, gravidez e contracepção. Seu parceiro pode recusar usar um preservativo ou pode proibi-la de usar a contracepção de qualquer espécie;

d) Família - podem forçá-la ao casamento, onde as adolescentes tem pouco ou nenhum poder de dizer "não" para ter filhos.

d) Individual - socialização das adolescentes e suas crenças sobre a gravidez

Esforços multidimensionais precisam ser empregados em favor dos adolescentes, em todos os níveis governamentais, para proteção, garantia e exercício de direitos sociais e humanos, para que as estas tenham de fato, oportunidades de optar por projetos de vida para além da maternidade precoce. Devem ser esforços da sociedade para minimizar e enfrentar os efeitos das desigualdades de gênero e valorizar o potencial das meninas em sua totalidade. Mediante a união de forças sociais, econômicas e culturais na perspectiva do empoderamento, igualdade de gênero e acesso à direitos, espera-se proporcionar o exercício da cidadania e o planejamento do futuro. Todas estas iniciativas e concepções precisam permear a formação dos profissionais de saúde, de modo que, além da sensibilização, sejam comprometidos com as mudanças ao seu alcance.

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam.; MONKEN, Maurício; **Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, AD. (Org.). O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a **política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores** para o setor e dá outras providências. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria Nº 1.996 GM/MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Competências dos profissionais de nível superior na estratégia de saúde da família**. Brasília: UNA-SUS, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Brasília. 2013.

CÂMARA, Maria R. S. L. **Promoção e assistência à saúde do(da) adolescente na unidade básica de saúde do Tupuiú-Aquiraz-CE**. Ceara: Escola de Saúde Pública do Ceará: 2009.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.

CECCIM, Ricardo. B., FEUERWERKER, Laura. C. M. **Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, RJ, p.41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. 10 (04) 975-986. 2005.

COSTA, Simone. M., SOUZA, Luís. Paulo S., SOUZA, Taynara. R., CERQUEIRA, Ana. Luíza. N., BOTELHO, Bianca. L, ARAÚJO, Eva. P. P., RODRIGUES, Carlos. A. Q. **Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2014.

DANIELI, Guiomar. L. **Adolescentes Grávidas: Percepções e Educação em Saúde**. Dissertação Mestrado, UFSM, 2010.

DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em 05/08/2016.

FONTOURA, Natália O.; PINHEIRO, Luana S. **Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas**. In CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M.; ANDRADE, C. C. (org). Juventude e Políticas Sociais no Brasil. IPEA: Brasília, 2009. p. 149-166.

HEILBORN, Maria L. *et.al.* **Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência**. Horizontes Antropológicos, ano 8, n. 17, p. 13-45, Porto Alegre, jun. 2002.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IMM. Instituto Mundo Melhor. **Projetos Mundo Melhor**. Ponta Grossa, 2014. Disponível em <http://www.institutomm.com.br/publicacoes.php>, acesso em 20/07/2016.

JOHNSON, R. Toward a definition of mixed method research. **Journal of Mixed Methods Research**, v.1, n.2, p.112-133, 2007.

MOREIRA, Márcia. C. **Educação Permanente em Saúde: Revisão Sistemática da Literatura Científica**. Monografia de Especialização. UFRS. 2010.

ONU. Organização Nações Unidas. **World population prospects: the 2015 revision: key findings and advance tables**. New York: United Nations, 2015. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp>.

PANTOJA, Ana L. N. “**Ser alguém na vida**”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

PARANÁ, Estado do. Agência de Notícias. **Programa Nascer no Paraná é lançado em Ponta Grossa**. 25/06/2009. Disponível em: [www.historico.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=48263](http://www.historico.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=48263). Acesso em 28/05/2016.

PEPSIC. **Sugestões de estruturação dos Relatos de Experiência Profissional**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicope/pdf1.pdf>. São Paulo: Periódico Eletrônicos em Psicologia. Acesso em: 26/05/2016.

PRESLER-MARSHALL, Elizabeth, JONES, Nicola. **Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy**. London: Overseas Development. Institute and Save the Children. 2012.

SAMPIERI, Roberto. H, CALLADO, Carlos. F; LUCIO, María P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5ª. Ed. Penso: Porto Alegre, 2013.

SARRETA, Fernanda. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

UNFPA, State of World Population. **Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy**. New York: United Nations Populations Fund - UNFPA, 2013. Disponível em: [www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-2013](http://www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-2013). Acesso em 05/08/2016.

UNICEF. Fundo Das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília, 2011.

YAZLLE, Marta. E. H. D. **Gravidez na adolescência**. Rev. Bras. Ginecol. Obst. v.28, n.8, RJ: 2006.

**PERFIL DA SAÚDE BUCAL DE PACIENTES E ACOMPANHANTES DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA E ELABORAÇÃO DE CARTILHA EM  
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL**

***Oral Health Profile of patients and accompanying of the University Hospital Santa  
Terezinha and elaboration of a booklet to promote oral health***

Bruna Eliza De Dea<sup>1</sup>  
Barbara Cristina Anrain<sup>2</sup>  
Carine Segala<sup>3</sup>  
Claudia Elisa Grasel<sup>4</sup>  
Leonardo Luthi<sup>5</sup>  
Patrícia Zilio Tomasi<sup>6</sup>  
Solide Volpato<sup>7</sup>  
Soraia Watanabe Imanishi<sup>8</sup>  
Vilma Beltrame<sup>9</sup>

Recebido em: 01 set. 2016  
Aceito em: 18 dez. 2017

**RESUMO:** Objetivo: Traçar o perfil da saúde bucal dos pacientes e acompanhantes do Hospital Universitário Santa Terezinha, em Joaçaba, Santa Catarina, e desenvolver uma cartilha que transmita informações sobre saúde bucal para este público. Métodos: Estudo transversal, qualitativo e quantitativo, realizado em 2014, com o levantamento do perfil da saúde bucal do público-alvo por meio de uma entrevista semiestruturada e com o desenvolvimento de uma cartilha educativa. Resultados: Dos 200 indivíduos entrevistados, 57,5% avaliam a saúde bucal como boa e 66% dizem se preocupar bastante com a mesma. 60,5% são dentados superior e inferior, 27,5% precisam ou usam prótese parcial removível, sendo 16,5% na arcada inferior; e 38,5% precisam ou usam prótese total, sendo 22% na arcada superior. Apenas 6% dos hospitalizados e seus acompanhantes receberam informações sobre como realizar a higiene bucal. Dos internados, 34,1% usam algum tipo de prótese dentária. Dos entrevistados, 6% eram gestantes e 15% pacientes oncológicos. 95% dos entrevistados acreditam que a saúde bucal interfere na saúde geral ou sistêmica, e 99% consideram importante a distribuição de cartilhas sobre saúde bucal no hospital. Conclusão: Diante do perfil da saúde bucal dos usuários dos serviços do Hospital Universitário Santa Terezinha o estudo verificou que é necessária a implantação de uma forma de transmitir informações sobre saúde bucal a esse público. A cartilha foi o método escolhido, para que os pacientes e acompanhantes tenham acesso a este conteúdo

---

<sup>1</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC. Rua Getúlio Vargas, 2125 - Bairro Flor da Serra, Joaçaba-Santa Catarina, CEP 89600000, telefone (49) 3551-2074, E-mail: [patricia.tomasi@unoesc.edu.br](mailto:patricia.tomasi@unoesc.edu.br). Pesquisa financiada pelos autores.

<sup>2</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>3</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>4</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>5</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>6</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>7</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>8</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

<sup>9</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC.

podendo melhorar seus hábitos e conseqüentemente sua saúde bucal.

**Palavras-chave:** Informação. Saúde Bucal. Hospital Universitário.

**ABSTRACT:** Objective: Trace oral health profile of patients and accompanying of the University Hospital Santa Terezinha in the city of Joaçaba, Santa Catarina, and develop a booklet that conveys information about oral health care for this population. Methods: Qualitative and quantitative, cross-sectional study conducted in 2014, with the lifting of the oral health status of the target audience by using a semistructured interview, and with the development of an educational booklet. Results: Of the 200 interviewees, 57.5% assessed oral health as good and 66% said they worry a lot with it. 60.5% are toothed upper and lower, 27.5% need or use removable partial denture, being 16.5% in the lower arch; and 38.5% need or wear dentures, 22% in the upper arch. Only 6% of hospitalized and their companions received information about how to do oral hygiene. Of hospitalized, 34.1% use some type of dental prosthesis. Of the respondents, 6% were pregnant and 15% cancer patients. 95% of respondents believe that oral health affects in general or systemic health, and 99% consider it important to the distribution of booklets on oral health in the hospital. Conclusion: In the presence of the oral health profile of users of the services of the University Hospital Santa Terezinha, the study found that the implantation of a way to convey this information on oral health is needed. The booklet was the method chosen, so that patients and caregivers have access to this content can improve your habits and consequently their oral health.

**Keywords:** Information. Oral Health. Hospitals. University.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com a Constituição Federal<sup>(1)</sup>, a saúde é um direito de todos e um dever do estado. Muito mais que a ausência de doenças, saúde envolve todas as condições que permitem ao indivíduo exercer suas funções com qualidade de vida. Neste contexto, a saúde bucal envolve desde a capacidade de apreender e triturar os alimentos, até a comunicação por meio da fala, ou as expressões transmitidas em um sorriso. O quadro de ausência de saúde bucal influencia física e psicologicamente a vida das pessoas, afetando a maneira como falam, mastigam, sentem o gosto dos alimentos, e se relacionam afetiva e socialmente<sup>(2)</sup>.

Inicialmente, os profissionais da saúde interviam de forma curativa e reabilitadora no tratamento das enfermidades. Todavia, a busca pela saúde como um todo passou a ganhar importância, e dessa forma, o trabalho em saúde não está mais relacionado apenas ao enfoque curativo, mas também a um quesito muito importante, que é a prevenção<sup>(3)</sup>.

A partir da descoberta da etiologia das doenças bucais mais comuns, cárie e periodontite, foi possível compreender as formas de evitá-las, e iniciou uma grande mudança no que diz respeito à forma de proporcionar saúde bucal, dando ênfase à promoção de saúde e à prevenção das doenças<sup>(4)</sup>. Diante disso, a promoção em saúde bucal é uma estratégia que busca transmitir à população a natureza dos processos saúde-doença, levando conhecimento e, conseqüentemente, prevenção<sup>(5)</sup>.



Quando se trata de saúde e doença, frequentemente remete-se ao ambiente hospitalar, onde pessoas buscam diagnóstico, tratamento e cura de suas enfermidades. Sendo assim, a promoção de saúde bucal em hospitais parte do princípio de que saúde bucal e saúde sistêmica são uma só, já que a saúde bucal é parte integral e essencial da saúde geral e da qualidade de vida<sup>(2)</sup>.

A Odontologia vem ganhando destaque nas escolas, hospitais, locais de trabalho e centros comunitários por intermédio de uma estratégia conhecida como promoção de saúde, que implica em abordar assuntos pertinentes à saúde bucal de modo a estimular hábitos saudáveis e evitar doenças e agravos. A falta dessas informações, muitas vezes, impede o indivíduo de exercer o autocuidado, a higiene bucal diária, tornando-se um fator condicionante dos desequilíbrios do processo saúde-doença<sup>(5)</sup>.

O Hospital Universitário Santa Terezinha, em Joaçaba, SC, é um centro de referência que atende mais de 50 municípios da região, realizando atendimentos particulares, via convênios, e credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição disponibiliza serviços de emergência, atua nas diversas áreas médicas, possui centro de diagnóstico por imagem, laboratórios de patologia e de análises clínicas, unidade de terapia intensiva, serviço de oncologia e banco de olhos. Devido a sua grande área de abrangência, centenas de pessoas buscam diariamente os serviços deste hospital.

Buscando melhorar a qualidade de vida dos pacientes internados, de seus acompanhantes e da população que utiliza os serviços do Hospital Universitário Santa Terezinha, e visando ressaltar a importância da saúde bucal na manutenção ou reabilitação da saúde do paciente, faz-se necessário traçar o perfil da saúde bucal do público alvo e desenvolver uma cartilha ilustrada e de linguagem informal contendo informações científicas sobre diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças bucais, dando orientações de higiene bucal durante o período de internação e condutas domiciliares.

## **MÉTODOS**

O presente trabalho tem por escopo um estudo transversal, qualitativo e quantitativo, realizado no Hospital Universitário Santa Terezinha, em Joaçaba, SC, nos setores Posto 3, Maternidade, Oncologia e Centro de Diagnóstico por Imagens. Para a confecção da cartilha de promoção de saúde bucal para ambiente hospitalar, a pesquisa foi realizada em dois momentos distintos. Primeiramente a aplicação de questionário através de uma entrevista semiestruturada para o levantamento do perfil da saúde bucal do público alvo. A amostra foi composta por 200 indivíduos, pacientes e acompanhantes do hospital, no período de 26 de maio a 08 de junho de 2014. Antes de responder ao questionário, os indivíduos assinaram ao termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados obtidos foram inseridos e analisados no banco de dados EPI-INFO, versão 3.5.2, obtendo-se a frequência das variáveis estudadas. Em um segundo momento, o levantamento de informações na literatura sobre a importância da promoção e educação

em saúde bucal no ambiente hospitalar para a elaboração da cartilha pedagógica contendo informações relevantes sobre saúde bucal que será disponibilizada aos pacientes, acompanhantes e público geral do Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, SC.

A cartilha com conteúdo científico possui linguagem informal a fim de que a população alvo, independente de seu grau de escolaridade, compreenda o conteúdo nela contido. Seu formato tem dezesseis páginas, e além do conteúdo apresenta ilustrações pertinentes aos temas abordados.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), sob o número 635.434, não apresentando riscos aos pesquisadores nem ao público-alvo.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 200 indivíduos, sendo 65,5% do gênero feminino e 34,5% do gênero masculino. A faixa etária dos entrevistados variou entre 15 e 60 anos ou mais, sendo 50 a 59 anos a mais encontrada, correspondendo a 25,5%. Do total de indivíduos 20,5% estavam internados, 43% eram acompanhantes e 36,5% apenas passariam o dia no hospital (Tabela I).

Quando questionados sobre como avaliavam a saúde geral, 45% avaliam como boa e 42% como nem ruim nem boa. Avaliando a própria saúde bucal, 57,5% avaliaram como boa e 28% avaliaram como nem ruim nem boa. No quesito “o quanto você se preocupa com sua saúde bucal?” 66% dizem se preocupar bastante e 25% mais ou menos (Tabela I).

Quanto à situação da dentição, 60,5% são dentados superior e inferior, 21% desdentado apenas superior, 17% desdentado total, 1% não sabe ou recusou e 0,5% desdentado apenas inferior. Quanto ao uso ou necessidade de prótese parcial removível (ponte móvel), 72% não usam ou não precisam, 16% precisam e usam, 9,5% precisam e não tem, 2% precisam, tem e não usam e 0,5% não sabem ou se recusaram. Dos que usam ou precisam prótese parcial removível, 16,5% na arcada inferior, 7,5% superior e inferior, e 3,5% na arcada superior. Quanto ao uso ou necessidade de prótese total (dentadura) 61% não usam ou não precisam, 38,5% precisam e usam e 0,5% não sabem ou recusaram. Dos que precisam prótese total 22% na arcada superior, 16% superior e inferior e 0,5% inferior (Tabela I).

**Tabela I** - Perfil de pacientes hospitalizados e acompanhantes quanto à saúde geral e bucal, uso de próteses e higiene bucal. Joaçaba- Santa Catarina/2014.

Variáveis	N	%
<b>Entrevistados</b>		
Internados	41	20,5
Acompanhantes	86	43,0
Passará o dia no Hospital	73	36,5
<b>Percepção de saúde geral</b>		
Boa	90	45,0

	Muito boa	16	8,0
	Nem ruim nem boa	84	42,0
	Ruim	10	5,0
<b>Percepção de saúde bucal</b>			
	Boa	115	57,5
	Muito boa	17	8,5
	Nem ruim nem boa	56	28,0
	Ruim	12	6,0
<b>Preocupação com a saúde bucal</b>			
	Bastante	132	66,0
	Extremamente	17	8,5
	Mais ou menos	50	25,0
	Muito pouco	01	0,5
<b>Situação da dentição</b>			
	Dentado superior e inferior	121	60,5
	Desdentado inferior	01	0,5
	Desdentado superior	42	21,0
	Desdentado total	34	17,0
	Não sabe/recusou	02	1,0
<b>Necessidade de ponte móvel</b>			
	Não sabe/recusou	01	0,5
	Não usa/não precisa	144	72,0
	Precisa e não tem	19	9,5
	Precisa e usa	32	16,0
	Precisa, tem e não usa	04	2,0
<b>Ponte móvel em qual arcada</b>			
	Inferior	33	16,5
	Superior	07	3,5
	Superior e inferior	15	7,5
	Não sabe/recusou	01	0,5
	Não usa/não precisa	144	72,0
<b>Necessidade de dentadura</b>			
	Não sabe/recusou	01	0,5
	Não usa/não precisa	122	61,0
	Precisa e usa	77	38,5
<b>Dentadura em qual arcada</b>			
	Inferior	01	0,5
	Superior	44	22,0
	Superior e inferior	32	16,0
	Não sabe/recusou	01	0,5
	Não usa/não precisa	122	61,0
<b>Sangramento gengival</b>			
	Sim	36	18,0
	Não	164	82,0
<b>Ferida na boca que não cicatriza</b>			
	Sim	03	1,5
	Não	197	98,5
<b>Conhecimento da interferência da saúde bucal na saúde geral</b>			
	Sim	190	95,0
	Não	10	5,0

68 % dos entrevistados dizem escovar os dentes três vezes ao dia, seguidos de 24,5% que dizem escovar duas vezes ao dia. No hospital, 53,7% dizem escovar duas vezes ao dia e 22,4% três vezes ao dia. Quando questionados se foram orientados por alguém no

hospital sobre como fazer a higiene bucal, 94% responderam que não; dos 6% que foram orientados, 50% foram por alunos da UNOESC e 50% pela enfermagem. Quando questionados sobre o uso de enxaguatório bucal em casa, 54,5% não usam e no hospital 89,6% não usam; 42% dizem usar fio dental em casa; já no hospital, 88,1% não usam fio dental; 82% dos entrevistados dizem não ter sangramento gengival, e 98,5% não possuem nenhuma ferida bucal que não cicatriza (Tabela II).

**Tabela II-** Caracterização da higiene bucal de pacientes hospitalizados e acompanhantes. Joaçaba- Santa Catarina/2014.

Variáveis	N	%
<b>Frequência de escovação no hospital</b>		
1 vez	11	16,4
2 vezes	36	53,7
3 vezes	15	22,4
4 vezes ou mais	01	1,5
Nenhuma	04	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
<b>Foi orientado no hospital sobre higiene bucal?</b>		
Sim	04	6,0
Não	63	94
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
<b>Se sim, por quem?</b>		
Alunos UNOESC	02	50,0
Enfermagem	02	50,0
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>100</b>
<b>No hospital, utiliza fio dental?</b>		
Sim	08	11,9
Não	59	88,1
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
<b>No hospital, utiliza enxaguatório bucal?</b>		
Sim	07	10,4
Não	60	89,6
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Dos pacientes internados 34,1% usam algum tipo de prótese. Dos que usam, 64,3% estão fazendo uso contínuo durante a internação e 100% deles higienizam com escova e creme dental; 35,7% não fazem o uso contínuo das próteses e destes 80% armazenam em um copo com água, e 20% em um pote plástico (Tabela III).

**Tabela III-** Caracterização da higiene bucal de pacientes hospitalizados usuários de prótese. Joaçaba- Santa Catarina/2014

Variáveis	N	%
<b>Usuários de prótese internados</b>		
Sim	14	34,1
Não	27	65,9
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
<b>Faz uso contínuo de suas próteses no período da internação?</b>		

	Sim	09	64,3
	Não	05	35,7
	<b>TOTAL</b>	14	100
<b>Se não, aonde as armazena?</b>			
	Copo com água	04	80,0
	Pote plástico	01	20,0
	<b>TOTAL</b>	05	100
<b>Se sim, como você as higieniza?</b>			
	Escova/creme dental	09	100
	<b>TOTAL</b>	09	100

Entre os entrevistados 6% eram gestantes, destas 50% fizeram pré-natal odontológico, 75% foram ao dentista durante a gestação; 100% dizem saber como higienizar a boca do recém-nascido e 83,3% dizem saber quando levar o filho ao dentista pela primeira vez (Tabela IV).

**Tabela IV-** Caracterização da higiene bucal de pacientes hospitalizados gestantes. Joaçaba- Santa Catarina/2014

Variáveis	N	%
<b>Realizou pré-natal odontológico?</b>		
	Sim	06
	Não	06
<b>Visitou o dentista na gravidez?</b>		
	Sim	09
	Não	03
<b>Sabe como higienizar a boca do seu filho recém-nascido?</b>		
	Sim	12
<b>Sabe quando levar seu filho ao dentista pela primeira vez?</b>		
	Sim	10
	Não	02
	<b>TOTAL</b>	12

15% dos entrevistados eram pacientes oncológicos, destes 86,7% não estavam fazendo tratamento odontológico, 76,7% dizem sentir a boca seca e 43,3% sentem ardência quando comem ou bebem algum tipo de alimento (Tabela V).

**Tabela V-** Caracterização da higiene bucal de pacientes oncológicos hospitalizados. Joaçaba- Santa Catarina/2014

Variáveis	N	%
<b>Está em tratamento odontológico?</b>		
	Sim	04
	Não	26
<b>Sente a boca seca?</b>		
	Sim	23
	Não	07
<b>Sente ardência na boca quando se</b>		

alimenta ou bebe algum líquido?	Sim	13	43,3
	Não	17	56,7
	<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

---

Quando questionados se a saúde bucal pode interferir na saúde geral, 95% responderam que sim, e sobre a distribuição de cartilhas sobre saúde bucal no hospital 99% consideram importante.

## DISCUSSÃO

As atividades de promoção de saúde bucal desenvolvidas em ambiente hospitalar são direcionadas à melhoria da higiene oral, incentivando sua inclusão na higiene corporal diária como o principal fator de controle e prevenção das doenças bucais<sup>(6)</sup>. Sendo assim, tendo o perfil dos usuários traçado e relacionando-o com a literatura pode-se desenvolver um material que forneça informações com um enfoque educador e preventivo.

Conforme estudo publicado com idosos<sup>(7)</sup>, 48,9% dos entrevistados avaliam sua saúde bucal como boa e 25,2% como regular, o que corrobora com o presente estudo, no qual 57,5% avaliou como boa e 28% como nem ruim nem boa. Resultado semelhante também foi encontrado<sup>(8)</sup>, onde 40,95% avaliaram a saúde bucal como boa e 34,21% como regular.

Nesse estudo, 60,5% dos indivíduos são dentados superior e inferior e 17% desdentados totais. Os indivíduos desdentados apresentam alterações em todo sistema estomatognático, dificultando a realização das funções como deglutição, mastigação, fala e a própria adaptação às próteses<sup>(9)</sup>. De acordo com uma pesquisa nacional<sup>(10)</sup>, na região Sul em média 68,3% não usam prótese dentária, e este resultado é encontrado de forma semelhante em nosso estudo com 72% que não usam/não precisam prótese parcial removível e 61% que não usam/não precisam prótese total. Dos entrevistados em nosso estudo 16,5% usam ou precisam prótese parcial removível na arcada inferior, 7,5% em ambas as arcadas e 3,5% na arcada superior. Dentre as formas de reabilitação oral protética em parcialmente edentados, a prótese parcial removível é percentualmente a mais indicada, por ser simples de ser executada e ter menor custo<sup>(11)</sup>. Sobre o uso ou necessidade de prótese total, 22% dos indivíduos neste estudo usam ou precisam prótese total superior, 16% na arcada superior e inferior e 0,5% apenas na arcada inferior. Apesar de o edentulismo estar em declínio, muitas pessoas ainda usam e necessitam de prótese total, sendo a forma mais utilizada para reabilitar edentados<sup>(12)</sup>.

Na presente pesquisa 68% dos entrevistados dizem escovar os dentes três vezes ao dia e 42% informou fazer uso do fio dental. Acompanhantes e internados no hospital, 53,7% escovam pelo menos duas vezes ao dia. Outro pesquisador<sup>(13)</sup> asseverou que a maioria dos entrevistados (81%) realizavam a higiene bucal somente duas vezes por

semana e 19% afirmaram realizar a higiene bucal todos os dias com a ajuda dos acompanhantes, sem informar a frequência, sendo a dependência de um profissional ou acompanhante, o que geraria constrangimento e desconforto, ou a falta de informação, gerando insegurança, as maiores dificuldades relatadas para a pouca e/ou falta de escovação dentária. A higiene bucal desempenha um papel fundamental na prevenção das doenças bucais, já que atua sobre um de seus fatores etiológicos que é a placa bacteriana<sup>(14)</sup>. A placa bacteriana é o acúmulo de bactérias na superfície dental que induz uma resposta inflamatória nos tecidos gengivais, sendo o fator etiológico mais comum da gengivite e da doença periodontal<sup>(15)</sup>. Na região Sul<sup>(10)</sup>, 28,9% dos indivíduos apresenta sangramento gengival, neste estudo 18% dos entrevistados dizem ter sangramento gengival; 98,5% dos entrevistados não possuem ferida bucal que não cicatriza, e a existência destas pode caracterizar lesões cancerizáveis<sup>(16)</sup>.

Dos pacientes internados que estavam fazendo uso contínuo das próteses 100% deles fazem a higiene das mesmas com escova e creme dental. Outros estudiosos observaram a importância da associação de métodos mecânicos e químicos eficazes na higienização das próteses parciais e totais. O método mecânico de escolha é a escovação e o agente químico mais indicado é o hipoclorito de sódio para próteses totais e peróxidos alcalinos para próteses parciais removíveis<sup>(17,18)</sup>. A adesão dos microrganismos sobre a superfície das próteses é um pré-requisito para a colonização microbiana. Além da higiene das próteses, que deve ser realizada fora da boca, é preciso higienizar a língua, gengiva e palato com gaze ou escova macia<sup>(12)</sup>, e no caso de prótese parcial removível os dentes remanescentes em boca<sup>(19)</sup>.

Das gestantes entrevistadas 50% fizeram o pré-natal odontológico e 75% foram ao dentista durante a gestação. Em outro estudo<sup>(20)</sup>, 40,6% das gestantes procuraram atendimento odontológico durante a gravidez. A gestação é o momento especial no qual a mulher mostra receptividade às possíveis mudanças assim como as informações que possam ser revertidas em benefício de seu bebê. Assim, as atitudes e escolhas maternas certamente refletirão no desenvolvimento e nascimento de um bebê mais saudável. Ações educativas e preventivas com gestantes são fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde bucal e possa iniciar bons hábitos desde o início da vida da criança<sup>(21)</sup>.

A segunda causa de mortes por doença no mundo são as neoplasias, sendo que cerca de 70% dos pacientes que estão doentes receberão a quimioterapia antineoplásica durante o tratamento. Severas complicações bucais podem aparecer dependendo dos agentes quimioterápicos utilizados durante o tratamento. Mucosites, xerostomia, infecções fúngicas são complicações advindas deste tratamento, sendo que 40% dos pacientes podem vir a manifestar estas complicações<sup>(22)</sup>. Neste estudo, 15% dos entrevistados estavam em tratamento oncológico e 76,7% dizem sentir a boca seca. A xerostomia é a sensação de boca seca ocasionada por alterações nas glândulas salivares, principalmente quando estas se encontram na área de radiação. Os sintomas surgem uma semana após o início do tratamento radioterápico levando a um decréscimo na produção de saliva<sup>(23)</sup>; 43,3% sentem ardência quando comem ou bebem algum tipo de alimento, provavelmente

devido à mucosite, caracterizada por úlceras que causam dor, queimação e desconforto ao paciente durante a alimentação e higiene bucal<sup>(24)</sup>. Diante disso, faz-se necessário o cuidado odontológico para os pacientes com câncer, com ações em educação em saúde bucal, além de reduzir os danos decorrentes da terapia oncológica, pode contribuir na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Muitos estudos na área da Odontologia estão direcionados na busca de comprovar a influencia de doenças bucais sobre a etiopatogenia de muitas enfermidades sistêmicas, como endocardite bacteriana, diabetes e doenças cardíacas<sup>(13)</sup>. As doenças infecciosas bucais não têm seus efeitos deletérios limitados à cavidade bucal, elas atuam como focos disseminantes de microrganismos patogênicos que podem levar ao desequilíbrio sistêmico, especialmente nos pacientes cuja saúde já se encontra comprometida<sup>(4)</sup>; 95% dos entrevistados acreditam que a saúde bucal pode interferir na saúde geral, assim como em outro estudo<sup>(13)</sup> onde 100% dos indivíduos acreditam nessa correlação.

Consideram importante a distribuição de cartilhas sobre saúde bucal em ambiente hospitalar 99% dos entrevistados. A inclusão do lúdico não está restrita ao paciente, abrange acompanhantes e demais profissionais. As atividades criativas, estórias, encenações e cartilhas podem facilitar o estabelecimento de vínculos, tendo efeito terapêutico e profilático<sup>(24)</sup>. Uma cavidade bucal sadia garante a manutenção de uma boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, sendo um fator importante na manutenção da autoestima e na melhora da qualidade de vida<sup>(4)</sup>.

## CONCLUSÃO

Com o perfil da saúde bucal dos pacientes e acompanhantes do Hospital Universitário Santa Terezinha traçado, e estando ciente de seus hábitos, limitações e conhecimentos, torna-se imprescindível o desenvolvimento de um método lúdico que transmita informações sobre saúde bucal aos que usufruem dos serviços deste hospital. Tendo em vista que não existe separação entre saúde bucal e saúde sistêmica ou geral, parte-se do princípio de que é de grande importância a presença do cirurgião dentista no ambiente hospitalar. Quando isto não é possível, é preciso desenvolver um método que o represente, para que durante a permanência no ambiente hospitalar, e também depois dela, o usuário não negligencie o cuidado de sua saúde bucal.

Dentre as diversas formas lúdicas disponíveis, a cartilha foi escolhida por se tratar de um método que aborda conteúdo científico em uma linguagem de fácil compreensão. Os conteúdos nela apresentados foram selecionados diante dos dados levantados durante a pesquisa, abrangendo todo e qualquer indivíduo que a ela tenha acesso. A disponibilidade dessas informações deverá repercutir na melhoria da saúde bucal e na qualidade de vida dos leitores, além de ser uma forma de ingresso da Odontologia no dia a dia hospitalar.



## REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- 2 - Mialhe FL, Silva CMC, Cunha RB, Possobon RF. Educação em Saúde. In: Pereira AC. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. São Paulo: Napoleão; 2009. p. 442-77.
- 3 - Arcênio RA, Oliveira MF, Villa TCS. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2013 Ago 31]; 12 (2): 409-417. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200017&script=sci\\_arttextde](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200017&script=sci_arttextde)
- 4 - Weine SDC. A construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um Desafio para as Novas Gerações. In: ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 1-23.
- 5 - Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da Saúde: Conceitos. In: Pereira AC. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. São Paulo: Napoleão; 2009. p. 432-37.
- 6 - Medeiros Junior A, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2013 Ago 31]; (39) 2:305-10. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n2/24057.pdf>.
- 7 – Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2014 Ago 18]; 44(5): 912-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1214.pdf>
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília: DF – 2004.
- 9 - Cunha CC, Felício CM, Bataglioni C. Condições Miofuncionais Orais em Usuários de Próteses Totais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2014 Ago 26]; Vol 11(1). Disponível em: <http://www.cristinacunha.fnd.br/pagina/2594/dra>
- 10 - Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília - DF, 2011.
- 11 - Zanetti AL, Laganá DC. Planejamento: Prótese Parcial Removível. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 1996.
- 12 - Telles, D. Prótese Total Convencional. São Paulo: Santos, 2011.
- 13- Lima DC, Saliba NA, Garbin AJS, Fernandes LA, Garbin CAS . A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciência & saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [Acesso em 2014 Ago 20]; 16 (Supl. 1): 1173-1180. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a49v16s1.pdf>
- 14 - Nyvad B. O Papel da Higiene Bucal. In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie Dentária: A

doença e seu Tratamento Clínico. São Paulo: Santos, 2005. p. 171-77.

15 - Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

16 - Almeida OP, Lopes MA. Prevenção das Doenças Bucais. In: ABOPREV. Promoção de Saúde Bucal. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 463-472.

17 - Catão CDS, Ramos INC, Silva Neto JM, Duarte SMO, Batista AUD, Dias AHM. Eficiência de substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais. Revista de Odontologia da UNESP [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2014 Ago 26]; 36(1): 53-60. Disponível em:

<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/173/v36n1a09.pdf?sequence1>

18 - Kazuo SD, Ferreira UCS, Justo KD, Rye OE, Shigueyuki, UE. Higienização em Prótese Parcial Removível. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2014 Ago 26]; maio-ago; 20(2): 168-4. Disponível em:

[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/maio\\_agosto\\_2008/Unicid\\_20\(2\\_9\)\\_2008.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_9)_2008.pdf)

19 - Volpato CAM, Garbelotto LGD, Zani IM, Vasconcellos DK. Próteses Odontológicas. São Paulo: Santos. 2005.

20 - Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2014 Ago 18]; 12(4): 1079-1086. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/26.pdf>.

21 - Reis DM, Pitta, DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 2013 Ago 31]; 15(1): 269-276. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n1/a32v15n1.pdf>

22 - Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2014 Ago 20]; 15 (Supl. 1): 1085-1094. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/016.pdf>

23 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

24 - Barreto RA. O Lúdico em Odontopediatria: Contribuições Psicológicas. In: Corrêa, MSNP. Atendimento Odontopediátrico: Aspectos Psicológicos. São Paulo: Santos, 2002. p. 319-321.

**TEORIAS E PRÁTICAS EM  
ENFERMAGEM**

# AGENTES ESTRESSORES NO COTIDIANO DO FORMANDO DE ENFERMAGEM E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

## *Agents Factores Estresantes en la Vida Cotidiana de Graduado de Enfermería y Estrategias de Afrontamiento*

Rosane Teresinha Fontana<sup>1</sup>  
Samara Bermann Zancan<sup>2</sup>  
Zaleia Prado de Brum<sup>3</sup>

Recebido em: 19 dez. 2016  
Aceito em: 10 nov. 2017

**RESUMO:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa que teve como objetivo investigar fatores estressores no cotidiano dos formandos dos cursos de enfermagem e técnico de enfermagem, decorrentes de suas atividades discentes. Foi realizado no campus de uma universidade regional, situada no interior do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2015. Os dados foram coletados mediante um questionário e analisados por meio da análise de conteúdo temática. O estudo respeitou a Resolução 466/12. Dos entrevistados, 72,5% relataram que a etapa é estressante e referiram cansaço e falta de tempo para realizar as tarefas. A Instituição de ensino pode contribuir com a qualidade de vida do estudante, criando estratégias para melhorá-la, tais como organização curricular, a fim de evitar acúmulo de tarefas, orientação sobre a administração do tempo, investimento em terapias complementares para diminuir a ansiedade, entre outras.

**Palavras-chave:** Estudantes. Estresse. Enfermagem.

**ABSTRACT:** This is a qualitative study and descriptive aimed to investigate stress factors in the daily life of students of nursing and nursing technical, arising from their student activities. It was held on the campus of a regional university, located in the interior of Rio Grande do Sul, in the second half of 2015. Data were collected through a questionnaire and analyzed using content analysis. The study complied with Resolution 466/12. Of the respondents, 72.5% reported that the step is stressful and mentioned tiredness and lack of time to accomplish the tasks. The educational institution can contribute to the quality of student life, creating strategies to improve it, such as curriculum organization in order to avoid accumulation of tasks, guidance on time management, investment in complementary therapies to reduce anxiety, among others.

**Keywords:** Students. Stress. Nursing.

---

<sup>1</sup> Doutora em enfermagem. Docente na graduação e no mestrado em ensino científico e tecnológico da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santo Ângelo/RS.

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santo Ângelo/RS.

<sup>3</sup> Mestre em educação. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santo Ângelo/RS.

## INTRODUÇÃO

O estudante da área enfermagem, sendo em curso técnico ou superior, ao longo de sua jornada estudantil, é submetido a aulas teóricas, práticas e de estágios nos ambientes de cuidado. O estágio é considerado um ato educativo escolar, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2008). O estágio, na área da enfermagem, possibilita ao estudante aprimorar suas competências técnicas e humanísticas para o exercício da profissão, por meio das orientações de um docente ou supervisor, de modo a fortalecer sua formação crítica e reflexiva, para a tomada de decisões e resolução de situações das demandas de saúde.

Na etapa final da graduação em enfermagem ou do curso técnico, é muito comum aparecerem aflições e temores em relação às técnicas, à abordagem do paciente/usuário e à satisfação de suas necessidades de forma resolutiva. Em muitas vezes, é a última oportunidade de esclarecer dúvidas junto ao professor, em relação ao que foi aprendido, e, também, de demonstrar essa aprendizagem decorrente dos anos de estudo. Todas essas situações podem gerar ansiedade, insegurança e desgaste emocional no aluno. Sentimentos de medo e ansiedade no estágio são ocasionados, principalmente, “pela sensação de insegurança e despreparo diante das demandas cotidianas inerentes ao exercício profissional. Se acresce que tais fatores estão, ainda, associados à necessidade de fazer com que os pacientes sintam-se seguros mediante os seus cuidados” (DIAS et al, 2014, p.53).

Diante disso, o estudante de enfermagem está exposto, cotidianamente, a agentes estressores que podem causar sofrimento e adoecimento. O estresse é uma reação do organismo, causada por alterações psicofisiológicas, que ocorre quando a pessoa fica exposta a fatores que a irrita, amedronta, excita e confunde, ou até mesmo uma situação de imensa felicidade. É um conjunto de fatores que causam, em longo prazo, desgaste emocional levando a outras doenças como a depressão e até mesmo à síndrome de *Burnout* (LIPP, 1996).

Entre estudantes esta síndrome exhibe três dimensões: exaustão emocional, um sentimento de estar exausto em resposta às exigências do estudo; descrença, percebida como o desenvolvimento de uma atitude cética e distanciada dos estudos, e baixa eficácia profissional, apontada pela percepção de estarem sendo ineficazes como estudantes (Martinez, Pinto, e Silva, 2000). É uma situação caracterizada por imagens negativas de si mesmo, pessimismo, atitudes negativas em relação a vida pessoal e profissional. A doença ocorre quando o indivíduo está exposto, por um período prolongado, ao estresse; o indivíduo já não dispõe de mecanismos de defesa necessários para lidar com o estresse (PEREIRA, 2010).

Um estudo realizado no curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil identificou que os estudantes apresentavam manifestações da

síndrome de *Burnout*. As suas falas demonstraram situações associadas à elevada carga horária das disciplinas, angústia por estarem permanentemente avaliados, falta de interesse pelo curso diante da dicotomia entre a teoria e prática, falta de autonomia e acolhimento durante as atividades de estágio, as quais os deixavam desmotivados (BARLEM et al, 2013).

A complexidade do curso de Enfermagem e o trabalho com os limites humanos podem frequentemente gerar estresse no estudante e, por vezes, ansiedade. Um estudo com 58 estudantes de um curso de enfermagem identificou que 29,3% encontravam-se sem estresse e 70,7% em estado de estresse. Entre estes últimos 41,5% apresentavam sintomas predominantemente somáticos e 43,9% psicológicos (OLIVEIRA et al, 2012).

Existem diferentes fatores e circunstâncias que contribuem para o adoecimento do estudante. A mudança de hábitos e ambientes, dificuldades diante da distância da família e amigos, que ocorrem, principalmente, com estudantes que procedem de outros locais, associação do trabalho com a responsabilidade dos estudos, as práticas de estágios, as constantes solicitações de trabalhos advindos da prática pedagógica, além das incertezas que permeiam a iminente formatura nos últimos semestres, são alguns dos fatores, empiricamente, se observa como fatores geradores de estresse ao estudante.

É oportuno referir que, em muitos cenários, há estudantes que trabalham situação que contribui para o estresse, em decorrência do desgaste físico e emocional. Para estudar em escolas de graduação que oferecem o curso de enfermagem no turno diurno e integral, muitos trabalhadores, dispostos ao aperfeiçoamento, obrigam-se a procurar serviços que lhes proporcionem trabalhar em turnos, ou seja, trabalhar à noite para que seja possível estudar durante o dia, situação identificada em um estudo com técnicos de enfermagem (FONTANA; BRIGO, 2012)

As dificuldades encontradas por alunos que cursam o ensino técnico, de acordo com uma pesquisa, estão ligadas às relações interpessoais em seu processo de formação e durante a realização das práticas. Foi constatado que sentimento de angústia por parte dos estudantes em relação ao medo de errar no desenvolvimento das práticas, a falta de entrosamento com a equipe de trabalho e a ansiedade diante de situações imprevisíveis, estava muito presente entre os estudantes (STUTZ; JANSEN, 2006).

Uma pesquisa com um grupo de estudantes do técnico de enfermagem demonstrou que os fatores que mais contribuem para a Síndrome de *Burnout* são os estressores psicossociais, decorrentes do contexto escolar e da dificuldade em compatibilizar ensino e vida pessoal. Os resultados comprovaram associação entre a dimensão de exaustão emocional e a variável “não realizar estágio”. Alunos que ainda não tinham vivenciado a prática de estágio apresentavam mais desgaste emocional, quando comparados aos seus colegas que já haviam desenvolvido as práticas. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que o aluno que ainda não vivenciou a prática de estágio percebe como estressante, o ingresso na situação real, nova, diferente (BORGES; CARLOTO, 2004). É válido ressaltar que pesquisas recentes sobre estresse e estudantes de cursos técnicos de enfermagem são escassas.

Estudo apontou diversas dificuldades diante o processo de formação profissional, dentre as quais estão o medo de contrair uma infecção, medo diante do processo de morte, contato com a intimidade corporal e emocional dos pacientes, conflitos e dilemas éticos, medo de cometer erro, pouco entrosamento com a equipe de saúde e preocupações em absorver todas as informações no decorrer do curso (BRALEM et al, 2013). Além disso, neste momento da formação as atividades são tantas que pequenos eventos diários poderão ser fatores de sofrimento ou desconforto, o que não pode ser negligenciado, diante de tamanha tensão vivenciada neste período.

Além dos eventos de vida estressores, os denominados acontecimentos diários menores, que podem ser vivenciados em diversas situações cotidianas, como perder coisas, esperar em filas, ouvir o som do despertador ou o barulho provocado por vizinhos, também são provocadores de resposta de estresse. Muitas vezes estes acontecimentos diários menores, quando frequentes, geram resposta de estresse com efeitos psicológicos e biológicos negativos mais importantes do que eventos de vida estressores de menor frequência. Salienta-se, então, a importância destes eventos menores, porém frequentes, que para alguns indivíduos são provocadores de grande desconforto psíquico (Margis et al, 2003, p. 66).

Diante da observação empírica relacionada do sofrimento dos estudantes da graduação e do técnico de enfermagem surge a seguinte questão: Quais são os fatores de estresse entre os formandos dos cursos técnicos e de graduação em enfermagem? O estudo justifica-se considerando que conhecendo os fatores estressantes deste grupo tem-se elementos para intervir no processo de formação, de modo a qualificar o processo de aprendizagem saudável oferecendo elementos para o aperfeiçoamento de estratégias de ensino, que resultem em melhor preparo para a superação das dificuldades, “do desconforto psíquico e dos desafios inerentes ao confronto com a doença, a dor, as perdas e demandas inerentes às relações interpessoais, circunscritas ao contato com pacientes, familiares e equipe de trabalho” (DIAS et al, 2014, p.47). O benefício deste estudo implica em melhor compreensão dos sentimentos vivenciados pelos estudantes formandos e, a partir desses dados, refletir sobre estratégias de melhorias no ensino e aprendizagem.

O objetivo geral foi investigar fatores estressores no cotidiano dos formandos dos cursos de enfermagem e do técnico de enfermagem, decorrentes de suas atividades discentes.

## **METODOLOGIA**

É um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória permite uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, visto que este ainda é pouco conhecido, pouco explorado e a descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. A abordagem qualitativa se aplica ao estudo das opiniões e das percepções, saber como as pessoas vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As pesquisas qualitativas se conformam melhor às investigações de grupos e segmentos

delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos (MINAYO, 2013).

A pesquisa foi realizada no campus de uma universidade regional, que também possui escola de ensino fundamental, médio e técnico, situada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, tendo como participantes os formandos do curso de Enfermagem e do Técnico de Enfermagem desta instituição de ensino, no segundo semestre do ano de 2015. Foram critérios para participar do estudo: ser aluno formando do curso de graduação de enfermagem e do curso técnico de enfermagem que aceitaram participar.

O método de coleta de dados foi um questionário, composto por uma pergunta aberta no qual o sujeito pode expor livremente sobre os fatores estressores desta etapa de sua vida estudantil. Questionário é um instrumento, utilizado para uma sondagem e é composto por um número grande ou pequeno de questões oferecidas por escrito. As questões devem ser respondidas sem a presença do entrevistador. Junto ao questionário deve conter o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (LAKATOS; MARCONI, 2010).

O método de análise de dados foi a análise temática. Este tipo de análise se divide em três etapas: a primeira é a etapa Pré-análise, a qual consiste na escolha dos dados a serem analisados, retomando-se os objetivos iniciais. A segunda etapa é a Exploração do Material, na qual há classificação da informação, que visa obter o núcleo de compreensão do texto. A última etapa é o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, que consiste em transformar os resultados brutos obtidos, confrontando-os com a literatura (MINAYO, 2013).

O estudo respeitou a Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa em seres humanos e aos sujeitos que aceitaram participar foi oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Regional Integrada do alto Uruguai e das Missões-campus Santo Ângelo e só teve início após parecer favorável deste Comitê, sob número de aprovação 1.178.134. Optou-se por nomear os estudantes do curso técnico pela palavra 'estudante' seguida de uma letra e os da graduação por 'graduando' seguido de uma letra.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

### **CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS**

Dos 40 alunos que participaram da pesquisa, 52,5 %(21) são formandos do curso técnico de enfermagem e 47,5 %(19) formandos da graduação de enfermagem; mais da metade dos sujeitos tem idade entre 18 e 23 anos de idade, 18 % idade entre 24-29 anos de idade e apenas 5% superior a 40 anos. Os dados demonstram que a maioria dos



formados possui menos de 30 anos de idade. Esta presença de alunos jovens demonstra um ponto positivo, considerando que os mesmos terão mais oportunidades para se aperfeiçoarem e conseqüentemente disputar melhores cargos/funções na carreira profissional (SPINDILA; MARTINS; FRANCISCO 2008).

## PERCEPÇÕES SOBRE O ESTRESSE

Em relação a associação entre o período final do curso e o estresse, 72,5% (29) de todos os sujeitos pesquisados responderam que essa etapa é estressante. Na análise individual dos cursos, dentre os acadêmicos da graduação 89,5%(19) considera estressante. Já, entre os alunos do técnico de enfermagem, essa afirmativa corresponde a 57,1%. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na Paraíba, o qual apontou que 70,7% dos acadêmicos estavam em estado de estresse nas últimas 24 h (OLIVEIRA et al, 2012).

Para os graduandos o principal agente estressor é a sobrecarga de atividades com tempo limitado, enquanto que para o estudante do curso técnico o as difíceis relações interpessoais com colegas, dificuldades para firmar acordos coletivos e cansaço são os agentes geradores de estresse que prevaleceram.

Muito estressante, pois há um acúmulo de trabalhos e responsabilidades e eu, enquanto futuro profissional, quero aproveitar ao máximo meu último ano, porém há uma sobrecarga de tarefas. (Graduando A).

Considero estressante porque tenho muitas coisas para fazer, como projetos, vivências, estágio, TCCI. Isso tudo acaba acumulando, deixando-me sobrecarregada. ( Graduando D).

O final do curso se torna um pouco estressante na questão não do curso, mas da equipe/turma, pois muitas vezes não entram em comum acordo, tornando mais difícil e estressante. (Estudante H).

A falta de educação e comprometimento dos colegas da turma que não tem vontade de aprender em sala de aula, o que ocasiona o estresse da gente, que vem cansado para a sala de aula aprender. (Estudante J)

Os agentes que a maioria dos entrevistados graduandos de enfermagem referem como estressantes, devido à sobrecarga, são atividades como o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), os Relatos de experiências, o Projeto de Interversão Profissional de Enfermagem (PIPE), o Diário de campo, entre outras exigidas nesta etapa.

Com todas essas atividades e o nível alto de estresse, me gerou uma gastrite, nessa reta final da faculdade é impossível manter a calma (Graduando I).

A minha vontade era de dedicar ao máximo a todas [as disciplinas], porém não consigo dar conta (Graduando K).

Em pesquisa desenvolvida junto aos graduandos dos dois últimos períodos, que se encontrava em estágio na modalidade de internato, com carga horária de 44 semanais,

incluindo plantões de fim de semana, foi verificado que 68,5 % dos participantes apresentavam algum grau de estresse. Neste estudo os sintomas prevalentes vivenciados neste período foram cansaço, problemas com a memória e irritabilidade, entre outros (KESTENBERG et al, 2014).

Pesquisa semelhante demonstrou que 53,13% dos alunos concluintes acreditam que atividades curriculares em excesso acarretam prejuízos mentais/físicos e 65,63% dos pesquisados sentia-se estressados no momento da pesquisa. Dentre todos os sintomas vivenciados cansaço e insônia corresponderam juntos a 58,3% (VILELA; PACHECO; CARLOS, 2013).

Alguns dos respondentes do estudo em tela relataram que a falta de tempo está relacionada ,também, à dupla jornada, de trabalho mais estudos. Pesquisa realizada com estudantes da graduação de enfermagem de uma universidade comunitária situada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, durante o primeiro semestre de 2010, demonstra que entre as principais dificuldades encontradas pelos acadêmicos trabalhadores, a sonolência diurna foi prevalente. A fadiga, segunda dificuldade citada, pode ser uma consequência da falta de tempo para dormir as horas que o corpo necessita. Em decorrência destes fatores, manter a concentração durante o período de aula e estágios pode configurar-se como uma dificuldade aos sujeitos e prejudicar o aprendizado (FONTANA; BRIGO, 2012).

Foi solicitado aos discentes que descrevessem sobre os aspectos positivos e negativos do seu cotidiano de estudante formando. Diante da análise temática das falas extraíram-se três categorias.

## **OS ASPECTOS POSITIVOS NA PERCEPÇÃO DOS DISCENTES: APRENDIZADO, RELAÇÕES E SATISFAÇÕES**

A maioria dos alunos do técnico referiu que esta etapa é muito positiva em momentos de aprendizagem e de relacionamento com a equipe trabalhadora, como espelho para o iminente futuro.

A gente aprende muitas coisas interessantes, vive experiências maravilhosas, conhece os locais que podemos um dia trabalhar, se relaciona com muitos profissionais que admiro antes de entrar para o ramo. Eu estou ansiosa para começar a trabalhar, sei que nem tudo são flores mas estou aqui sabendo que posso passar por coisas desagradáveis, mas amo o que eu faço. (Estudante D)

O aprendizado durante a formação, no período do estágio, é essencial para a compreensão da interface da teoria e da prática e para o desenvolvimento da comunicação (Brasil, 2008). A profissão na área da enfermagem, a cada dia vem se aprimorando, pela necessidade na melhoria do cuidado, exigindo profissionais capacitados a este serviço (MACHADO;VIEIRA; OLIVEIRA 2012).

Os alunos da graduação de enfermagem relataram que o principal ponto positivo foi que, diante das práticas características do período final do curso, houve ampliação do conhecimento científico, da segurança em si mesmo e de sua autoestima e, conseqüentemente, contribuiu para o aumento da autonomia no campo de estágio e, que isso se dá devido ao reconhecimento e confiança dada dos docentes para os alunos durante as práticas.

Os aspectos positivos são o aumento do conhecimento, aumento da segurança e autoestima. Os trabalhos e estágios em grupo permite melhorar a relação e afinidade com os colegas. (Graduando L)

A relação entre o aluno e o professor também é um aspecto relevante durante as práticas. A imagem do professor como modelo de conduta a ser seguida é fortemente observado pelos estudantes. Em geral o discente se espelha nas boas experiências com os professores nos estágios, mas identificam também experiências negativas (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012). Situações referidas por discentes num estudo sobre ética profissional na enfermagem, demonstraram que em que a conduta e o posicionamento ético de profissionais e professores, foram, em alguns momentos, negligenciados. Docentes não devem descuidar-se quanto à postura ética, o respeito aos seus princípios tanto nas discussões teóricas socializadas em aula, quanto nas práticas de ensino, realizadas nos serviços de saúde (FONTANA E PILECCO, 2015).

O lado bom de todas as cobranças [do final do curso] é que o aluno aprende a escrever bem e tem um conhecimento maior de diversos assuntos.(Graduando G)

O relacionamento entre os colegas também foi relatado como positivo pelos graduandos. Manter um bom relacionamento interpessoal é um fator determinante para sustentar um bom convívio com a equipe, favorecendo melhor desenvolvimento do cuidado e oportunizando maior proximidade entre os pares. Motivação, comunicação, solidariedade e amizade são importantes aspectos para fortalecer a equipe. O diálogo aberto e transparente beneficia os vínculos e laços de afeto (Wagner et al, 2009).

Os laços de amizades adquiridos durante a trajetória acadêmica [foi positivo]. (Graduando F)

Boa relação dos colegas, antes não tinha isso” [foi positivo].(Graduando B).

Muitos relataram como aspecto positivo, a satisfação diante da atividade da enfermagem. Os alunos do técnico de enfermagem demonstram-se satisfeitos pelos resultados obtidos por eles durante a prática do estágio. Referiram que se sentiram valorizados, a partir do momento que seu cuidado de enfermagem obteve resultados para a melhoria do quadro de saúde dos pacientes. Os dois grupos também associaram a satisfação em relação a sua formatura, tão próxima. Sentimento de conquista diante da formatura foi um aspecto positivo relatado pelos dois grupos

Saber que mais uma etapa de seus sonhos será cumprida com a realização da formatura.(Estudante M)

O mérito por ajudar quem precisa de cuidados e sentimento de valorização diante do papel realizado.(Estudante C)

Alguns depoimentos demonstram a expectativa otimista dos discentes.

Nossa, tudo de bom...Depois do TCC, da formatura, a vida segue cada um por si; ninguém para segurar tua mão, com certeza uma nova experiência de vida.(Graduando F)

Estou ansioso para começar a trabalhar, sei que nem tudo são flores, mas estou aqui sabendo que posso passar por coisas desagradáveis, mas amo o que faço.(Estudante B)

A satisfação é um fator que deve ser explorado. Quanto maior o sentimento de satisfação, maior será seu desempenho durante a formação acadêmica, e maior poderá ser o empenho para prestar uma assistência qualificada, ofertando um serviço de melhor qualidade (NUNES et al, 2010).

## **OS ASPECTOS NEGATIVOS NA PERCEPÇÃO DOS DISCENTES: RELAÇÕES, INSEGURANÇA E MERCADO DE TRABALHO**

O deficiente relacionamento com os colegas do curso foi o aspecto mais negativo apontado pelos entrevistados do curso técnico. Entre os graduandos a boa relação com a equipe do local do estágio foi difícil em alguns momentos.

Nossa turma é composta por muitas pessoas que não estão levando o curso a sério e isso faz que as aulas e estágios sejam cansativos em virtude da bagunça, conversa e muito atrito entre colegas. Por natureza, sou muito ansiosa visto que sou muito perfeccionista e pelo fato de estar vivenciando isso, sou muito crítica e acho que uma pessoa para trabalhar nessa área deveria ser avaliada principalmente para verificar se ela atende a responsabilidade de cuidar dos outros” .(Estudante D).

Às vezes as relações no campo de estágios são estressantes e não são tão amigáveis. (Graduando J)

Faz parte da formação em enfermagem desenvolver habilidades para relações interpessoais alicerçadas no respeito, na amabilidade, na solidariedade e que abarque o cuidado de si e o cuidado do outro, seja ele usuário do serviço ou colega, de modo a humanizar o cotidiano. Essa competência se adquire/fortalece desde o ingresso no curso, de modo à, naturalmente, 'aculturar-se' desta prática. A humanização do trabalho é tão saudável quanto preventivo de agravos, e implica tornar cordial e dialógico o processo do cuidado, no qual estão envolvidos usuários e trabalhadores de saúde. Para tanto, tecnologias leves que envolvem a tecnologia das relações, o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a escuta, etc são fundamentais e conferem hígidez mental aos sujeitos (OLIVEIRA; FONTANA, 2013), contexto que se estende, também , aos estudantes em campo de prática.

Um mau relacionamento com os colegas leva o sujeito a frustrações em seu ambiente de trabalho e o rendimento tende a ser menor. A comunicação é um instrumento

utilizado pelos profissionais de enfermagem como um meio para realizar suas tarefas em equipe, considerando-se que cuidar motiva-se na interação coletiva entre os seus integrantes. A amizade entre os membros da equipe integra os aspectos que exercem influência nas relações interpessoais. “É imprescindível a manutenção de relacionamentos interpessoais saudáveis com a equipe multiprofissional em prol da realização do cuidado terapêutico tanto no âmbito individual quanto no coletivo”(WAGNER et al, 2009, p.112). As pessoas se relacionam com outras para construir uma rede de comunicação com vistas a harmonizar as relações na busca por uma convivência saudável, a qual traz benefícios para todos. Através do estabelecimento de uma boa comunicação pode-se obter, conforme os vínculos criados, uma relação de ajuda entre profissionais e pacientes.

Muitos discentes do curso técnico e da graduação sentem-se ansiosos pelo dia da formatura e ao mesmo tempo preocupados em relação ao mercado de trabalho, aspecto também apontado por uma pesquisa, a qual demonstrou que 90,63% dos formandos encontravam-se preocupados com o mercado de trabalho (VILELA; PACHECO; CARLOS, 2013).

A ansiedade é a emoção relacionada ao comportamento de avaliação de risco que é evocado em situações em que o perigo é incerto (ameaça potencial), seja porque o contexto é novo ou porque o estímulo do perigo (e.g., um predador) esteve presente no passado, mas não está mais no meio ambiente. Ao contrário, o medo está relacionado a estratégias defensivas que ocorrem em resposta ao perigo real que está a certa distância da vítima (ameaça presente). Neste caso, o animal ou evita a situação sempre que exista uma rota de fuga disponível ou se torna imobilizado de forma tensa (congelamento) quando não há nenhuma saída (Graeff, 2007, p.54).

Sentimentos de medo e preocupação em relação ao futuro após a formatura foram relatados por grande parte dos acadêmicos e parte dos alunos do técnico e podem estar relacionados à grande pressão sobre os discentes quanto aos saberes necessários à prática, a aquisição de experiências/vivências, o preparo ao enfrentamento do mercado de trabalho.

Tenho medo de não conseguir um emprego depois de formada (Graduando H)

Na verdade sentimos muita ansiedade, pois estamos em retas finais e não sabemos o que vamos encontrar pela frente. (Estudante F)

Quanto mais perto do final, da conclusão, o sentimento é de medo e felicidade ao mesmo tempo. (Estudante N)

O medo é grande, mas acredito que todos os que se formam/cursam Enfermagem gostam da mesma palavra: desafio! (Graduando H)

O atual contexto da saúde exige profissionais capacitados que absorvam as demandas da população, bem como dos serviços de saúde. A opção profissional é “um processo de crescimento, de exploração de potencialidades, de identificação e aceitação de si próprio, de harmonização ou integração dos motivos individuais e sociais”, que acabam refletindo em um trabalho de qualidade (BARBOSA et al, 2011,p 46).

A área hospitalar, uma área de significativa empregabilidade para enfermagem, é

alvo de grande concorrência e afirmação profissional. Com a implantação das Estratégias de Saúde da Família (ESF), surgem novos campos de trabalho e de organização. Como a ESF é uma das principais políticas de atenção básica e reorientadora do modelo de saúde no país, a formação dos trabalhadores para atuar no Sistema Único de Saúde deve acompanhar esta realidade. Infelizmente, o que se observa é que o mercado de trabalho seleciona preferencialmente trabalhadores que já venham com conhecimento aplicável, sem necessidade de investimentos em processos de educação permanente em saúde (BARBOSA et al, 2011).

Os técnicos também mencionaram que a insegurança em relação às técnicas de trabalho, tais como diluição dos medicamentos, uso de termos técnicos e habilidade no cuidado não são aspectos negativos, mas os preocupam. Muitos consideram cansativa a rotina, ao mesmo tempo em que entendem ser necessária para adquirir conhecimentos

[me preocupa] Se seremos bons profissionais; se com o tempo conseguiremos manter o brilho do olhar e o mesmo carinho pelo próximo assim como hoje temos nos estágios. (Estudante F)

[me preocupa] Saber que poderia conhecer mais, mas o tempo se torna curto para tanta informação adquirida, em saber que logo estarei formada. Mas que deixei de dar, mas de mim por estar sobrecarregada, trabalho, casa, faculdade. (Estudante k)

## O ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES

Muitos relataram que buscam o conhecimento, estudam mais e procuram manter boas relações com os colegas, como maneiras para enfrentar os medos e angústias do dia a dia e, desta maneira também evitar o estresse.

Eu as enfrento avaliando as possibilidades e conversa com os professores e colegas. (Graduando E)

Busquei ajuda nas terapias complementares antes de buscar os psicofarmacos(Graduando G)

Tento controlar o estresse através de boas leituras, a comunicação com a minha família. (Estudante A)

O relaxamento por meio de técnicas de respiração, imagens mentais, relaxamento de Jacobson e Schultz, são alguns dos métodos para relaxar. As técnicas de relaxamento ajudam a suportar o estresse originário do meio acadêmico e, também, do contexto social e permitem o alívio de muitos sintomas físicos e psicológicos do estresse. No método de Schultz, a pessoa aprende a relaxar os músculos concentrando-se na sensação de relaxamento e pode ser promovido por uma serena música de fundo. Outro recurso para o relaxamento é o exercício com imagens mentais, na qual é usada a imaginação na tentativa de reduzir a resposta corporal ao estresse. O relaxamento progressivo de Jacobson pressupõe que o corpo responde a pensamentos e eventos que geram ansiedade por tensão muscular. Nesta técnica, cada grupo muscular é contraído por cinco a sete segundos e depois relaxados por 20 a 30 segundos. Durante estas manobras a pessoa se

concentra nas diferenças de sensação entre as duas condições (KESTENBERG et al, 2014).

Em pesquisa realizada na Bahia foi verificada a importância das terapias complementares, que aliadas ao tratamento convencional, auxiliaram no alívio da ansiedade, da depressão e da dor nos pacientes, promovendo relaxamento e facilitando a relação entre profissional-paciente-família (CAIRES et al, 2014), o que reforça a importância do uso destas terapias, tais como a musicoterapia, a acupuntura e a massagem, para a promoção da saúde mental dos trabalhadores e acadêmicos diante das exaustivas demandas do cuidado da enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que 72,5% dos alunos formandos estudados da graduação e do técnico de enfermagem, apresentavam sentimento de estresse. Os alunos entrevistados demonstraram, em sua maioria, que sentem cansaço e apresentam dificuldades na gestão do tempo para realizar as tarefas relacionadas ao curso, desgastando os formandos em relação às atividades acadêmicas. Em contra partida a maioria dos entrevistados se sentia satisfeito com o aprendizado do curso e viam o estágio supervisionado como o momento de maior aprendizado em relação à teoria e a prática. Sentiam-se ansiosos, à espera pelo dia da formatura, sentimento compreensível, considerando as incertezas sobre seu futuro. O fortalecimento dos laços entre os colegas foi um dado significativo.

A Instituição de ensino pode contribuir com a qualidade de vida do estudante, criando estratégias para melhorá-la, tais como organização curricular, a fim de evitar acúmulo de tarefas, orientação sobre a administração do tempo, investimento em terapias complementares para diminuir a ansiedade, entre outras.

Sugerem-se estudos de investigação que investiguem, qualitativamente, segundo subjetividades particulares, soluções/estratégias para minimizar a demanda e que avance para além de alterar o currículo, mas que, sobreponham sugestões aos docentes para oferecer qualidade de vida do formando, sem menosprezar as atividades inerentes a esta fase.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, T.L.A. al. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. **Texto Contexto Enferm**, v.20, p. 45-51, 2011.

BARLEM, J.G.T. et al. Manifestações Da Síndrome De Burnout Entre Estudantes De Graduação Em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.3, p. 754-62, 2013..

BORGES, A.M.B; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. **Aletheia**, n.19, p.45-56, jun. 2004.

BRASIL. **Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008**. Dispõem sobre o estágio de estudante, 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm). Acesso em: 23 abr. 2015.

CAIRES, J.S. et al. A Utilização das Terapias Complementares nos Cuidados Paliativos: Benefícios e Finalidades. **Cogitare Enferm.**, v.19, n.3, p. 514-20, Jul/Set., 2014.

DIAS, E. P. et al. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. **Rev. Psicopedag.**, v. 31, n. 94, p.44-55, 2014.

FONTANA, R.T.; BRIGO, L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2012, p. 128-133.

FONTANA, R.T.; PILECCO, C. O ensino da ética e a interface com a enfermagem. **Ensino de Ciências e Tecnologia em Revista**, v. 5, n. 1., 2015.

GRAEFF, F. G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.29, (Supl I), p.S3-6, 2007.

KESTENBERG, C.C.F et al. Estresse em Graduando de Enfermagem: Técnicas de Relaxamento para Lidar com Fatores Estressores. **Interagir: pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n. 17/18/19, p. 37-43, jan./dez., 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/13565>>. Acesso em: 11 nov 2015

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. v. xvi, 297 p.

LAZZARI, D.D.; JACOBS, L.G.; JUNG, W. Humanização da Assistência na Enfermagem a Partir da Formação Acadêmica. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.1, p.116-124, Jan/Abr., 2012.

LIPP, M. **Pesquisas Sobre Stress No Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996. 304p.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o Perfil da Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.3, p. 119-122, 2012.

MARTINEZ, I.M.M.; PINTO, A.M.; SILVA, A.L. Burnout em estudantes do ensino superior. **Rev Port Psicol.**,v.35 n., 2000.

MARGIS, R. et al . Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre ,v. 25,supl. 1,p. 65-74, Apr. 2003

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NUNES, C.M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.2, p. 252-7. 2010. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/v12n2a04.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a04.htm) . Acesso em: 5 nov 2015



OLIVEIRA, L.C.A et al. Estresse entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública federal: um estudo epidemiológico. **J Manag Prim Health Care** v. 3, n. 2, p.72-79, 2012.

OLIVEIRA, C.M.; FONTANA, R.T. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem, **Cienc Cuid Saude**, v.11, n., p.243-249, 2012.

PEREIRA, A.M.T.B. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2010.

SPINDILA, T.; MARTINS, E.R.C.; FRANISCO, M.T.R. Enfermagem como opção: Perfil de Graduandos de Duas Instituições de Ensino. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.2, p. 164-9, 2008.

STUTZ, B.L.; JANSEN, A.C. Ensino técnico na área da saúde: os desafios do processo de aprendizagem. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 10, n. 2, p.211-221, 2006.

VILELA, S. C.; PACHECO, A. E.; CARLOS, A. L. Síndrome de Burnout e Estresse em Graduandos de Enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.. 3, n. 3, 2013.

WAGNER, L.R. et al. Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Cogitare enferm.**, v.14, n.1, p. 107-11, 2009.

# DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA PUERPERAL<sup>1</sup>

## *Challenges Faced By Nurses In Puerperal Query*

Mariele Felipe Dassoler<sup>2</sup>  
Luciane Bisognin Ceretta<sup>3</sup>  
Maria Tereza Soratto<sup>4</sup>

Recebido em: 23 jan. 2016  
Aceito em: 18 dez. 2017

**RESUMO:** A formação do vínculo entre a mãe, a família e a equipe é fundamental para a humanização do cuidado e para o puerpério saudável, sendo que a atenção domiciliar no puerpério é considerada primordial para o estabelecimento deste vínculo e a qualificação do cuidado no domicílio. Estudo com objetivo de identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal na Estratégia Saúde da Família. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 05 enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, com a categorização dos dados. Os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal foram vinculados ao deslocamento até a casa da puerpéra; a não adesão da puerpéra ao tratamento médico; vulnerabilidade da família interferindo no cuidado do binômio mãe x recém-nascido e a falta de paciência da mãe interferindo no aleitamento materno. Em virtude da necessidade de adaptação da família ao nascimento de uma criança, considera-se fundamental a participação da família no cuidado ao binômio mãe-bêbe, sendo que a puérpera deve ser participante conjunta do cuidado de enfermagem. A partir dos resultados da pesquisa considera-se imprescindível a criação de um protocolo de avaliação das puérperas voltado as reais necessidades da atenção domiciliar para o binômio mãe-bêbe, além da capacitação e sensibilização da equipe para este cuidado.

**Palavras-chave:** Puerpério. Assistência de Enfermagem. Visita Domiciliar. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT:** The formation of the bond between the mother, the family and the team is critical to the humanization of care and for the healthy, puerperium and the puerperal home care is considered essential for the establishment of this bond and the qualification of care at home. Study aiming to identify the challenges faced by nurses in puerperal query in the family health strategy. Research of qualitative, descriptive, exploratory approach and field. The study was carried out with 05 nurses of the family health strategy. The analysis of the data were collected from content analysis, with the categorization of data. The challenges faced by nurses in puerperal query were bound to puerperal House; the non-adherence of puerperal to medical treatment; vulnerability of interfering with family care of mother and newborn x lack of patience of mother interfering with breastfeeding. In view of the need for adaptation of the family to the

<sup>1</sup> Artigo Baseado na Monografia Pós-graduação Especialização em Obstetrícia e Neonatologia.

<sup>2</sup> Enfermeira - Especialista em Obstetrícia e Neonatologia - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC - Criciúma - SC - Brasil. Email: [marielidassoler@hotmail.com](mailto:marielidassoler@hotmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde - Mestre em Enfermagem –Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC – Brasil - UNESC - Email: [luk@unesc.net](mailto:luk@unesc.net).

<sup>4</sup> Enfermeira - Mestre em Educação –Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC - Criciúma - SC - Brasil. Email: [guiga@unesc.net](mailto:guiga@unesc.net).

birth of a child, it is essential the participation of the family in the binomial mother-baby, who has recently given birth should be joint participant nursing care. From the search results is considered essential to the creation of a protocol for evaluation of recent mothers facing the real needs of home care for the binomial mother-baby, in addition to the training and sensitization of the team for this care.

**Keywords:** Postpartum Period. Nursing Care. Home Visit. Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase do ciclo gravídico puerperal que se inicia após a dequitação da placenta e termina por volta de seis semanas pós-parto, neste período a mulher sofre diversas mudanças e adaptações físicas e emocionais, onde enfrentam sentimentos de medo e desafios que podem afetar a relação de binômio mãe-filho. No entanto somando estes aspectos resultam em diferentes situações de vulnerabilidades (ACOSTA, et al, 2012).

As intercorrências no período puerperal representam parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal (SOUZA; FERNANDES, 2014).

A visita domiciliar, que é uma das técnica/ferramenta no âmbito rotineiro no processo de trabalho dos enfermeiros da ESF, deve ser utilizada para a consulta de enfermagem à puérpera no sentido de promover um atendimento preventivo, holístico e resolutivo frente aos problemas que podem surgir no binômio mãe e filho nesse período. (PEREIRA; GRADIM, 2014, p.35).

Portanto a assistência de enfermagem deve ser pautada no cuidado integral, fundamentado no contexto sociocultural de cada puérpera, compreendendo o saber popular, contextualizando as crenças e práticas de autocuidado (ACOSTA, et al, 2012).

Diante disso, sabe-se que a atuação do enfermeiro através de intervenções, ações de cuidado, prevenção e orientação proporciona a puérpera e ao recém-nascido a minimização de riscos contribuindo assim para o bem estar de ambos.

Neste sentido o Conselho Federal de Enfermagem com a Resolução COFEN nº 0477/2015 dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal incluindo componentes da Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015). A Rede Cegonha busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, este estudo buscará discutir os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal. A partir da experiência como enfermeira a nível hospitalar; constatou-se a necessidade de um acompanhamento mais direto e qualificado

às puérperas após a alta hospitalar. É no domicílio que a puérpera apresenta maiores dúvidas e dificuldades em relação principalmente aos cuidados com o recém-nascido em relação ao coto umbilical; calendário vacinal; teste do pezinho; amamentação; além dos cuidados com sua própria saúde.

Com a formação em Enfermagem Obstétrica, percebeu-se o quanto o profissional especializado pode ser um diferencial na consulta de enfermagem e orientações à puérpera nesta fase de transição. Desta forma, surgiram várias inquietações referentes ao tema: Quais as dúvidas da puérpera em relação aos cuidados com o coto umbilical do RN; teste do pezinho e amamentação? Quais os cuidados que a puérpera precisa ter em relação à sua saúde: cesárea x parto vaginal; sexualidade; alimentação e nutrição, entre outros? Quais os mitos e crenças que ainda envolvem o puerpério e os cuidados com o RN? Qual o papel do enfermeiro da atenção básica na assistência ao puerpério?

Considera-se essencial que a rede de serviços de orientações a mulher no processo ciclo gravídico puerperal seja presente e qualificado, nas várias fases do processo, seja na saúde da mulher, gravidez; no parto e no puerpério. Considera-se que os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal na Estratégia Saúde da Família estão relacionados aos seguintes fatores: a falta de informações da gestante no pré-natal pode dificultar a assistência de enfermagem à puérpera no domicílio; mitos e crenças relacionadas ao puerpério; cuidados com o recém-nascido; amamentação e ao auto-cuidado da puérpera; acolhimento e vínculo com as puérperas; disponibilidade de recursos materiais e humanos para a assistência qualificada da puérpera no domicílio.

Nesta perspectiva o presente estudo teve como objetivo identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta puerperal na Estratégia Saúde da Família.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. Realizou-se entrevista semiestruturada com 05 enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada em município do Extremo Sul Catarinense, no primeiro semestre do ano de 2015. Utilizaram-se como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: enfermeiros das Unidades de Estratégia da Saúde da Família localizada no Município pesquisado; aceitação para participar da pesquisa segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas com a análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados (MINAYO, 2009).

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Na pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes

acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, autorizando sua participação na pesquisa. Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa com seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo nº Projeto nº 979.535/2015.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS**

Em relação ao perfil das enfermeiras, todas são do sexo feminino, a idade variou de 26 a 36 anos. O tempo de atuação como enfermeira variou de 04 a 11 anos e o tempo de atuação na ESF de 04 a 11 anos. As especializações das Enfermeiras foram em Saúde da Família (E2 a E5); Saúde Pública (E1) e Urgência e Emergência (E4).

### **CAPACITAÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO**

Das 05 enfermeiras entrevistadas da Estratégia Saúde da Família do município, nenhuma possui capacitação relacionada à assistência de enfermagem no puerpério, conforme relato da enfermeira E3:

E3- “Não. Onde trabalho não tive a oportunidade de fazer alguma capacitação específica relacionada à assistência de enfermagem no puerpério. O conhecimento que tenho trago da graduação, da especialização e das constantes leituras.”

O acolhimento a mulher desde o pré-natal, parto e puerpério promove um cuidado humanizado visando o binômio mãe-bebê que é iniciado através da consulta de enfermagem, onde o enfermeiro estabelece um maior vínculo com paciente-cliente e/ou família, realizando assim orientações relacionadas às necessidades da puérpera sanando dúvidas que por ventura surgirem (HADDAD, et al, 2009).

Portanto é evidente a necessidade da qualificação da equipe de enfermagem para atuar junto a sua clientela, desempenhando da melhor maneira suas atividades de forma satisfatória os cuidados de enfermagem proporcionando assim um atendimento de

qualidade (ARAÚJO; SIGNES; ZAMPIER, 2012).

## ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA NO PERÍODO PUERPERAL

O enfermeiro na Assistência no período puerperal possui várias atribuições que perpassa desde a orientação à puérpera relacionado ao auto-cuidado e ao cuidado com o recém-nascido, segundo o relato das enfermeiras participantes deste estudo:

E2- “Prestar assistência e orientações a fim de prevenir e diminuir a incidência de intercorrências comuns a este período.”

E4- “Assegurar o puerpério saudável e garantir o bem estar da mãe e do bebê, orientar, prevenir intercorrências e planejar esclarecer planejamento familiar.”

Conforme o Ministério da Saúde o retorno da puérpera e do RN ao serviço de atenção básica a saúde deve ocorrer de cinco a dez dias após o parto, com o objetivo de esclarecer dúvidas orientar e prevenir agravos. Na consulta puerperal o enfermeiro deve realizar algumas ações e orientações relacionadas ao teste do pezinho, aplicar a dose da BCG e agendar a primeira consulta do RN com o pediatra, avaliar a saúde da mulher, bem como orientá-la quanto à importância da amamentação, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, perda sanguínea e sobre o planejamento familiar, bem como agendamento da consulta puerperal para a mulher (BRASIL, 2006).

Destaca-se nas falas das Enfermeiras E3 e E5 como atribuição a avaliação do estado psicológico da mãe frente ao período puerperal, que traz grandes transformações no âmbito familiar. A formação do vínculo entre a mãe, a família e a equipe é fundamental para a humanização do cuidado e para o puerpério saudável:

E3- “O enfermeiro costuma ter um olhar diferenciado com os pacientes e nesse caso específico, o olhar é ainda mais importante. No período puerperal não podemos deixar de observar o estado psicológico desta mãe, avaliar a relação construída entre mãe e filho, além de observar aspectos físicos como: aleitamento, lóquios, eliminações fisiológicas. Neste momento deve-se orientar também sobre as vacinas do RN, teste do pezinho, cuidados de higiene, cuidados com o umbigo, entre outras orientações.”

E5- “Orientar a puérpera sobre esta nova fase, identificando as inseguranças e dúvidas da mesma e dos familiares sobre o RN e a saúde da mulher no pós-parto. Neste período é possível manter o vínculo entre a puérpera e a unidade de saúde, para que este seja o local de escolha para sanar dúvidas e receber informações e um cuidado humanizado.”

É no período puerperal que ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres, caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da lactação, pela adaptação psicológica da mãe e pelo estabelecimento da relação mãe/filho e familiares (ENDERLE et al, 2013). É preciso que os próprios profissionais e instituições de saúde tenham consciência que devem prestar um atendimento no puerpério de qualidade, avaliando e identificando possíveis anormalidades, promovendo uma assistência qualificada e humanizada de forma integral, levando em conta a reorganização psíquica da mulher quanto ao vínculo com o seu bebê, prestando orientações no processo puerperal, nas mudanças corporais, amamentação, retomada da vida sexual e planejamento familiar (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

A enfermeira E1 além de relacionar como atribuições as orientações que objetivam a saúde do binômio mãe x recém-nascido, ainda ressaltou a importância do vínculo da família ao nascimento do filho com a inclusão do pai, nesta assistência:

E1- “Orientações, esclarecer dúvidas, estimular o aleitamento materno, orientar os cuidados com as mamas, higiene, banho de sol-evitando fissuras e rachaduras, orientações aos cuidados do RN, coto umbilical, promover vínculo mãe-bebe-pai, agendar consulta médica, orientar sobre vacinação, teste do pezinho.”

O puerpério é um período muito importante, pois é durante este período que é colocado em prática tudo o que foi planejado em relação aos cuidados com o recém nascido, o pai neste momento é o intermediário na relação entre mãe e filho. O companheiro deve se mostrar acessível para cuidar tanto da criança, das tarefas domésticas, evitando assim, o desgaste emocional da mulher, promovendo assim o vínculo e a prática de paternidade (PEPITO et al, 2015).

Hoje os serviços de saúde têm enfrentado um grande desafio que é de incluir os pais na rotina que anteriormente era voltada somente para mulher. Diferente do que se imagina normalmente o pai está presente de alguma maneira, passando pela unidade de saúde despercebido. A maior dificuldade é fazer com que este homem se sinta reconhecido e tenha a chance de obter orientações, dividir experiências, adquirir prática no cuidado e na formação de vínculo com o recém nascido (BRANCO et al, 2009).

Na perspectiva da humanização do cuidado voltado à atenção ao ciclo gravídico-puerperal, deve incluir o respeito às relações interpessoais, incluindo o acolhimento e apoio efetivos e extensivos a todas as mulheres, não apenas durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, mas também para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê-pai após o nascimento (PARADA; TONETE, 2008).

## AS FACILIDADES DOS ENFERMEIROS PARA A ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA NO DOMICÍLIO

Como facilidades para a assistência à puérpera no domicílio, as Enfermeiras E2, E4 e E5 ressaltaram a formação do vínculo e o acolhimento da família:

E2- “Já conhecer a paciente desde o cadastro de gestante na unidade, tendo vínculo com a mesma.”

E4- “Poucas, considero como única o carinho e acolhimento das mães, no qual nos recebem com muito carinho.”

E5- “O vínculo com o paciente e o familiar, estabelecido durante o pré-natal.”

O acolhimento recebido pela mulher ao longo da gravidez é considerado como fator essencial para o retorno da puérpera ao serviço. Considera-se que o estabelecimento de vínculos é sem dúvida uma das ferramentas mais eficazes de acolhimento e para a efetiva adesão à consulta pós-parto (ANGELO; BRITO, 2012).

A atenção domiciliar no puerpério é considerada primordial para o estabelecimento

do vínculo com a família e para conhecer de forma mais aprofundada como a mãe vivencia a chegada do recém-nascido e como são os cuidados realizados no âmbito domiciliar. Nesta perspectiva as enfermeiras E1 e E3 destacaram como facilidade a visita domiciliar para a integralidade da assistência ao binômio mãe x recém-nascido e família:

E1- "Vínculo enfermeira + mãe + bebe = família. Realizar visita domiciliar nos primeiros dias de vida, ajudar com orientações sobre as 1ª vacinas e teste do pezinho, ajudar a esclarecer dúvidas, é de grande valia."

E3- "No domicílio conseguimos observar melhor a rotina da família e assim passar as orientações de acordo com as necessidades de cada indivíduo".

Um dos componentes vinculado à Rede Cegonha determina como ação o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (BRASIL, 2011).

O profissional de enfermagem, durante a consulta de puerpério, possui papel fundamental, pois, ao detectar medos, dúvidas e dificuldades das mulheres em planejamento familiar e sexualidade, cuidados com próprio corpo no pós-parto e com o recém-nascido, possui subsídios suficientes para oferecer soluções diante das demandas que as mulheres apresentam. Dessa forma, o acompanhamento durante o puerpério pela enfermeira mostra-se muito importante diante das vivências das mulheres (ENDERLE et al, 2013, p.6).

O Ministério da Saúde preconiza que a puérpera seja avaliada, na unidade mais próxima do seu domicílio, entre o 7º e o 10º dia, para a denominada revisão puerperal precoce, e retorne até o 42º dia para a revisão puerperal tardia (VIEIRA et al., 2010; BRASIL, 2012).

A visita domiciliar é uma atividade que viabiliza a assistência da mulher no período gravídico-puerperal, é um instrumento fundamental para continuidade do cuidado (MAZZO; BRITO; SANTOS, 2014).

## AS DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS PARA A ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA NO DOMICÍLIO

Todas as enfermeiras citaram como dificuldades o deslocamento até a casa da puérpera, seja pelo difícil acesso, área rural e pela falta de carro para o transporte da equipe:

E2- "Em domicílios de difícil acesso, ter que fazer a pé pela falta de transporte, tendo que ficar mais tempo fora da unidade."

E3- "Uma das grandes dificuldades que encontramos é com o deslocamento até este domicílio. Por muitas vezes não temos carro disponível para deslocar, fora esta questão, somos sempre bem recebidos pelos pacientes."

E5- "A principal dificuldade é a indisponibilidade do veículo para visita domiciliar, visto que trabalhamos em uma área rural."

Compete a gestão municipal a organização do sistema de saúde para a efetivação da atenção domiciliar na atenção básica, considerando os princípios, as diretrizes e ações



proposta pelo SUS. A organização da Atenção Domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios da atenção básica e dos princípios que norteiam o SUS, neste contexto, deve ser observado as diferenças locais de cada região uma vez que o número de profissionais que atuam e o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe multiprofissional, os recursos, bem como o suporte de referência contra - referência, influenciam na qualidade da atenção básica (BRASIL 2012).

A Enfermeira E1 citou além da dificuldade de transporte, os desafios relacionados a não adesão da puerpéra ao tratamento médico; vulnerabilidade da família interferindo no cuidado do binômio mãe x recém-nascido, falta de paciência da mãe, inclusive com o abandono do aleitamento materno:

E1- “Em algumas micro – áreas, áreas extensa, não ter carro para visita domiciliar, alguns casos recusa do usuário as indicações médicas, famílias de baixa-renda, onde encontramos a necessidade da sua própria realidade. Em alguns casos (famílias) os ACS tem que fazer visitas semanalmente para orientar a não esquecer dos 1ºs atendimentos ao RN. O abandono do aleitamento materno, não ter paciência mães.”

Para que um plano de cuidados seja executado é necessário a visita ao lar que é uma ferramenta imprescindível para que se possa evitar a introdução de práticas culturais inadequadas ou aquelas que não são preconizadas no plano de cuidados, como exemplos podemos citar o aleitamento em mamadeira, o uso de fumo mascado no coto umbilical, o recém-nascido ficar trancado no quarto escuro sem ventilação, a puérpera passar o puerpério sem tomar banho realizando apenas higiene íntima (XIMENES NETO et al, 2012).

Percebe-se então que a assistência de enfermagem no lar é um instrumento de intervenção fundamental no puerpério onde se pode planejar ações, minimizando riscos, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal (XIMENES NETO et al, 2012; RODRIGUES et al, 2009).

Ressalta-se que a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável é um dos componentes da Rede Cegonha vinculado ao puerpério e atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2011).

A Enfermeira E4 além de ressaltar as dificuldades com o transporte destacou a necessidade de implantação de protocolo de cuidado à puerpéra com a sistematização da assistência de enfermagem, buscando proporcionar uma qualificação do cuidado:

E4- “Transporte, não existe protocolos no município a ser exatamente seguidos, com cuidados puerperais, dificultando a sistemática da enfermagem.”

É possível compreender que o enfermeiro possui formação e competência para aplicar seus conhecimentos técnicos científicos na prática assistencial, visando o cuidado de forma holística, coerente e coesa. Neste sentido, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) torna-se uma ferramenta de extrema importância e é atribuição específica do enfermeiro a aplicação do processo de enfermagem no planejamento de suas ações, está atribuição o diferencia dos outros trabalhadores da equipe na prática da enfermagem (CABRAL, MEDEIROS, SANTOS, 2010).

## A CONDUTA DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS PARA A ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA NO DOMICÍLIO

A conduta da Enfermeira E1 perpassa a necessidade de transporte para os dias de visita domiciliar, sendo que a Enfermeira E3 destaca a importância da mesma para a orientação à puérpera.

E1- “Carro para os dias de visitas domiciliares. A participação familiar é fundamental para adaptação do papel materno.”

E3- “Tentamos sempre realizar esta visita que é fundamental para orientação desta mãe, só deixamos de realizar quando realmente não conseguimos o transporte.”

Destaca-se na fala da Enfermeira E1 a importância da participação da família para o cuidado à puérpera e as necessidades de adaptação a este novo processo – a chegada de um novo membro a família.

O puerpério representa um período em que as mudanças e modificações provocadas no organismo da mulher pela gestação e parto, retornam ao seu estado anterior a gestação, estas modificações interferem no fator biológico da mulher, mas também no seu relacionamento interpessoal e familiar, exigindo um período de adaptação dela e, concomitantemente, paciência e entendimento por parte dos seus familiares (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Portanto é de extrema importância que a equipe de enfermagem preste uma assistência qualificada e humanizada de forma integral, visando às necessidades da mulher e de seus familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

O diálogo entre a equipe de enfermagem da rede de serviços, coordenadores e gestora foi citado como conduta diante dos desafios na assistência pela Enfermeira E1 e E5:

E2- “Troca de informações com a equipe com demais enfermeiras da rede e com a gestora para tentar sanar algumas das dificuldades.”

E5- “Procurar mostrar a importância deste contato domiciliar com a puérpera aos coordenadores e equipe.”

A busca de capacitação foi ressaltada pela Enfermeira E4 como forma de buscar enfrentar os desafios na assistência à puérpera no domicílio:

E4- “Pesquisar, buscar, aprimorar idéias para poder realizar de forma correta e segura diante de algumas complicações que possa surgir.”

Pode-se observar a necessidade de uma assistência qualificada com embasamento científico, para orientar e ajudar a mulher a recuperar-se do período puerperal da melhor forma possível, prevenindo riscos e danos à saúde (GOMES; NEVES, 2011).

Com base nos princípios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), postula-se que a puérpera deva ser reconhecida como principal partícipe do

processo de assistência, tendo suas escolhas respeitadas no estabelecimento de práticas que, baseadas em evidências, permitam a sua segurança e bem-estar, assim como do recém-nascido (PARADA; TONETE, 2008).

## OPINIÃO SOBRE A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA

Todas as enfermeiras consideram relevante a inclusão do enfermeiro obstetra na assistência à puérpera, na busca da qualificação e humanização do cuidado:

- E1- “Muito bom, pois teríamos um profissional capacitado para assistência puerperal no domicílio.”
- E2- “Todo olhar de alguém mais qualificado trará pontos positivos, poderá trazer informações a puérpera que nós talvez não tenhamos para dar, assim como uma avaliação mais criteriosa podendo diminuir casos de complicações.”
- E3- “Acredito ser de suma importância, pois a fala vai ser um pouco mais qualificada devido a sua especialização.”
- E4- “Muito válida, pois são capacitados para tal função.”
- E5- “Importante para a puérpera e familiares, uma vez que haverá uma orientação mais consistente e especializada sobre este período novo na vida da mãe e família.”

A Resolução COFEN nº 0477/2015 dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, cabendo-lhes entre outras atribuições: consulta de enfermagem obstétrica e prescrição de assistência de enfermagem obstétrica; cuidados diretos de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, da internação até a alta; educação em saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população (COFEN, 2015).

Portanto considera-se que o enfermeiro tem como essência e especialidade da profissão o cuidado, sendo seu papel reconhecido pela capacidade e habilidade de compreender o receptor de seu cuidado. Como membro da ESF promove a interação e associação entre os usuários, a equipe e a comunidade buscando sempre otimizar suas intervenções e ações de cuidado com a saúde (MAZZO; BRITO; SANTOS, 2014).

## SUGESTÕES SOBRE A TEMÁTICA: DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA PUERPERAL

Como sugestões frente aos desafios enfrentados na consulta puerperal, a maioria dos enfermeiros destacaram a necessidade de capacitação da equipe, inclusive dos gestores do serviço, educação continuada e permanente e organização de protocolo para a assistência à puérpera:

- E2- “Enfrentamos o desafio diário com problemas com recursos humanos, nos dificultando a prestar uma assistência de qualidade, pois se focamos em visitas domiciliares, por

exemplo, deixamos a unidade sem assistência e também ao contrário. A falta de capacitação e criação de protocolos municipais, pois estamos sempre sendo atropelados pela demanda, não tendo tempo específico para estes planejamentos.”

E3- “No caso específico do nosso município seria a elaboração de um protocolo a ser seguido e trabalhar com educação permanente e capacitações.”

E4- “Capacitação, protocolos, educação continuada e permanente.”

E5- “Sugiro que os gestores municipais também recebam capacitações sobre a importância da assistência de enfermagem no puerpério, e assim possam facilitar o trabalho da equipe que precisa ir até o domicílio.”

Com o objetivo de assistir a mulher no período puerperal e em algumas complicações que possam ocorrer nesta fase, a sistematização da assistência de enfermagem é o método essencial, para que a aplicação deste método tenha sucesso é necessário a realização de consultas de enfermagem pelo enfermeiro especializado na área, seguindo um protocolo próprio que identifique dados capazes de estabelecer o diagnóstico e facilite a implementação do plano de cuidados, contribuindo assim para resolução de problemas (CABRAL, MEDEIROS, SANTOS, 2010).

A Enfermeira E1 considera imprescindível a assistência qualificada de enfermagem para diminuir o risco de morbimortalidade materno e neonatal:

E1- “A enfermagem tem atuado diretamente nesta área e diante da permanência do risco de morbimortalidade materno e neonatal, tem buscado aprimorar seus conhecimentos técnicos científicos para formulação de estratégia que contribuem para uma melhora qualitativa da assistência.”

“Ao retornar à comunidade, no período pós-parto, a mulher necessita de atendimento de enfermagem sistematizado”(VIEIRA et al, 2010, p.83). A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. São objetivos da Rede Cegonha:

fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011, p.1).

Em relação ao Componente da Rede Cegonha vinculado ao puerpério e atenção integral à saúde da criança, tem como uma das ações o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, além da busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL, 2011).

“A enfermagem pode contribuir significativamente quando elabora intervenções focadas nas reais necessidades da puérpera, qualificando assim o cuidado dispensado”. (VIEIRA et al, 2010, p.84).Constata-se a necessidade de “uma reflexão profunda acerca da responsabilidade da enfermagem sobre sua atuação tanto no puerpério como no pré-natal”, sendo imprescindível um acompanhamento mais próximo destas puérperas com uma abordagem individualizada e específica de enfermagem (VIEIRA et al, 2010, p.88).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras entrevistadas da Estratégia Saúde da Família não possuem capacitação relacionada à assistência de enfermagem no puerpério. Quanto às atribuições das enfermeiras inclui desde a orientação à puérpera relacionado ao auto-cuidado e ao cuidado com o recém-nascido, a avaliação do estado psicológico da mãe frente ao período puerperal, e a necessidade de vínculo com a família com a inclusão do pai.

Como facilidades para a assistência à puérpera no domicílio, as enfermeiras ressaltaram a formação do vínculo, o acolhimento da família e a visita domiciliar para garantir a qualidade da assistência ao binômio mãe x recém-nascido e família. As dificuldades citadas foram vinculadas ao deslocamento até a casa da puérpera; a não adesão da puérpera ao tratamento médico; vulnerabilidade da família interferindo no cuidado do binômio mãe x recém-nascido, falta de paciência da mãe interferindo no aleitamento materno.

A formação do vínculo entre a mãe, a família e a equipe é fundamental para a humanização do cuidado e para o puerpério saudável, sendo que a atenção domiciliar no puerpério é considerada primordial para o estabelecimento deste vínculo e a qualificação do cuidado no domicílio. Destaca-se neste contexto a diretriz da Rede Cegonha que determina o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento.

Todas as enfermeiras consideram relevante a inclusão do enfermeiro obstetra na assistência à puérpera na Atenção Básica, na busca da qualificação e humanização do cuidado.

Diante dos desafios enfrentados na consulta puerperal, as enfermeiras sugeriram a capacitação da equipe, educação continuada e permanente e organização de um protocolo para a assistência à puérpera, como forma de qualificar o cuidado.

A partir das sugestões dos participantes da pesquisa, considera-se essencial a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e a criação de um protocolo de avaliação das puéperas voltado as reais necessidades da atenção domiciliar para o binômio mãe-bêbe. O Protocolo de Cuidado à puérpera na Atenção Básica poderia ser baseado nas diretrizes da Rede Cegonha e no Manual de Pré-natal e Puérperio do Ministério da Saúde, considerando-se a necessidade de qualificação da assistência de enfermagem e necessidade premente de diminuição de morbi-mortalidade do binômio mãe-bêbe.

Sugere-se novas pesquisas abordando a temática, a partir de um estudo sobre as vivências das puéperas relacionado ao cuidado de si e do filho e a assistência de enfermagem a partir da ótica da mãe.

## REFERÊNCIAS

ANGELO, Bárbara Helena de Brito; BRITO, Rosineide Santana de. Consulta Puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência?. **Rev Rene**. v.3, n.5, p.1163-70, 2012.

ARAUJO, Carla Luzia França; SIGNES, Aline Farias; ZAMPIER, Vanderleia Soéli de Barros. O cuidado a puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: A visão da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.1, p.49- 56, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a07.pdf>> acesso em: 10 Jul. 2015.

ACOSTA, Daniele Ferreira et al . Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BRANCO, Viviane Manso Castello et al. **A unidade de saúde parceira do pai**, 1ª Ed., 2009. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/047.pdf>> Acesso em: 04 Ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**, 2015a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)> Acesso em: 28 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conheça a **Rede Cegonha**, 2015b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cegonha.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf) > Acesso em: 28 ago.2015.

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 em: 13 Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011** - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) > Acesso em: 28 ago.2015.

CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima; MEDEIROS, Ana Lúcia de; SANTOS, Sérgio Ribeiro. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: proposta de sistematização**. Conselho de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, ABENFO-MG, 2010. Disponível em: <[http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeeon\\_icieon/files/0275.pdf](http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeeon_icieon/files/0275.pdf)> Acesso em: 20 Ago. 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 477/2015** - Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html)> Acesso em: 27 ago.2015.

ENDERLE, Cleci de Fátima et al. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.3, p.1-7, maio-jun. 2013.

GOMES, Aline Oliveira; NEVES, Jussara Bôtto Neves. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v.4, n.2, nov./dez. 2011.

HADDAD, Mariana Tavares Chafic et al. **A importância da consulta puerperal de enfermagem**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Ceará, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00430.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00430.pdf)> acesso em: 08 Ago. 2015.

MAZZO, Maria Helena Soares da Nobrega; BRITO, Rosineide Santana; SANTOS, Flávia Andreia Pereira Soares. **RevEnferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.663-7, set/out 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a13.pdf>> Acesso em: 14 Ago. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; COSTA, Gabrielle Rodrigues de Mattos; TEIXEIRA, Claudia da Silva. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: Um enfoque na qualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.429-34, jul/set 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2015.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, Mar. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Ago. 2015.

PEPITO, Anamaria Donato de Castro. et al. A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. **REFACER- Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v. 1, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/70/46>> Acesso em: 20 Jul. 2015.

PEREIRA, Marina Cortez; GRADIM, Clícia Valim Côrtes. Consulta Puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **CiencCuidSaude**, v.13, n.1, p.35-41, jan/mar. 2014.

RODRIGUES, Tânia Maria Melo et al. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. Congresso Brasileiro de Enfermagem, Fortaleza, 2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00910.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00910.pdf)> Acesso em: 16 Ago. 2015.

SOUZA, Ana Beatriz Querino; FERNANDES, Betânia Maria. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Rev Rene**, v.15, n.4, p. 594-604, jul-ago. 2014.

VIEIRA, Flaviana et al . Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, Mar. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Ago. 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimaraes et al. Trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família na visita ao lar da puérpera e recém-nascido. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.12, n.1, p.27-36 São Paulo, Jul. 2012, Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/150-trabalho-do-enfermeiro-da-estratgia-sade-da-familia-na-visita-ao-lar-da-purpera-e-recm-nascido.html>> Acesso em: 16 Ago. 2015.



**ÁREAS EMERGENTES EM  
PSICOLOGIA**

# A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC) NO TRATAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO NÃO SISTEMÁTICA

## *The Importance of Behavioral Cognitive Therapy (TCC) In Oncological Patient Treatment: A Non-Systematic Review*

Luciana Della Giustina Stang<sup>1</sup>  
Karin Martins Gomes<sup>2</sup>

Recebido em: 07 dez. 2016  
Aceito em: 15 dez. 2017

**RESUMO:** O câncer é uma doença crônica e comprometedora que ainda está associado à simbologia de morte e sofrimento. A dor, os exames invasivos e o tratamento aumentam a fragilidade de pacientes e familiares para os problemas emocionais. Dentre as diversas formas de tratamento para a questão emocional, a Terapia Cognitiva Comportamental tem-se mostrado uma ferramenta muito eficaz. Para este estudo foi realizada uma revisão não sistemática, onde foram encontrados 942 artigos com a temática em questão e selecionados 22 publicações entre os anos de 2003 e 2016. A pesquisa tem como objetivo analisar o benefício da aplicação da TCC em familiares dos portadores de câncer; explorar os efeitos da TCC em terapia de grupo e conhecer a efetividade da Terapia Cognitiva Comportamental no tratamento do paciente oncológico. Conclui-se, portanto, que a TCC é uma ferramenta de fundamental importância para proporcionar suporte, acolhimento e escuta ao paciente em tratamento oncológico.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitiva Comportamental. Terapia em Grupo. Paciente Oncológico.

**ABSTRACT:** Cancer is a chronic and binding disease that is still associated with the symbolism of death and suffering. The pain, the invasive examinations and the treatment increase the fragility of patients and family for emotional problems. Among the various forms of treatment for emotional issues, the Cognitive Behavioural Therapy has been shown to be a very effective tool. For this study a non-systematic review was realised, where were found 942 articles with the topic in question and 22 selected publications from 2003 to 2016. The research aims to analyze the benefit of application of CBT in relatives of patients with cancer; explore the effects of CBT on group therapy and know the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy in the treatment of oncological patients. It is therefore concluded that CBT is a tool of fundamental importance to provide support, host and listen to the patient in cancer treatment.

**Keywords:** Cognitive Behavioural Therapy. Group Therapy. Cancer Patient.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Pós-Graduação em Terapia Cognitiva Comportamental – UNESC. *Email:* [lucianadella@bol.com.br](mailto:lucianadella@bol.com.br).

<sup>2</sup> Professora Orientadora - UNESC, especialista em Neuropsicologia, Dra. em Ciências da Saúde. *Email:* [karin@unesc.net](mailto:karin@unesc.net).

## INTRODUÇÃO

Com a ampliação no desempenho da Psicologia Hospitalar, determinados aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer passaram a ser observados. São eles: associação iminente de morte, o medo da dor, do sofrimento e solidão, da fragmentação moral e social, entre outros. Assim sendo, a eficácia do trabalho do psicólogo, passou a ser reconhecida, surgindo assim a área da Psico-Oncologia (OTTATI; CAMPOS, 2014).

Canciam (2012) esclarece que a Psico-Oncologia se caracteriza pela correlação entre Psicologia e Oncologia e tem por objetivo ajudar o paciente a se adaptar emocionalmente durante o tratamento, tornando-se assim um componente fundamental de apoio durante o processo de desenvolvimento e manutenção da doença. O autor ainda destaca que a Psico-Oncologia é uma área muito ampla de atuação, empenhada em ajudar o paciente a enfrentar as reações advindas da doença e também a lidar com os estigmas existentes em torno da mesma.

Ottati e Campos (2014) complementam que os psicólogos procuram oferecer suporte para que o paciente trate de maneira mais eficaz as questões surgidas pelo câncer e seu tratamento e, por causa dos benefícios que pode gerar, se torna prática fundamental no serviço oferecido ao paciente e familiares.

O câncer é uma doença crônica e comprometedora que pode afetar qualquer pessoa, e que requer da família uma grande atenção e disposição para cuidar do paciente. Um dos aspectos mais importantes durante o tratamento é o suporte emocional e psicológico para o paciente e os seus familiares (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007; SAPOLNIK, 2003).

Mesmo com avanços na sobrevida, o câncer ainda está associado à simbologia de morte, incurabilidade, perdas e sofrimento, fazendo com que o paciente e a família se adaptem às novas situações que envolvem longos períodos de hospitalização, terapêutica agressiva, dor física, separação de entes queridos e mudanças na rotina social (BRANDÃO et al., 2004).

Conforme Soratto et al. (2016, p. 54), o diagnóstico de câncer desencadeia várias situações vivenciadas pelo paciente, tais como: conflito; alterações no cotidiano e uma nova adaptação diante dos obstáculos surgidos com a doença. “As transformações advindas com o câncer podem dar um novo significado à vida, com a valorização de aspectos antes não observados”.

De acordo com Sawada et al. (2009), o paciente que está em processo de tratamento de câncer tende a sofrer perdas em sua qualidade de vida, devido aos sintomas da doença, e também em decorrência dos efeitos colaterais causados pelo tratamento de quimioterapia e radioterápico. A dor, os diversos exames invasivos, as mudanças na imagem corporal, o isolamento e a dependência de cuidados de outras pessoas, além das incertezas quanto ao tratamento, aumentam a fragilidade de pacientes e familiares para os

problemas emocionais (SAWADA et al., 2009).

Deep, Leal e Patrão (2014) tratam todos esses sintomas como fadiga oncológica, cuja sintomatologia inclina-se a aumentar durante tratamentos como a radioterapia: quando se espera o tratamento, quando neste há uma variação, quando fracassa ou no chega ao seu fim. O mal-estar presente provoca enfrentamento inapropriado e baixa adesão ao tratamento, acréscimo do tempo de hospitalização, alta suscetibilidade à dor e diminuição da capacidade de resposta, aumento do risco de recaída e de suicídio.

A fadiga oncológica é caracterizada de forma diferente da fadiga em geral. Segundo Deep, Leal e Patrão (2014), ela é perseverante, interfere no cotidiano do paciente, é assinalada pela baixa energia, pelo excesso de sono, pela debilidade muscular, distúrbio do humor, com redução da atividade cognitiva e da qualidade de vida, e com custos financeiros acrescidos.

Conforme afirmam Lourenção, Santos Junior e Luiz (2009), pacientes com diagnóstico de câncer manifestam uma propensão a maiores sinais de depressão, quando comparados a outros indivíduos saudáveis. Como a depressão pode ser um fator de influência nos resultados do tratamento, deve ser antecipadamente avaliada e tratada (SATIN; LINDEN; PHILLIPS, 2009).

Além do sofrimento emocional, há ainda o fato de estarem envolvidas outras pessoas nesse processo. Castro e Barroso (2012, p. 103) alegam que a experiência do adoecimento é muito complicada não somente para o paciente, mas também para seus familiares e amigos. “O sistema familiar funciona de acordo com regras e padrões próprios e adoecimento de um membro desestabiliza esse sistema”, que precisará ser rearranjado para atender às exigências advindas da doença e do tratamento. As adaptações realizadas pelos membros da família propiciarão alívio do sofrimento.

Outro fator importante, conforme ressaltam Castro e Barroso (2012) é ter a compreensão do significado que os pacientes dão à experiência de dor como critério de adaptação. Como lidar com a dor envolve aspectos emocionais e cognitivos, o bem estar emocional do paciente vai definir a maneira como ele lida com a situação.

Nos últimos tempos, psicólogos da área da saúde vêm constituindo equipes médicas como facilitadores no reconhecimento dos medos, incertezas e anseios do paciente, assim como no diálogo mais proveitoso entre médico/paciente. Ademais, colaboram na elaboração de estratégias preventivas e intervencionistas com cuidadores e pacientes diante das perdas, muitas vezes irreversíveis, ocasionadas pela doença. Neste sentido, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) vem sendo utilizada como base metodológica para a intervenção em diversos tratamentos em pacientes oncológicos (LOURENÇÃO; SANTOS JUNIOR; LUIZ, 2009). O emprego da TCC, conforme salientam Castro e Barroso (2012) tem-se mostrado uma ferramenta bastante eficaz no tratamento oncológico.

O termo Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é usado frequentemente como sinônimo para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. Também é utilizado

para um conjunto de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais (KNAPP; BECK, 2008).

A TCC, “utiliza o conceito da estrutura biopsicossocial na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana, no entanto constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia” (BAHLS; NAVOLAR, 2004, p. 33).

Ainda segundo Bahls e Navolar (2004, p. 33), conforme a Terapia Cognitiva, os indivíduos conferem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e outros fatores de sua vida. “Com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade”.

Deep, Leal e Patrão (2014) relataram a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental em gestão do stress em pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia e quimioterapia com fadiga oncológica, com maior suporte emocional e social. Desta forma, considera-se a importância do acompanhamento psicossocial na redução do mal-estar emocional no paciente oncológico.

A terapia cognitiva comportamental facilita o combate à doença e pode aprimorar a percepção de apoio social, sendo essencial também estimular a rede social desses pacientes (DEEP; LEAL; PATRÃO, 2014).

A TCC apresenta impacto na gestão do stress em pacientes com fadiga oncológica através da aprendizagem e prática de relaxamento, da reestruturação cognitiva e da aprendizagem de estratégias de enfrentamento adequadas às necessidades individuais de cada paciente (DEEP; LEAL; PATRÃO, 2014).

Para Oliveira, Seabra e Rudnicki (2014, p. 54), como instrumento de trabalho, a TCC pode auxiliar o paciente a se adaptar a esta situação de doença, pois proporciona compreensão e “suporte emocional frente ao diagnóstico e procura trabalhar com o paciente, seus comportamentos de risco frente à doença propriamente dita e o tratamento”. A TCC mostra-se de maneira concreta como uma “modalidade de psicoterapia educativa e focal” (CORDIOLI, 2014, p. 42).

Quanto à sua aplicação em grupo, Cordioli (2008) salienta que o tratamento proporciona a possibilidade de compartilhar informações e experiências com outras pessoas que apresentam os mesmos problemas, diminuindo assim a percepção de isolamento que acomete o paciente oncológico. Além disso, vendo outras pessoas na mesma situação aumenta a esperança de melhor qualidade de vida durante esse processo.

Deste modo, a TCC tem como foco principal de estudo a natureza e a atribuição dos aspectos cognitivos, isto é, o sistema de informação que é o ato de atribuir significado a algo (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Considera-se que a abordagem psicológica dos pacientes oncológicos pode propiciar um suporte terapêutico a toda a família, que sofre o impacto do processo de adoecimento junto com o paciente.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo principal verificar a importância da TCC no tratamento do paciente oncológico. Como objetivos específicos, a pesquisa se pauta em analisar o benefício da aplicação da TCC em familiares dos portadores de câncer; explorar os efeitos da TCC em terapia de grupo e conhecer a efetividade da terapia cognitiva comportamental no tratamento do paciente oncológico.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa de revisão não sistemática, desenvolvida a partir de artigos científicos publicados entre 2003 até maio de 2016, publicados na língua portuguesa, indexados na Scielo (*Scientific Eletronic LibralyOnline*); Bireme e Google acadêmico, envolvendo a temática TCC no tratamento do paciente oncológico.

Para a localização dos artigos publicados na base de dados utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: descritores – palavras-chaves: Terapia Cognitiva Comportamental e câncer, Terapia Cognitiva Comportamental e atendimento em grupo, Terapia Cognitiva Comportamental e atendimento familiar, Terapia Cognitiva Comportamental e paciente oncológico.

Os critérios de exclusão foram relacionados aos artigos não disponibilizados na íntegra; artigos repetidos; resenhas; editoriais e dossiês; teses e dissertações; além daqueles que não se enquadravam no ano pesquisado.

O processo de coleta de dados ocorreu de acordo com a seguinte sistematização: a avaliação inicial do material bibliográfico mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto, onde foram totalizados 942 artigos. A seguir realizou-se a leitura dos artigos selecionados na íntegra, com a seleção final de 22 artigos e 7 obras literárias para análise.

A análise e interpretação dos dados foi realizada pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

## **DESENVOLVIMENTO**

O câncer é uma doença que afeta a vida do paciente no aspecto biopsicossocial e é visto de maneira geral como uma enfermidade, sinônimo de morte, incurabilidade, perdas e sofrimento. Trata-se de um tratamento prolongado associado a efeitos colaterais desagradáveis, tais como: radioterapia, quimioterapia e, muitas vezes, mutilações devido a cirurgias invasivas (OTTATI; CAMPOS, 2014; BRANDÃO et al., 2004).

Atendendo aos objetivos específicos desse estudo, no que diz respeito ao benefício da aplicação da TCC em familiares dos portadores de câncer, Zavarize et al. (2014) afirmam que a atuação do psicólogo pode fazer uma grande diferença para o contexto hospitalar,

uma vez que atua na subjetividade da dor tanto com o paciente quanto com a família, permitindo que cada um denomine a sua dor.

Kanda et al. (2014, p. 85) alegam que “a família é considerada uma unidade primária de cuidado, composta por membros que se interagem e se apoiam, mutuamente, na presença de problemas”. Desta forma, perante essa nova situação vivida pela família no enfrentamento da doença, podem se manifestar sentimentos de desamparo, além das implicações biopsicossociais a que são submetidos. Ainda conforme as autoras, o papel do cuidador do paciente oncológico é primordial, pois oferece ao paciente um maior suporte e segurança. Diante da importância desse papel, se faz necessário que o familiar também receba uma atenção especial, para que desenvolva os cuidados de forma integral ao longo de todo o processo.

Complementando, Silva et al. (2009) e Menezes et al. (2007) alegam que a família inserida em um contexto de difíceis demandas terapêuticas, enfrenta um sentimento de desamparo. A tristeza e a dor diante do diagnóstico são acompanhadas por inúmeros sentimentos como a revolta, inconformismo, raiva e arguição, direcionados à figura de Deus ou a si mesmos.

Castro e Barroso (2012); Lourenção, Santos Junior e Luiz (2009) explicam que o sistema familiar funciona conforme as regras e padrões próprios, e o adoecimento de um membro desestrutura esse sistema, que precisará ser reestruturado para satisfazer às demandas provenientes da doença e tratamento. Ainda alegam Castro e Barroso (2012), que as adaptações não significam a aceitação das perdas, mudanças, entre outros, pelo contrário, compreende a descoberta de meios de seguir em frente diante de tal situação. A família proporciona a adaptação e se torna novamente um sistema funcional pela constatação da realidade da dor e da morte, compartilhado por todos os seus membros, fazendo disso uma experiência comum de perda. Na concepção de Miceli (2002), o entendimento entre a família e os profissionais de saúde pode auxiliar na recomposição do sistema familiar, alterando de forma significativa as relações e projetos de vida.

Portanto, cabe à equipe de saúde guiar pacientes, familiares e cuidadores na percepção de sintomas, assegurar a realização do tratamento tendo em vista o bem-estar físico e psicológico, e promover aliança terapêutica com a finalidade de alimentar a mútua confiança. Familiares e cuidadores devem ser ouvidos com atenção, intentando identificar oportunidades de mudanças que aprimorem o bem-estar geral, a procura por recursos adaptativos e o fortalecimento das inter-relações em todo o sistema (CASTRO; BARROSO, 2012).

Quanto à exploração dos efeitos da TCC em terapia de grupo, o estudo de Penedo et al. (2004) considerou a eficácia de uma intervenção em grupo voltada para o controle do estresse em pacientes com câncer de próstata. Corrobora Teixeira e Pereira (2011), ao afirmar que o câncer é considerado como um possível desencadeador de sintomas de estresse pós-traumático tanto no paciente como também nos familiares.

De acordo com os estudos de Penedo et al. (2004), foram realizadas dez sessões

semanais de psicoterapia cognitivo-comportamental em cinquenta e dois pacientes. As sessões tinham duração de duas horas, sendo os últimos trinta minutos destinados a diferentes técnicas de relaxamento. Também foram debatidas outras técnicas de administração do estresse, como: reconhecimento de distorções cognitivas, busca de suporte social, controle da raiva, reorganização cognitiva e exercício de assertividade. Os resultados apontam aumento de habilidades para o controle do estresse e melhora expressiva na qualidade de vida antes e após a intervenção. Em outra pesquisa elaborada por Penedo et al. (2007), o mesmo modelo obteve resultados positivos após adequações culturais para a assistência de pacientes oncológicos de origem latina.

McGregor et al. (2004, p. 6) expõem uma técnica de tratamento em grupo direcionada para o manejo do estresse em pacientes em tratamento de câncer de mama. Constituído em dez sessões semanais de duas horas, foram empregadas “técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, treino de assertividade, treino para habilidades de enfrentamento e manejo da raiva”. Os autores destacaram o grupo como um ambiente propício para a exteriorização emocional e a troca de apoio e experiência entre os membros. Os resultados comprovaram benefícios expressivos quando comparados a um grupo controle. Conclui-se que o programa de manejo do estresse proporcionou uma melhor adaptação à vivência do câncer.

Bieling, McCabe e Antony (2008) esclarecem que a terapia cognitiva comportamental em grupo têm se mostrado favorável para o tratamento de grande número de transtornos psiquiátricos. Entretanto, a maioria das praxes de tratamento com referencial cognitivo comportamental evidencia a terapia individual.

Soares, Camargo e Pizzinato (2013) revelam que, por mais que as Terapias Cognitivas Comportamentais em grupo sejam adequações de tratamentos individuais, as indicações, abordagens, dinâmicas e resultados são diferentes daqueles praticados individualmente, resultando assim na necessidade da efetuação de treinamento e estudos distintos para esta modalidade, fato muitas vezes ignorado.

Atendendo ao terceiro e último objetivo específico desse estudo, que se refere a efetividade da terapia cognitiva comportamental no tratamento do paciente oncológico, se faz necessário antes destacar a importância da interação e conhecimentos práticos e teóricos da equipe encarregada no tratamento de pacientes oncológicos.

Para Soratto et al. (2016), o desempenho em oncologia requer conhecimentos teóricos e práticos de toda a equipe para que se desenvolvam habilidades que possam direcionar a sua atuação profissional, levando em consideração a capacidade física e emocional do paciente sob sua responsabilidade, tendo em vista que é uma doença crônica, com necessidades contínuas e repentinas.

Neste sentido, Ottati e Campos (2014) alegam que os profissionais da psicologia procuram proporcionar suporte para que o paciente lide de uma maneira mais eficaz com as questões surgidas pelo câncer e seu tratamento, e graças aos benefícios que pode criar, se torna prática fundamental no serviço disponibilizado ao paciente e familiares.



Ottati e Campos (2014) ainda destacam que a eficácia do trabalho do psicólogo, passou a ser reconhecida, surgindo assim a área da Psico-Oncologia. Seabra, Aguiar e Rudnicki (2016, p. 71) esclarecem que “a atuação profissional em Psico-Oncologia objetiva compreender as variáveis psicológicas envolvidas no adoecimento do câncer e intervir junto aos pacientes e familiares visando minimizar o sofrimento causado pela doença”. Canciam (2012) complementa alegando que a Psico-Oncologia é uma ampla área de atuação e se preocupa em auxiliar o paciente a lidar com as reações da doença e também com os preconceitos existentes em torno da mesma. Nesta seara, Veit e Carvalho (2010, p. 528) esclarecem que o primeiro pensamento que dominou a Psico-Oncologia, foram as origens e causas da doença. Diversos trabalhos investigaram “fatores genéticos, ambientais, sociais e psíquicos que poderiam ser associados à eclosão do câncer, na busca de uma relação de causa e efeito”.

Pelo fato de cada parte do tratamento oncológico representar um acontecimento estressor, as estratégias de enfrentamento focadas no problema são as mais usadas, a maneira como o paciente encara o problema gera efeito sob sua adaptação à nova parte. Assim sendo, práticas terapêuticas devem ser concebidas com o propósito de diminuir o impacto provocado pela doença e pelo tratamento, sendo desta forma direcionadas para ajudar na adaptação do paciente à nova realidade e à utilização favorável das estratégias de enfrentamento (OTTATI; CAMPOS, 2014). Sapolnik (2003, p. 240) acrescenta que: “mesmo quando o prognóstico está definido, as terapêuticas podem ser direcionadas ao alívio do sofrimento e à melhora da qualidade de vida”.

Neste sentido, a terapia cognitiva comportamental tem como foco principal de estudo a natureza e a atribuição dos aspectos cognitivos, isto é, o sistema de informação que é o ato de atribuir significado a algo (BAHLS; NAVOLAR, 2004). Para Cordioli (2014), a terapia cognitiva mostra-se efetivamente como uma forma de psicoterapia educativa e focal. Complementando, Knapp e Beck (2008, p. 59) alegam que “o tratamento inicial é focado no aumento da consciência por parte do paciente de seus pensamentos automáticos, e um trabalho posterior terá como foco as crenças nucleares e subjacentes”.

A pesquisa e a prática clínica demonstraram que a TC é eficaz na diminuição de sintomas e taxas de recorrência, medicação ministrada ou não, em uma ampla diversidade de transtornos psiquiátricos. Beck atribuiu sistematicamente o conjunto de princípios teóricos e terapêuticos da TC a um acervo de transtornos, tais como depressão, suicídio, transtornos de ansiedade e fobias, síndrome do pânico, entre outros (KNAPP; BECK, 2008).

Venâncio (2004) observa que na literatura internacional grande parte das pesquisas utiliza a abordagem cognitivo-comportamental no tratamento com os pacientes oncológicos.

A intervenção do psicólogo apoiado na TCC é fator decisivo para o rumo que o paciente com câncer irá tomar, partindo da premissa que, antes de tudo, é primordial conhecer as particularidades e a natureza dessa patologia, assim como a compreensão das técnicas aplicadas, para que deste modo sejam alcançadas as metas traçadas pelo paciente (SEABRA; AGUIAR; RUDNICKI, 2016).

Após leitura dos artigos, foi possível perceber que a TCC exerce uma função terapêutica vital durante o processo do tratamento de pacientes acometidos pelo câncer. No entanto, ressalta-se que para que haja um bom resultado é fundamental que toda a equipe envolvida tenha o discernimento de que, além do tratamento convencional como a quimioterapia, radioterapia, entre outros, a Terapia Cognitiva Comportamental vem se mostrando um método alternativo e funcional, como auxiliar no tratamento e no enfrentamento da doença pelo paciente e seus familiares.

**Tabela 1** – Estudos sobre a aplicação da Terapia Cognitiva Comportamental em pacientes oncológicos.

<b>Autores</b>	<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>	<b>Foco de Estudo</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
Silva et al. (2009)	Familiares de 54 crianças e adolescentes com câncer		Descrever o desequilíbrio que o diagnóstico do câncer infanto-juvenil provoca nas famílias	Pesquisa de campo com abordagem quali-quantitativa, baseada em um estudo descritivo-explicativo	Os resultados demonstram que 20% dos familiares vivenciaram desespero; 21%, medo da morte; 39%, solidariedade; 22%, ciúmes; 19%, desprezo; 56% sofreram alterações nas rotinas.
Ottati e Campos (2014)	42 pacientes	Média de 54 anos	Verificar a relação entre percepção da qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento em pessoas em tratamento quimioterápico.	Escala de modos de enfrentamento de problemas - EMEP e WHOQOL-Bref.	Os pacientes que estão em fase inicial do tratamento fazem maior uso de estratégias que modificam ou alteram o evento estressor. Se envolvem mais com práticas religiosas ou pensamentos fantasiosos para auxiliar o processo de enfrentamento.
Knapp e Beck (2008)	Revisão de artigos e livros-texto, principalmente dos trabalhos de Aaron Beck dos quais foi extraída a presente revisão.		Dar um panorama dos fundamentos históricos e filosóficos das abordagens cognitivo-comportamentais contemporâneas, e apontar similaridades e diferenças entre elas.	Pesquisa bibliográfica	As terapias cognitivo-comportamentais em geral, e a terapia cognitiva beckiana em especial, apresentam um conjunto de técnicas cuja eficácia baseada em evidências foi demonstrada no tratamento de diversos quadros mentais e físicos.

<p>Kanda et al. (2014).</p>	<p>10 familiares de crianças e adolescentes</p>		<p>Descrever a percepção dos familiares cuidadores sobre o tratamento quimioterápico em crianças e adolescentes.</p>	<p>De natureza qualitativa e descritiva</p>	<p>Observou-se que os familiares percebem o tratamento quimioterápico como o único meio para se obter a cura e que esse processo inclui a busca do equilíbrio entre os sentimentos opostos, por meio da crença e da fé, permeado de um olhar de esperança.</p>
<p>Deep, Leal e Patrão (2014)</p>	<p>35 pessoas</p>	<p>Entre 32 e 80 anos</p>	<p>Perceber qual o impacto da relaxação muscular, da reestruturação cognitiva e do treino em estratégias de enfrentamento (IGSCC) sobre os padrões de regulação emocional e sobre a percepção e satisfação com o suporte social.</p>	<p>Pesquisa de campo, qualitativa e bibliográfica.</p>	<p>Após a intervenção, o grupo apresentou níveis muito mais baixos de ansiedade e depressão. Percebeu-se também que a presença de suporte social contribui para baixos níveis de fadiga oncológica e aumento da sua qualidade de vida.</p>
<p>Penedo et al. (2004)</p>	<p>52 pacientes</p>		<p>Avaliar a eficácia da intervenção em grupo de 10 semanas utilizando a terapia cognitiva comportamental em relação a um seminário com duração de meio dia sobre qualidade de vida.</p>	<p>Pesquisa qualitativa</p>	<p>Os resultados apontam aumento de habilidades para o controle do estresse e melhora expressiva na qualidade de vida antes e após a intervenção.</p>
<p>Soares, Camargo e Pizzinato (2013)</p>	<p>Foram analisados 22 artigos de 14 estudos diferentes.</p>		<p>Avaliar, por meio de técnicas de meta-análise, a efetividade das terapias cognitivo-comportamentais em grupo para o transtorno de pânico.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica</p>	<p>Encontraram-se tamanhos de efeito sumário grande para sintomas de pânico e ansiedade (g=1,39), moderado para sintomas depressivos (g=0,79) e</p>

					grande para sintomas agorafóbicos (g=0,92).
Soratto et al. (2016)	10 pacientes	Entre 35 e 77 anos	Identificar a importância da espiritualidade na resiliência em pacientes oncológicos internados em uma unidade oncológica hospitalar.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa descritiva	Concluiu-se que o cuidado espiritual em enfermagem pode ser considerado base da humanização da assistência, princípio norteador da ética do cuidar.
Seabra, Aguiar e Rudnicki (2016)	1 pessoa do sexo feminino	42 anos	Apresentar um relato de experiência com intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, visando melhor qualidade de vida a paciente e diminuição do sofrimento psíquico em função do câncer de mama.	Pesquisa de campo e descritiva	Ao tratar de um relato de experiência profissional, os resultados não podem ser generalizados. Contudo, assinalamos que a atuação profissional diante deste caso foi efetiva, caracterizando a importância das intervenções em Psico-oncologia.
Lourenção, Santos Junior e Luiz (2009).	Foram analisados 25 artigos entre os anos de 2004 a 2009.		Realizar um levantamento de atualização do uso da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em tratamentos oncológicos	Revisão de literatura	A literatura aponta muitas possibilidades de aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. Entretanto, ainda são necessários mais estudos experimentais de estrutura metodológica confiável e com uma descrição adequada das técnicas escolhidas para sua replicação em outras pesquisas.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do psicólogo em pacientes oncológicos a partir da TCC é fundamental, partindo da ideia que, a princípio, é essencial conhecer as peculiaridades e as características que mostram essa patologia, assim como o domínio das técnicas praticadas, para que desta forma sejam atingidos os objetivos delineados com o paciente (SEABRA; AGUIAR; RUDNICKI, 2016).

As intervenções baseadas na TCC tem a finalidade de analisar funcionalmente os estímulos antecedentes e consequentes relacionados ao comportamento. No caso de pacientes oncológicos, essa abordagem pode ser determinante nos sentido de auxiliar os pacientes e familiares a lidarem de forma mais eficiente durante o processo de tratamento.

Neste sentido, considera-se que a teoria cognitiva pertence às teorias construtivistas, pois vê o homem como um ser que concebe seus significados sobre os fatos e, deste modo, gera sua própria realidade, já que a maneira como este compreende seu mundo definirá a forma com que ele irá portar-se (BAHLS; NAVOLAR, 2004)

Conclui-se, portanto, que com a construção e realização desta pesquisa, foi possível atingir os objetivos propostos para a mesma, pois verificou-se que o uso da TCC é um fator importante no suporte ao paciente em tratamento oncológico. Além disso, foi reforçada a relevância de trabalhos com essa temática, que ainda vem crescendo no meio científico devido à preocupação em ofertar apoio emocional a essa população que mostra grande necessidade de suporte, acolhimento e escuta. Sendo assim, pode-se observar que a maioria autores considera a TCC uma forma eficaz de apoio como auxiliar no tratamento do câncer.

## REFERÊNCIAS

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia Cognitivo-Comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. **Rev. Eletrônica de Psicologia**, Curitiba, n. 4, jul./2004.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRANDÃO, F. et al. **Sobre comportamento e cognição**: Estendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas. Santo André, SP: ESETEC, 2004.

CANCIAM, R. **Psicossomática, psico-oncologia e câncer**. São Paulo: Paco Editorial, 2012.

CORDIOLI, A. V. **terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CASTRO, M. M. C.; BARROSO, C. L. Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental nos cuidados paliativos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 101-108, dez./ 2012.

DEEP, C. N.; LEAL, I., PATRÃO, I. Avaliação da intervenção cognitivo-comportamental em gestão do *stress* em pacientes com fadiga oncológica, em radioterapia. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n.1, p. 293-301, 2014.

KANDA, M. H. et al. A percepção dos familiares cuidadores sobre o tratamento quimioterápico em crianças e adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 84-88, 2014.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008.

LOURENÇÃO, V. C.; SANTOS JUNIOR, R.; LUIZ, A. M. G. Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. **Rev. bras. ter. Cognitiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, nov./ 2009.

MCGREGOR, B.A. et al. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 56, n. 1, p. 1-8, Jan./2004.

MENEZES, C. N. B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 191-210, mar./2007.

MICELI, A.V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 48, p. 363-373, 2002.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA, C.; SEABRA, C. R.; RUDNICKI, T. Intervenção psicológica em oncologia. In: RUDNICKI, T.; SANCHES, M. M. (Org.). **Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. p. 319-332.

OTTATI, F.; CAMPOS, M. P. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. **Act. Colom. Psicol.**, Bogotá, v.17, n. 2, Jul./Dez. 2014.

PENEDO, F.J. et al. Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. **Cancer**, v. 100, n. 1, p. 192-200, Jan./2004.

\_\_\_\_\_. Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. **International Journal of Behaviour Medicine**, v, 14, n. 3, p. 164-172. 2007.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.

581-587, 2009.

SAPOLNIK, R. Suporte de terapia intensiva no paciente oncológico. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, 2003.

SATIN, J. R.; LINDEN, W.; PHILLIPS, M. J. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. **Câncer**, 115(22), p. 5349-5361, 2009.

SEABRA, C. R.; AGUIAR, M.; RUDNICKI, T. Intervenções cognitivo-comportamentais no câncer de mama: relato de uma experiência. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, p. 69-77, maio/2016.

SILVA, F. A. C. et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. **Rev. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 334-341, abr./2009.

SOARES, T.; CAMARGO, J.; PIZZINATO, A. Efetividade de terapias cognitivo-comportamentais em grupo para o transtorno de pânico: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** São Paulo, v. 15, n. 1, abr./ 2013.

SORATTO, M. T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 53-63, jan./abr. 2016.

TEIXEIRA, R. J.; PEREIRA, M. da G.. Impacto do câncer parental no desenvolvimento psicológico dos filhos: uma revisão da literatura. **Psicologia Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 24, n. 3, 2011.

VENÂNCIO, J. L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Rev. bras. de câncer**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

ZAVARIZE, N. O. et al. A família no processo de cura do câncer infantil e a atuação do psicólogo hospitalar. In: II CONGRESSO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FACULDADE DA SERRA GAÚCHA, 2014, Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul: FSG, 2014. p. 487-503.

# ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL: UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE SUAS CONSEQUÊNCIAS

## *Stigma associated with mental disorders: A brief reflection on their consequences*

Marcela dos Santos Ferreira<sup>1</sup>  
Maria Cecília de Araújo Carvalho<sup>2</sup>

Recebido em: 25 jan. 2017

Aceito em: 12 set. 2017

**RESUMO:** Na atualidade vem surgindo um aumento pelo interesse do estudo do estigma associado ao transtorno mental, em uma perspectiva transdisciplinar, onde o interesse se justifica pelas repercussões que o mesmo provoca na população acometida por um transtorno que está em crescente aumento. A importância desse estudo se mostra necessária, pois a identificação do modus operandi do estigma, serve de base para o seu enfrentamento. O objetivo deste artigo é fazer uma reflexão teórica sobre as consequências do estigma associado ao transtorno mental e compreender o real impacto na vida dessas pessoas. Para tanto, uma análise de produções científicas é realizada com o intuito de produzir um material onde o estigma contribui, assim como o transtorno mental, pelas desvantagens sociais e outros sofrimentos que esses indivíduos experimentam. A descrição do estigma assim como a sua relação histórica com o transtorno mental é apresentado de modo já explicar parte desses prejuízos. O estigma social, desenvolvido e perpetuado pela sociedade, é responsável pela base formativa do autoestigma, estigma profissional, familiar e estrutural. A diferenciação do estigma em tipos mostra como ele penetra em vários cenários sociais permitindo um aumento da vulnerabilidade dessas pessoas, até mesmo a outros problemas de saúde. O conhecimento adquirido por meio deste estudo permite compreender que as diversas facetas do estigma repercutem na vida social, familiar, profissional e na sua saúde e permite entender como um processo tão complexo ainda está presente na sociedade, exigindo para seu combate medidas estruturadas em diversas áreas de conhecimento.

**Palavras-chave:** Estigma. Transtorno mental. Saúde Mental.

**ABSTRACT:** Nowadays, there has been an increase in the interest of studying the stigma associated with mental disorder, in a transdisciplinary perspective, where the interest is justified by the repercussions that it causes in the population affected by a disorder that is increasing. The importance of this study is necessary because the identification of the modus operandi of stigma serves as a basis for its confrontation. The objective of this article is to make a theoretical reflection on the consequences of the stigma associated with mental disorder and to understand the real impact on the lives of these people. To do so, an analysis of scientific productions is carried out with the aim of producing a material where Stigma contributes, as well as mental disorder, social disadvantages and other sufferings that these individuals experience. The description of the stigma as well as its historical relation with the mental disorder is presented as explaining part of these damages. Social stigma, developed and perpetuated by society, is responsible for the formative basis of self-stigma,

<sup>1</sup> Mestranda. Enfermeira. CEFET/NI. Email: [cceccella@hotmail.com](mailto:cceccella@hotmail.com).

<sup>2</sup> Pós-Doutorado. Médica. EPSJV/FIOCRUZ. Email: [ceciliacarvalho@fiocruz.br](mailto:ceciliacarvalho@fiocruz.br).



professional, family and structural stigma. The differentiation of stigma into types shows how it penetrates into various social settings allowing an increase in the vulnerability of these people, even to other health problems. The knowledge acquired through this study allows us to understand that the various facets of stigma have repercussions on social, family, professional and health life and allow us to understand how such a complex so process is still present in society, demanding for your fight, structured measures in several areas of knowledge.

**Keywords:** Stigma. Mental disorder. Mental health.

## INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a Saúde Pública mantém grandes preocupações a cerca de várias patologias que assolam a população. Algumas detêm mais atenção da sociedade do que outras, por inúmeros motivos. O grupo de doenças caracterizado como transtornos mentais possui pouca atenção, visto a parcela gasta do orçamento federal que é 2,5%, considerada inferior ao se comparar os gastos a outras condições de saúde no Brasil (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). No entanto, ao observar as estatísticas, a sociedade deveria considerar os transtornos mentais um foco de maiores cuidados.

Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, até 2020, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. (WHO, 2015, p.7, tradução do autor).

Segundo o mesmo estudo da Organização Mundial da Saúde (2015), 15% da população apresentarão algum transtorno mental e que esses podem responder por mais mortes precoces e incapacidades para o trabalho do que as doenças infecto contagiosas e má nutrição, principalmente nos países em desenvolvimento.

As Informações estatísticas servem para introduzir a importância de estudar os transtornos mentais em seus vários sentidos. Uma dimensão importante a ser valorizada, é o estigma associado aos transtornos mentais, que está presente na sociedade, nos profissionais de saúde e no próprio portador da doença.

Como já mencionado, o estigma se apresenta de diversas formas, sendo o principal tipo o social, pois é partir desse, que todos os outros se formam (auto estigma e profissional). Esse nível de estigma faz parte da estrutura da sociedade e cumpre uma função, apresentada na conceituação de estigma por Ahmedani (2011, p. 4, tradução do autor).

É uma crença sustentada por uma grande parcela da sociedade em que as pessoas com a condição estigmatizada são menos iguais ou fazem parte de um grupo inferior. Neste contexto, o estigma é incorporado no âmbito social, para criar inferioridade.

Essa forma de olhar o estigma conduz a uma compreensão de que está intimamente relacionado a processos sociais e políticos como desigualdade social, perda de direitos e cidadania, exclusão social.

Daí vem a importância do estudo da influência do estigma na vida do indivíduo portador de transtorno mental. Pois as evidências mostram que as dificuldades vivenciadas por essas pessoas estão além das questões relacionadas à patologia, pois o estigma por si só já proporciona barreiras que impedem o alcance do seu bem estar.

A relevância da temática pode ser vista em publicações de órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que desde 2001 apresenta em seus relatórios mundiais de saúde, a importância de criação de políticas que assegurem o fim do estigma.

Em meio a essa realidade, esse artigo se propõe fazer uma reflexão teórica sobre as consequências do estigma associado ao transtorno mental e compreender o real impacto na vida dessas pessoas seja no contexto de assistência a saúde, familiar, e profissional.

Para tanto o artigo usa como base para sua construção a revisão de conceitos e ideias de autores de diversas áreas de conhecimento, como as Ciências Sociais, Humanas e da Saúde.

## **ESTIGMA E TRANSTORNO MENTAL**

O transtorno mental, por longa data, foi compreendido de diversas formas, de acordo com a contextualização histórica. Conforme a humanidade vem sofrendo mudanças nas suas fases históricas, a leitura do transtorno mental, pela sociedade, vem experimentando transformações.

Ao longo da História, os portadores de transtornos mentais, eram vistos de acordo com determinados postulados vigentes na sociedade, sendo a forma de tratamento o reflexo destes. Durante a investigação histórica, sobre a loucura e a Psiquiatria, encontram-se inúmeros saberes e percepções sobre eles, até mesmo dentro de períodos históricos fechados.

O transtorno mental, como citado anteriormente, teve várias conformações, sendo identificados no decorrer da história, indivíduos que sofriam de ação sobrenatural, possuídos por espíritos, anormais, sem razão, doentes e atualmente considerados portadores de transtornos mentais, que segundo a OMS (2005, p.27) é o “Conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais.” A imagem produzida pela sociedade desse grupo de pessoas mostra, usualmente, como a comunidade insere em seu meio esse indivíduo. O estigma, associado ao transtorno mental, reflete parte dessa imagem, construída e desconstruída no decorrer da história da humanidade, mas nem sempre correspondendo à realidade da pessoa sofredora do estigma.

O Sociólogo Erving Goffman (1988, p. 6), referência para diversos estudiosos, desenvolve um conceito de estigma amplamente usado no contexto do transtorno mental, sendo este considerado como

Evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande.

O estigma usa de uma característica pessoal do portador de transtorno mental para surgir, no entanto, isso não é suficiente para que ele se consolide. Mas está relacionado com a forma que a sociedade classifica as pessoas, tendo como base essas peculiaridades individuais. Portanto, o estigma não é uma criação voluntária do indivíduo com o problema, mas sim da sociedade que convive com ele, portanto, deve ser considerado como uma construção social. Segundo Goffman (1988, p. 117) “O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuem sobre o encontro”. Surge da grande necessidade de agrupar as pessoas conforme exigências sociais, e para as pessoas que apresentam algo que a tornam diferente, e sem possibilidades de aceitação social, sobra a marginalidade. A natureza do estigma, não é simplesmente trazer a tona à diferença, mas sim usá-la de forma que sustente a depreciação do indivíduo. Segundo Rangel (2003) a desqualificação social é princípio comum de qualquer estigma.

Ao percorrer a história das civilizações, identifica-se a presença do estigma de maneiras diferentes. As diversas sociedades e culturas, no decorrer do tempo, estigmatizaram as pessoas conforme as características da era vivida. Segundo Arboleda-Flórez; Sartorius (2008, p. 3, tradução do autor) “O estigma, no entanto, não é uma concepção estática, mas uma construção social que está ligada a valores assentados em identidades sociais”. A História, a Antropologia e a Psiquiatria são ciências que mostram, em seus registros, como o foco do estigma sofreu mudanças, conforme os modelos conceituais dos transtornos mentais alteravam-se. Muito das mudanças do estigma, mantem grande relação com as considerações do que seja comportamento anormal. A sociedade constrói o que é considerado normal, comum e natural e as pessoas criam expectativas sobre as outras a partir dessa consideração de normalidade.

Desde a criação pelos gregos, o termo estigma já se referia a sinais que evidenciavam algo mau sobre o status moral ou de extraordinário. O objetivo era de criar marcas e evidenciar pessoas que deveriam ser evitadas e isoladas fisicamente. (GOFFMAN, 1988)

No mundo contemporâneo, a sociedade com sua concepção de mundo normalizadora, marca o indivíduo e delimita em qual categoria esse deve pertencer. Conforme Arboleda-Flórez; Stuart (2012, p. 460, tradução do autor) “Atualmente as pessoas com doença mental não são tatuadas, mas ainda carregam as marcas indelévels de pobreza, privação e falta de moradia; e são banidas através de métodos mais sutis, tais como a criminalização, desemprego e intolerância social”.

Apesar da passagem dos séculos e inúmeros avanços na área de Saúde Mental, os estigmas existentes há tempos não são totalmente abolidos, mas em parte se associam

aos novos e com isso são perpetuados. Atualmente, o estigma não está relacionado só a sinais ou comportamentos observáveis, que diferenciam as pessoas, mas está associado também a características invisíveis, que permitem distinguir de forma pejorativa o sujeito, indicando uma antecipação do julgamento. Bento (2014, p. 21) afirma que “Nos dias que correm, uma mera ação, comportamento ou circunstância pode levar a que se estigmatize. Uma pessoa aparentemente ‘normal’ pode agora ser vítima de estigma”.

## **ESTIGMA: TIPOS E REPERCUSSÕES**

O estigma social, também chamado de público, é o mais frequentemente discutido, por ser a fonte de qualquer outro tipo de estigma e por ser construído pela sociedade. É a percepção de um grupo social ou da sociedade em relação a um indivíduo que apresente atributos caracterizados como negativos. Segundo Siqueira; Cardoso (2011, p.101) “Ele irá ocorrer quando as pessoas forem desvalorizadas por não constituir pessoas ideais dentro das normas sociais, e assim, tornam-se objetos do controle social, o qual propicia uma limitação em suas relações sociais”.

Essa maneira de conceituar estigma social está baseada em Goffman (1988), que desenvolveu a noção identidade social virtual e identidade social real. A identidade real é composta pelos atributos originais do ser humano, enquanto a identidade virtual é a deterioração, por uma ação social, desses atributos, fazendo com que essas pessoas devam ser evitadas. Essa deturpação da identidade social faz com que se perca a individualidade das pessoas que estão em desconformidade com os modelos sociais. A produção de uma identidade virtual é dependente dos períodos culturais, econômicos, político e histórico da época, por isso não se pode considerar o processo de estigmatização como sendo individual, pois está subordinado a um dado contexto da sociedade.

Uma mostra que a estigmatização não mantém uma linearidade e não está sendo influenciada pelas mudanças ocorridas na área da Saúde Mental, é o resultado de uma pesquisa onde compararam as atitudes do público americano com a doença mental em 1950 e 1996. Os estereótipos de violência e imprevisibilidade aumentaram ao longo do tempo, particularmente com referência a pessoas com uma doença psicótica, como esquizofrenia, de 12,7% em 1950 para 31% em 1996. (AIBOLEDA-FLÓREZ; STUART, 2012)

O autoestigma ou estigma internalizado é considerado por Corrigan (2004, p. 618, tradução do autor) “Como uma consequência direta do estigma público, devendo o indivíduo, primeiramente, se conscientizar desse estigma, concordar com ele e aplicá-lo a si mesmo”. Apesar de ser uma manifestação pessoal, o autoestigma é socialmente construído, pois o autoconceito, que é o ponto modificado pelo estigma, é um processo social, já que outras pessoas são essenciais para alguém adquirir conhecimento sobre si e para a evolução e interpretação de suas experiências de vida. (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011)

A tentativa de adequação dos portadores de transtornos mentais a modelos sociais pode ser uma fonte do autoestigma, pois para não se afastarem do que a sociedade espera deles, acaba por aceitar e internalizar estereótipos negativos. O que provoca um sofrimento tão intenso quanto o provocado pelo o seu próprio transtorno, já que afeta a credibilidade em suas próprias capacidades, e produz um isolamento responsável pelo atraso ou a não procura de tratamento e a falta de socialização, para não tornar pública sua condição de doente e estigmatizado, tornando as expectativas de vida e seus objetivos diminuídos.

Uma das maneiras de observar alguns impactos na vida da pessoa e respostas que essa desenvolve ao processo de estigmatização é por meio da medição do autoestigma, alcançada através de escalas de medição. Resultados dessas medidas caracterizam segundo Corrigan (2004) a redução da autoestima como uma das principais consequências negativas, pois se cria um ciclo vicioso da estigmatização, onde a queda da autoestima torna o individuo mais propenso a internalizar o estigma. Outro achado dessas pesquisas é a reação de vergonha que a pessoa apresenta quando internaliza um estigma, diante à categoria social estigmatizada que na qual ela pertence (Ex: a vergonha de um alcoolista ao pertencer ao grupo de alcoólatras anônimos). Os portadores de transtornos mentais, ao sofrerem com esse problema, tentam não fazer parte de um grupo que represente sua característica, para não aumentar sua exposição perante a sociedade.

O estigma profissional, considerado também uma repercussão do estigma social, é caracterizado pela presença de atitudes estigmatizantes em profissionais de saúde, em relação aos portadores de transtorno mental. Algumas pesquisas mostram essa relação, como a realizada por Cohen e Struening em 1962, considerada um dos primeiros pesquisadores a investigarem esse tipo de atitude dos profissionais com o transtorno mental, onde encontrou a restrição social como um estigma mais presente nos profissionais de saúde, o que facilitaria a institucionalização nesse contexto histórico. (COHEN; STRUENING, 1962) Essa investigação, apesar de feita em uma conjuntura social diferente da atual, principalmente no que se refere propriamente a Psiquiatria, gera repercussões importantes para os estudos atuais do estigma. A partir desse estudo foi desenvolvida uma das escalas mais usadas para medição do estigma – Escala de Medidas de Atitudes e Opiniões sobre Doença Mental (ODM).

Pesquisas mais atuais, usando essa mesma escala, mostram que existe a crença do portador de transtorno mental ser diferente de uma pessoa normal, o que acarreta uma diferenciação na assistência a saúde. (DESAI et al, apud AHMEDANI,2011; PEDRÃO et al, 2003). Os estigmas sofrem mudanças conforme os cenários que estão inseridos. Que nesse caso, produz um comprometimento não só do tratamento psiquiátrico, mas também da assistência à saúde de uma maneira em geral.

O trabalho de pesquisa de Batista (2013, p. 14), usando a mesma escala desenvolvida por Cohen; Struening em 1962 considera “O pessimismo relativamente ao tratamento e prognóstico e o desejo de distância social, em particular, parecem ser as atitudes estigmatizantes mais prevalentes entre os profissionais de saúde”.

Algumas indagações são feitas a cerca das possíveis explicações sobre

profissionais de saúde ter atitudes estigmatizantes próximas ao do público geral. Trabalhadores da saúde podem desenvolver seus próprios preconceitos de sua educação ou até mesmo do próprio trabalho, especialmente ao trabalhar com indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes. Os autores Cohen; Cohen (1984) descreveram o conceito de “ilusão do clínico”, que pode explicar os níveis mais elevados de estigma por vezes encontrados nos profissionais da área de Saúde Mental. Essas pessoas são constantemente expostas ao transtorno mental em um momento mais grave, e esse tipo de contato pode levar a generalizações negativas e a um grau de pessimismo superior ao da população em geral.

A formação inadequada e falta de preparação para trabalhar com essa população pode ser considerada segundo Cashwell; Smith (2011) uma das causas para as atitudes negativas, dos profissionais de saúde. Como também eles indicam que os profissionais recebam pouco suporte governamental, limitando o seu sucesso no trabalho.

### **“NOVAS” PECULIARIDADES DO ESTIGMA E SEUS REFLEXOS**

Os estigmas até aqui apresentados são os que a literatura classicamente descreve como sendo os mais característicos. No entanto, existem algumas variedades que começam a tomar corpo no campo científico, apesar de sempre existirem. Alguns autores destacam o estigma familiar como sendo um tipo e também um reflexo. O estigma familiar é descrito por Goffman (1988) como “estigma por cortesia” e se refere a condição em que os familiares ou pessoas são estigmatizadas por sua ligação com um paciente numa condição estigmatizante.

O estigma familiar está envolto ao princípio da culpa, que norteia algumas concepções sobre a Saúde Mental. A culpabilização do familiar pela geração do transtorno mental é algo que pode provocar o sentimento de vergonha, levando a uma diminuição de sua autoestima. Outra vertente da culpa é quando esta recai sobre o próprio portador, indicando dessa forma, que poderia ter o controle da sua situação. As reações de seus familiares seriam então de rejeição e punição. Pesquisa apresentada por Corrigan (2004, p.618) demonstra alguns efeitos negativos do estigma familiar sob o aspecto da culpa.

Descobriu-se que 25% a 50% dos membros da família relataram tentar esconder seus parentes com doenças mentais, a fim de evitar trazer vergonha à família; 20% a 30% relataram que os relacionamentos tornaram-se tensos entre familiares de pacientes e amigos e 20% a 30% relataram baixa autoestima porque tinham um parente com uma doença mental.

Em algumas situações os membros da família aceitam e incorporam em sua vida, os atributos estigmatizantes que a sociedade formou para seu familiar, o que acaba por colaborar com o poder de exclusão social do estigma. Nessa situação pode-se considerar como sendo mais uma manifestação da internalização do estigma. Consequentemente esse processo produz impactos como os já vistos no autoestigma. Segundo Corrigan (2004, p.618, tradução do autor) “Pacientes psiquiátricos apresentaram maior disposição ao

tratamento se acreditassem que os membros da família não tivessem uma reação negativa a esses serviços”. O que transforma a família, que em geral é um suporte emocional para o portador de transtorno mental, em mais um veículo do estigma.

O estigma estrutural ou institucional é uma manifestação pouco investigada, mas produz grandes desvantagens para o portador de transtorno mental. Segundo Corrigan (2004) esse tipo de estigma inclui as políticas de instituições privadas e/ou governamentais que intencionalmente restringem as oportunidades de pessoas com transtorno mental. O estigma afetou a estrutura em torno da pessoa, levando-a ser exposta a uma série de circunstâncias adversas. Não é uma estigmatização tão evidente, mas provoca resultados que colocam a pessoa afetada em maior vulnerabilidade, pois passam a sofrer desigualdades de oportunidades de educação, emprego, atendimento médicos e justiça. Link; Phelan (2001, p. 372, tradução do autor) exemplificam como se forma e age o estigma estrutural.

Suponha que, como a doença mental é estigmatizada, menos financiamento é dedicado à pesquisa sobre ela do que para outras doenças e menos dinheiro é alocado para cuidados e gestão. Além disso, consideramos que, devido a influências do estigma, as instalações de tratamento tendem a ser isoladas e longe de outras pessoas ou confinadas a alguns dos mais desfavorecidos ambientes urbanos. Na medida em que o estigma criou tal situação, uma pessoa que desenvolve o transtorno mental será alvo de discriminação estrutural.

Percebe-se então que o estigma não está presente só a nível microsocial, mas também na esfera macrossocial, mostrando que as relações de poder e dominação, tão influentes nas instituições sociais, estão intrinsecamente associadas à produção e reprodução do estigma na sociedade, o que contribui diretamente para a perpetuação das desigualdades sociais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao descrever algumas peculiaridades dos estigmas, entende-se o porquê é uma situação tão persistente e difícil de erradicar, pois faz parte de um processo amplo de vários mecanismos que levam a um padrão geral de desvantagens. É de suma importância, para que o estigma não seja subestimado, compreender que os seus tipos não devam ser vistos de maneira isolada, mas sim o efeito global dos estigmas, pois esse sim influencia mais as oportunidades de vida, sejam as referentes à carreira profissional, ganhos financeiros, habitação, saúde e laços sociais.

As ponderações acerca das consequências do estigma para o portador de transtorno mental mostra que inúmeros acontecimentos negativos na vida desses indivíduos não estão associados exclusivamente com o seu diagnóstico, mas também com as atitudes estigmatizantes que a sociedade apresenta, muitas das vezes por meio de atos discriminatórios. O estigma então pode ser considerado uma iatrogenia do diagnóstico de transtorno mental.

O reconhecimento de que o estigma perpetua a discriminação, se faz importante para a construção de medidas que enfrentem as desvantagens sociais produzidas por esses processos sociais. A partir desse entendimento, o foco desse combate pode estar voltado para as atitudes, as emoções e ao comportamento do indivíduo e da coletividade, assim como transformar estruturas e processos estigmatizantes.

Considera-se então, que o cuidado a essa parcela da população acometida por esses transtornos não deve ser predominantemente uma assistência medicalizada, pois está não cobre o preço do estigma de manter essas pessoas a margem da sociedade. Para tanto, as políticas públicas de atenção a Saúde Mental devem propor atuações que enfrentem o estigma. E para atingir esse resultado, vários campos de atuação devem ser utilizados, como a escola, a mídia, a formação profissional, entre outros que devam usar como base para a mudança princípios antiestigmatizantes, que se estendem do âmbito da Saúde Mental até o terreno dos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

AHMEDANI, Brian K. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. **J Soc Work Values Ethics**, v. 2, n. 8, p.1-16, 2011.

ARBOLEDA-FLÓREZ, Júlio; SARTORIUS, Norman. **Understandin the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions**. New Jersey: Wiley, 2008.

ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio; STUART, Heather. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. **Revue Canadienne de Psychiatrie**, Canadá, v. 57, n. 8, p.457-463, 2012.

BATISTA, Luísa Teixeira Martins Barreira. **Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental**. 2013. 32 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2013.

BENTO, Mariana Figueiredo Silva. **O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social**. 2014. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Médica, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

CASHWELL, Craig S.; SMITH, Allison L.. Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. **Journal Of Humanistic Counseling, Education, And Development**, Si, n. 49, p.189-202, 2011.

COHEN, J.; STRUENING, E. L. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. **The Journal Of Abnormal And Social Psychology**, [s.i.], v. 64, n. 5, p.349-360, 1962.

COHEN, Patricia; COHEN, Jacob. The clinician's illusion. **Arch Gen Psychiatry**, Si, n. 41, p.1178-1182, 1984.

CORRIGAN, Patrick. How Stigma Interferes With Mental Health Care. **American Psychologist**, [s.i.], v. 59, n. 7, p.614-625, 2004. American Psychological Association



(APA).

GOFFMAN, Erving. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. Tradução: Mathias Lambert.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 46, p.51-58, 2012.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing Stigma. **Annu. Rev. Sociol.**, [s.i.], v. 27, n. 1, p.363-385, ago. 2001.

PEDRÃO, Luiz J. et al. ATITUDES FRENTE À DOENÇA MENTAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INGRESSANTES E FORMANDOS EM. **Revista Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [s.i.], v. 36, n. 1, p.37-44, 30 mar. 2003.

RANGEL, Mary. Conceitos Básicos de representação social. In: III Seminário Nacional de Educação e poder: Tensões de um país em mudança. 2003, Niterói. **Livro de Resumos**. Niterói: 2003.

SIQUEIRA, Ranyella de; CARDOSO, Hélio Rebello. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas**, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011.

World Health Organization (WHO). **Livro de Recursos da WHO sobre Saúde Mental, direitos humanos e legislação**. Genebra: Who, 2005.

World Health Organization (WHO). **Mental Health Atlas**. Genebra: Who, 2015.

# FRENTE ENTRE A DOR E O SOFRIMENTO: O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO EXISTENCIALISMO SARTREANO

## *Between the Pain and Suffering: The Healthcare Professional Work under the Perspective Sartrean Existentialism*

Fabiola Langaro<sup>1</sup>  
Sabrina Gauto Silveira Fagundes<sup>2</sup>  
Vanessa Cristine Borges Beck<sup>3</sup>

Recebido em: 03 fev. 2017  
Aceito em: 09 nov. 2017

**RESUMO:** O trabalho no cuidado à saúde implica estar frente a condições de dor e sofrimento que, aliados às diversas demandas decorrentes do encontro com pacientes, familiares e colegas de profissão, podem resultar em situações de estresse constante. Nestes casos, entende-se como fundamental a atenção a este cuidador visto que, ainda que tenha sido profissionalmente preparado para lidar com este contexto de trabalho, mantém sua dimensão humana frente ao outro em sofrimento. Nesta perspectiva, a pesquisa relatada teve como objetivo compreender a relação do profissional de saúde com o sofrimento e os possíveis impactos para sua subjetividade. Para tanto, foram entrevistados oito profissionais de um hospital geral, sendo sete mulheres e um homem, entre eles médicos, enfermeiras, técnicas em enfermagem, psicóloga e fisioterapeuta. As entrevistas foram analisadas em seu conteúdo, tendo sido criadas quatro categorias para discussão dos dados, sendo elas: a escolha profissional; experiências com a dor e o sofrimento; respostas físicas e emocionais ao contato com o sofrimento do outro e frustração. Para discussão teórica utilizaram-se bases filosóficas da teoria existencialista sartreana, bem como, literaturas referentes à Psicologia, em especial Psicologia da Saúde e Hospitalar, e das Ciências da Saúde. Os resultados apontam para um sentido amplo na realização da atividade laboral, tendo esta uma relação com o projeto de ser do sujeito, bem como impactos emocionais resultantes de uma intensa mobilização de sentimentos vivenciados em seu cotidiano. Os discursos apontam para uma necessidade de investimento na assistência ao cuidador, dessa forma a pesquisa propõe o estabelecimento de uma formação contínua que forneça subsídios para essa prática profissional.

**Palavras-chave:** Sofrimento. Psicologia. Hospital. Existencialismo Sartreano.

**ABSTRACT:** Starting from the approach of the researchers with the health sector, through internship experience in health psychology during the graduation period, it was realized the peculiarities of the relationship of the professionals with the pain of illness

---

<sup>1</sup> Possui Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (2008), Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011), Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar pelas Faculdades Pequeno Príncipe (2014), Título de Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia e Especialista em Psicologia Existencialista Sartreana pela Unisul (2016). Atualmente é Doutoranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina e docente dos cursos de Psicologia e Fisioterapia da Faculdade Guilherme Guimbala/Associação Catarinense de Ensino.

<sup>2</sup> Sabrina Gauto Silveira Fagundes. Psicóloga Residente no Programa de Residência Multidisciplinar HMSJ/UNIVILLE. [sabgauto@hotmail.com](mailto:sabgauto@hotmail.com).

<sup>3</sup> Vanessa Cristine Borges Beck. Psicóloga Residente no Programa de Residência Multidisciplinar HMSJ/UNIVILLE. [vanessa.cristine02@gmail.com](mailto:vanessa.cristine02@gmail.com).

in their daily lives, arousing thereby interest in the search for understanding, about the grief process and constitution of the subject inserted in this context. From this experience, it was established as objective of the research understand the health professional relationship with human suffering. To this end, we interviewed eight professionals from a general hospital, seven women and one man, including doctors, nurses, technical nursing, psychologist and physiotherapist. The interviews were analyzed for their content, have been created four categories for presentation and discussion of the data, as follows: a career choice; experiences with pain and suffering; physical and emotional responses to contact with another's suffering and frustration. For theoretical discussion we used philosophical foundations of Sartre's existentialist theory, as well as literature pertaining to psychology, especially Psychology of Health and Hospital, and Health Sciences. The results indicate a broad sense in carrying out the work activity, and this a relationship with the project to be the subject and emotional impacts of intense mobilization of feelings experienced in their daily lives. The speeches point to a need for investment in assisting the caregiver, thus the research proposes the practice of a training grant funding for this professional practice.

**Keywords:** Pain. Psychology. Hospital. Sartrean Existentialism.

## INTRODUÇÃO

O trabalho no cuidado à saúde implica estar frente a condições de dor, sofrimento e morte que, aliados às diversas demandas decorrentes do encontro com pacientes, familiares e colegas de profissão, podem resultar em situações de estresse constante (KOVÁCS, 2010). Nesses casos, entende-se como fundamental a atenção ao trabalhador em saúde visto que, ainda que tenha sido profissionalmente preparado para lidar com esse contexto, mantém sua dimensão humana frente ao outro em sofrimento.

Em um cenário de discussões sobre humanização em saúde, em que o compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si, surgem alertas sobre possíveis processos desumanizadores, em que os sujeitos, incluindo os profissionais, quando sem suporte, podem vivenciar experiências intensas e permeadas de sofrimento. A humanização como estratégia implica, portanto, que se conheça de perto a realidade vivida por estes profissionais, objetivando construir modos de intervenção que considere a particularidade e a especificidade destes e sua relação com o trabalho (BRASIL, 2004).

Pensar os sujeitos que trabalham no campo da saúde é pensar, destarte, os sujeitos em situação e em suas escolhas, nas relações que estabelecem enquanto agem entre outros sujeitos, no trabalho, mas também em relação a si mesmos e aos seus projetos de ser. Conforme descreve o existencialismo sartreano, os sujeitos constituem-se a partir de suas escolhas e ações que estão sempre relacionadas a um projeto, um desejo de ser. O projeto de ser pode ser definido como o desejo de fazer-se certo tipo de pessoa, com características e qualidades específicas, que estabelecem determinadas relações sociais, vislumbrando-se num campo de possibilidades de ser. Para Sartre (1987, p. 177), “o homem define-se pelo seu projeto. Este ser material supera perpetuamente a condição que lhe é dada; revela e determina sua situação, transcendendo-a”.

Nesse sentido, torna-se importante compreender de que forma o trabalho se relaciona ao projeto de ser de cada sujeito, visto que a elucidação objetiva do significado que o trabalho assume no conjunto de uma existência concreta somente é possível na medida em que for compreendido como a livre eleição que um homem faz de si mesmo dentro de condições sócio-históricas determinadas (SARTRE, 1987). Assim, é importante que os sujeitos percebam que sua atividade laboral pode ser mais do que somente um emprego e uma forma de obter retorno financeiro. Para além disso, o trabalho poderá ser compreendido enquanto ação do homem no mundo, que promove impactos na realidade objetiva de cada sujeito, bem como daqueles que o cercam.

A ação profissional, destarte, não é simplesmente uma resposta às demandas externas e aos recursos existentes no mercado de trabalho. Ela visa à produção de determinada realidade que o indivíduo busca instaurar no mundo objetivo. Como descreve Sartre, este projeto tem um sentido, não é a simples negatividade; por ele o homem visa à produção de si mesmo no mundo (SARTRE, 2002).

Porém, trabalhar no campo da saúde e estar em contato constante com a dor emocional e física do outro em que, por mais que se faça, muitas vezes o sofrimento do outro pode parecer insuportável para aqueles que o testemunham. Pode gerar a sensação da alienação, em que os sentidos escapam ao profissional, que pode não conseguir perceber a totalidade do que produz, em que suas ações se tornam fragmentadas frente a um sistema que por vezes opera por meio de uma lógica produtiva, tecnológica e cientificista. Ainda, trabalhar frente ao adoecimento é perceber o outro – e talvez a si mesmo – como falível, sensível e mortal.

Neste sentido, a pesquisa teve o intuito de compreender a relação do profissional de saúde com o sofrimento humano e, ao mesmo tempo, saber se há um espaço para cuidado desse sofrimento. Dessa forma, considerando a relação existente entre o sujeito e sua atividade de trabalho e o espaço que esse possa ocupar em sua vida, principalmente nos casos em que deve haver comprometimento com o cuidado do outro, compreende-se que a intensidade destes processos pode afetar diretamente a saúde física e psíquica do profissional.

Para isso, desenvolveu-se esta pesquisa visando compreender as relações vigentes nos processos de cuidado a dor, amparando-se na teoria existencialista sartreana, para o esclarecimento dos fenômenos psicológicos envolvidos.

## **CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E O CONTEXTO DE SAÚDE**

O existencialismo sartreano compreende o sujeito como uma unidade corpo/consciência, tendo uma dimensão “em-si”, ou seja, dotado de um corpo, definido por si mesmo, e de uma consciência, entendida como “para-si”, sendo pura “*relação a ...*”. Assim, esta teoria entende o sujeito como sendo um “ser-no-mundo”, que interage com a exterioridade, estabelecendo relações que caracterizam sua existência. A partir do

estabelecimento das relações com o outro, que irão mediar suas relações com as coisas, com o tempo e com seu próprio corpo, é que o sujeito terá possibilidades de construir sua personalidade (SARTRE, 1987).

Portanto, o homem primeiro surge no mundo, enquanto corpo e capacidade de se relacionar, e a posteriori se define, o que justifica a máxima existencialista “a existência precede a essência” (SARTRE, 1987, p.5). Neste sentido, “o homem nada mais é do que aquilo que ele faz de si mesmo” (SARTRE, 1987, p.6). Isso implica que a condição humana está caracterizada pela liberdade, que lança o sujeito frente à necessidade de agir no mundo a partir de suas escolhas, sendo responsável pela totalidade de seu ser. Porém, suas escolhas ocorrem sempre em uma dada realidade, ou seja, em situação, que indicam um campo de possibilidades composto por um conjunto de fatores que compreendem seu contexto social, cultural e psicológico (SCHNEIDER, 2008).

Esforçando-se para colocar “todo homem no domínio do que ele é e de lhe atribuir a total responsabilidade de sua existência” (SARTRE, 1987, p. 12), o existencialismo compreende que o indivíduo, ao ser lançado no mundo, é também livre para fazer escolhas, sendo responsável por toda a sua ação. Além disso, é através de suas ações que os indivíduos se essencializam, ou seja, constroem seu “eu”, conforme descreve Sartre (1987, p. 12) “o homem primeiramente existe, se descobre, surge no mundo; e só depois se define. (...) O homem não é mais do que o que ele faz”.

Ainda, para Sartre (1987), a ação humana está sempre direcionada ao futuro, para aquilo que o indivíduo ainda não é, pois “(...) o homem, antes de mais nada, é o que se lança para um futuro, e o que é consciente de se projetar no futuro. O homem é, antes de mais nada, um projeto que se vive subjetivamente (...)” (p. 12). Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza por essa busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro. Não existe indivíduo sem projeto, visto que não ter projeto é ainda ter um projeto, pois em cada posicionamento, em cada comportamento do sujeito existe uma significação que o transcende; cada escolha concreta e empírica designa uma escolha fundamental, ou seja, a realização do projeto de ser.

Neste projeto, está inserida a relação dos sujeitos com o trabalho, em que o sentido da atividade laboral, para cada sujeito, é dado a partir da apropriação global do conjunto de suas experiências, composta por elementos dinâmicos e variáveis. Mais do que a atividade em si, nesse conjunto, encontram-se as condições para sua realização, o espaço físico, o tempo anterior e posterior à sua execução, a imagem e o *status* objetivo do trabalho vividos de maneira singular por cada um (ROESLER, 2012).

Nestes moldes de construção é que o profissional de saúde se desenvolve a partir dos fins que persegue, transformando suas ações diárias dentro da instituição hospitalar na finalidade que busca alcançar como resultado de sua atuação no mundo. Quanto ao seu contexto de trabalho, o profissional de saúde depara-se com um espaço de vivências extremas, que se caracterizam por uma clínica de urgência. O hospital é o lugar onde a fragilidade do corpo, a dor, o sofrimento, as perdas e as tristezas são constantes. No entanto, a chance de poder superar o desamparo, a redução ao corpo e o vazio da palavra

podem proporcionar momentos significativos e gratificantes não apenas ao paciente como também àquele que cuida (BRUSCATO; RODRIGUES E LOPES, 2010).

Compreende-se que a sobrecarga de trabalho, aliada aos impactos causados pela proximidade com a dor, podem ativar posturas rígidas e mecanizar os atendimentos em saúde, desconsiderando a integralidade do ser humano. “Se a dificuldade de se perceber humano é cada vez mais notória e frequente, não há como exigir que o outro seja percebido como semelhante, como alguém verdadeiramente humano” (CAMON, 2012a, p. 11).

Portanto, pode-se perceber a ambivalência e a fragilidade que compõem o contexto de trabalho desses profissionais, que por vezes se encontram tão feridos quanto seus pacientes. Além disso, as situações de sofrimento podem gerar reflexões sobre os limites de suas possibilidades. “Não conseguir evitar a morte ou aliviar o sofrimento traz ao profissional a vivência de sua própria morte e finitude [...] Os profissionais de saúde vivem esta situação, de estarem feridos pela sua prática profissional” (KOVÁCS, 2010, p.424). Frente a esses impactos, a pesquisa aqui relatada, visou compreender a relação do profissional de saúde com o sofrimento humano e as implicações desse contato para sua subjetividade.

## **METODOLOGIA – SUJEITOS, ENTREVISTAS E MODO DE ANÁLISE**

A pesquisa caracterizou-se como qualitativa, visto que se preocupou com a compreensão do fenômeno estudado, considerando o significado que os outros dão às suas práticas e, ainda, requisitou envolvimento das pesquisadoras como parte integrante do processo do estudo (FERNANDES; GOMES, 2003). A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética sob parecer número 990.890.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (PÁDUA, 2005), utilizando-se de um roteiro composto por cinco perguntas abertas. Por meio dele, investigou-se sobre a percepção do profissional de saúde frente à dor do adoecimento humano, os sentimentos emergentes desta relação, seu entendimento acerca de seu cotidiano nesta prática, como costuma reagir frente ao sofrimento extremo e a exposição de uma experiência marcante em sua trajetória.

Os entrevistados integravam a equipe de uma mesma instituição hospitalar, sendo identificados a seguir pelo nome fictício, profissão e tempo de trabalho na área da saúde: Adilson, médico, 9 anos; Leila, médica, 14 anos; Neusa, enfermeira, 20 anos; Taís, enfermeira, 14 anos; Fatima, técnica em enfermagem, 10 anos; Cristiane, técnica em enfermagem, 6 anos; Maria, psicóloga, 4 anos e Lourdes, fisioterapeuta, 26 anos.

As entrevistas foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Todas elas ocorreram na instituição em que os profissionais trabalhavam, em horário definido por eles e em local que garantia sua privacidade.

O material coletado foi submetido a uma análise de conteúdo que, conforme Pádua (2005), envolve etapas de classificação e organização das informações e, posteriormente, o estabelecimento das relações existentes entre os dados, ou seja, seus pontos de divergência, pontos de convergência, tendências, regularidades, princípios de causalidade e possibilidades de generalização. Nesta etapa, foram construídas quatro categorias de análise, empregadas para estabelecer classificações, o que significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de conceitos capazes de abranger todos estes aspectos (PÁDUA, 2005). Os dados foram discutidos com base na teoria existencialista sartreana e em bibliografias da Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar e das Ciências da Saúde.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A partir da análise de conteúdo foram estabelecidas quatro categorias de análise, sendo elas: a escolha profissional; experiências com a dor e o sofrimento; respostas físicas e emocionais ao contato com o sofrimento do outro e frustração. O enfoque filosófico do existencialismo sartreano foi a vertente escolhida para direcionar as reflexões que emergiram das entrevistas realizadas para a concretização deste trabalho. As principais obras consultadas do filósofo francês Jean-Paul Sartre foram: O existencialismo é um humanismo (1987), Questão de método (1987), Esboço para uma teoria das emoções (2008) e o Ser e o Nada (2015).

A seguir são apresentados os resultados das entrevistas e realizadas as discussões acerca de seus conteúdos.

### **ESCOLHA PROFISSIONAL**

Com relação a esta categoria, destaca-se que o tema não foi abordado diretamente em nenhuma das questões previamente estabelecidas pelas pesquisadoras. No entanto, a maioria dos profissionais entrevistados referiu este aspecto, apontando provavelmente a importância deste assunto para sua prática. Com isto foi possível refletir sobre entrelaçamentos dos aspectos pessoais e profissionais destes sujeitos.

Desse modo, durante a entrevista, Adilson, conta sobre a morte de uma paciente no início de sua carreira profissional, uma adolescente de 14 anos, acometida por morte encefálica, após um quadro de meningite. O profissional conta que esse episódio o fez refletir acerca de sua escolha profissional e repensar sua trajetória até então. Comenta que *“Então, eu tive que parar pra ver se era realmente isso que eu queria continuar fazendo da minha vida ou não, e aí foi um divisor de águas, essa menina foi um divisor de águas na minha história”* (Adilson).

Orientados pelo pressuposto existencialista de que “o homem nada mais é do que seu projeto; só existe na medida em que se realiza; não é nada além do conjunto de seus atos, nada mais que sua vida” (SARTRE, 1987, p.13), entende-se que esse projeto é

compreendido pela busca do ser humano em encontrar um sentido para sua existência, é preciso preenchê-la de realizações. Portanto, é pela escolha, que implica em ação no mundo, que o sujeito se constrói. Sendo projeto, o sujeito trava lutas e buscas constantes para transcender o que é, superando o que está dando, indo em direção aquilo que ainda não é, mas também podendo negar o que já é (SARTRE, 1987).

Dessa maneira, esforços de significações são manifestados pelo profissional, demonstrando um movimento de totalizações que fazem questão frente ao seu projeto de ser. Os questionamentos que Adilson realiza sobre sua ação e suas escolhas demonstram que ele se dá conta que, ao escolher no campo profissional, escolhe para o seu ser, em sua totalidade. As experiências que vive no trabalho participam então da constituição de sua personalidade, visto que seu ser é a unificação de corpo/consciência em constante movimento em direção ao futuro e ao seu projeto, sendo o resultado das totalizações que o sujeito realiza a partir de suas relações, que são mediadas socialmente.

Ao buscar dar um sentido para sua ação, Adilson busca também um sentido para sua existência. Sua escolha é uma resposta a um apelo particular, que ele nomeia como medo da morte: *“Eu escolhi esse tipo de profissão porque eu tenho medo de morrer e a minha profissão é o reflexo desse meu medo”*. Ao dar-se conta de que é liberdade, mas liberdade situada, em contexto, o sujeito constrói sua potencialidade e constrói também a representação ou significado que isso terá em sua vida. Para que o sujeito se perceba como liberdade que é, precisará estabelecer suas relações a partir de uma consciência reflexiva crítica que lhe dará a totalidade de suas experiências a partir de um “poder ser”, que o levará a um projeto de ser guiado pela possibilidade do “vir a ser”. *“É através de transcendência que as realizações humanas ganham a dimensão capaz de transformar e até mesmo redimensioná-las”* (CAMON, 1993, p.27).

Desta forma, o homem “é presença em um mundo que exige sua posição ou atuação constante. Assim, ser é escolher-se e essa escolha se põe como ação no mundo” (SCHNEIDER, 2006, p. 296). As falas evidenciam que a escolha profissional não se encerra em uma atividade laboral remunerada, mas amplia sua compreensão e visão de mundo, numa constante luta por realizar seu projeto. Como sustenta Sartre (2015), este projeto tem um sentido, sendo que por ele o homem visa à produção de si mesmo no mundo.

A fala de Cristiane destaca esta dimensão do significado da escolha profissional:

Não é só um lugar que paga as minhas contas, é a realização profissional, tem tudo isso envolvido. Então foi uma escolha que eu fiz pra salvar vidas, mas no processo do trabalhar eu entendi que você tem que aprender a perder.

Esta fala aponta a escolha singular com uma resposta à sua subjetividade. Porém, suas palavras revelam que sua escolha foi baseada na crença de que alguém precisava de ajuda, logo elas responderam a uma necessidade. Assim como ela, outras entrevistadas destacam este mesmo aspecto de suas escolhas profissionais: *“A intenção era sempre ajudar, ofertar uma ajuda”* (Táís) e *“Eu acho que é onde mais se pode ajudar”* (Lourdes). Jean Paul Sartre (1987) explica que é na transcendência do que lhe é dado, em direção ao



possível, que o sujeito se objetiva e participa da construção histórica, ainda que este o ignore, influencia o curso dos acontecimentos, ao responsabilizar-se por uma escolha, comprometo-me comigo mesmo, e também com toda a humanidade. Assim, “cada um escolhe perante os outros e se escolhe perante os outros” (SARTRE, 1987, p.19).

Dessa forma, sendo o sujeito um vir-a-ser e estando seu projeto de ser em constante construção, o sujeito empreende sua profissão como uma ferramenta na busca do sentido para a sua existência. Com base em reflexões críticas o homem se descobre um ser sempre em construção, que pode seguir respondendo a seus próprios apelos ou aos apelos dos outros. Contudo, as consequências dessas implicações nem sempre são conhecidas *a priori* e podem levá-lo a contatos marcantes em sua existência, onde sua trajetória entrará em contato com a trajetória do outro, empreendendo assim a história coletiva (SARTRE, 1987).

Por fim, as escolhas cotidianas realizadas pelos sujeitos podem viabilizar, mas também inviabilizar seu projeto de ser. Neste sentido, é necessário lembrar que as escolhas são realizadas sempre em situação. A partir da compreensão de que a realidade é dialética, ou seja, de que os sujeitos fazem suas escolhas inseridos em um contexto de relações, incluindo a relação com o outro, com a sociedade, com a materialidade e com a temporalidade, tem-se que a inviabilização do projeto de ser pode ocorrer quando o sujeito não encontra condições objetivas e mediações que o confirmem em seu projeto e que podem, portanto, levá-lo a experimentar dificuldades em seu movimento no mundo.

## **DOR / EXPERIÊNCIA MARCANTE**

Durante as entrevistas foi requerido aos participantes que relatassem uma experiência marcante em sua trajetória profissional. Posteriormente foram agrupadas as falas representativas neste aspecto, justificando a criação desta categoria, visto que foram evidenciados pontos que referem a ligação do humano-profissional com o humano que sofre e a impossibilidade de negar esse contato.

Num movimento dialético entre aspectos individuais/coletivos, singulares/universais, o sujeito se constitui nas relações e nas mediações que estabelece com o mundo, situado no contexto histórico onde se encontra em meio a conflitos, contradições, negações, afirmações e superações, que são expressos nas suas ações cotidianas (MAHEIRIE; PRETTO, 2007). Compreendendo assim, que o sujeito estabelece a apreensão do mundo, conforme as possibilidades e as suas escolhas, a entrevistada Leila esboça um conceito singular sobre o seu entendimento relacionado à dor:

Penso na dor principalmente pela perda de controle sobre os fatos e rumos da vida, a necessidade de mudança de planos, perda de controle sobre próprio corpo, e sensação de incapacidade de dependência gerada pelo adoecimento.

Suas palavras evidenciam que a dor não representa impacto apenas no biológico, mas sim, em toda a coloração particular, (ou seja, sua subjetividade). Dessa forma

apresentam um sentido ampliado, onde o sujeito estende o seu ser para suas ações, para os rumos que decidiu outrora seguir na vida e que em determinado momento, de forma abrupta, o adoecimento devasta seu projeto. Este entrelaçamento da ação do homem e seu projeto no mundo o defronta com dificuldades que poderão inviabilizá-lo neste projeto.

O fracasso experimentado pelo sujeito afeta, então, sua escolha primária, bem como a possibilidade futura desejada, caracterizando uma ruptura do seu projeto de ser, afetando a totalidade histórica do sujeito e não apenas a sua relação com o trabalho (CASTRO, 2012). Em determinados momentos o homem se depara com incertezas, onde diante de exigências constantes, fica complicado decidir, são misturas de sentimentos, de fatos que exigem não apenas medidas particulares, mas também de uma sociedade, de uma cultura. Deste modo, “o possível mais individual, não é senão a interiorização e o enriquecimento de um possível social” (SARTRE, 1987, p.153). Este aspecto se confirma na fala de Taís, em relação a um paciente recém-nascido:

Ele (o bebê) tava quase parando, mas ao mesmo tempo tu não aceitava muito o fato de tu ter que deixar a criança parar [...] e saber que o reanimar vai prolongar um sofrimento, tem o sofrimento da família que é gigantesco junto [...]. Tem que pensar racional e ao mesmo tempo, tu fica pensando na família, tem que dar suporte emocional, isso eu acho que é o mais difícil.

Para Simonetti (2011), o trabalho dentro de uma instituição hospitalar é um deparar-se cotidianamente com a condição de desamparo existencial, constituinte da condição humana, em que é difícil passar por esta experiência sem colocar seu ser em questão. Maria narra uma das experiências que marcou sua vida, *“foi quando eu tive que preparar os filhos de uma paciente pra se despedirem dela, uma paciente com câncer e mexeu muito comigo assim a história por que eram crianças bem pequenas”*.

Os relatos revelam que cada sujeito conceitua a dor a partir das vivências e que esta é essencialmente a perda do controle de suas próprias vidas. Há ainda uma mistura de sentimentos compartilhados entre paciente e profissional, acarretando impactos existenciais ao sujeito que proporciona o cuidado. A experiência vivenciada a partir do contato com a morte produz no profissional uma reflexão acerca de sua própria terminalidade. “Assim, não apenas o sofrimento de dor dos pacientes torna-se dilacerante, mas também a reflexão sobre a nossa própria finitude e sobre a questão da morte na condição humana” (CAMON, 2012b, p.47).

## **RESPOSTAS FRENTE AO SOFRIMENTO DO OUTRO**

A experiência profissional anuncia determinadas implicações e no que tange ao trabalhador da saúde, o contato com a dor e o desespero humano são inevitáveis. Isso conduz a um encontro profundo do ser humano com a sua realidade, possibilitando uma postura abalizada frente a suas decisões. É como se o sofrimento deixasse uma marca que não pudesse ser ignorada. “Tal qual lidar com o desespero humano e querer sair imune, sem uma mudança radical em seus valores e preceitos” (CAMON, 2012a). A fala da

entrevistada Cristiane exemplifica esta dinâmica: *“só que trabalhar na enfermagem e ver a morte todos os dias, ela me fez mostrar [...] que preciso viver minha família e minha vida, para depois eu cuidar dos outros, a morte me ensinou isso”*.

Ressalta-se que a conduta conhecida culturalmente como adequada, onde o profissional de saúde não deve se envolver com a dor e o sofrimento do paciente e/ou cuidador familiar, pois precisa ter uma atuação profissional, desvinculada de outros aspectos emocionais, são contrapostos no relato que segue:

No início da profissão, eu não era uma pessoa tão afetiva, eu era totalmente racional, a minha postura era, eu não tinha postura de vínculo com o paciente. [...] depois eu fui percebendo que eu realmente, poderia sim, me envolver e teria que chorar para expor um pouco essa coisa (Cristiane).

Segundo Camon (2012a), por consequência de uma postura técnica que torna o profissional inumano, trabalha-se com indiferença em qualquer que seja a ação. Toca-se o paciente, sem tocar a sua dor, relaciona-se com sua pessoa, com angústias e medos sem, porém, deixar-se tocar. É a impossibilidade do afeto, no sentido mesmo do afetar-se, do comprometer-se – não se pode comprometer o seu ser com o ser do outro. *“A lágrima de dor só é permitida ao paciente, jamais ao profissional da saúde”* (CAMON, 2012a, p. 37).

Nas questões que se referem à emoção, alguns entrevistados apontam uma difícil relação de entendimento do grau do impacto sentido no contato com a dor do outro. O sujeito deveria, então, deparar-se com determinados obstáculos para encontrar essa medida, estando frente à necessidade, porém, de refletir sobre a cultura predominante de que um bom profissional deve manter-se distante emocionalmente do sofrimento.

Este requisito à realização do trabalho parece ameaçar também o ser. Encontrar a medida do afeto é não somente fazer predominar a técnica, mas frente à dificuldade de articular as emoções aos aspectos tecnológicos do trabalho, aparece a ameaça do adoecimento do ser do sujeito trabalhador. Assim, Fátima diz: *“[...] por que já aconteceu de eu ir lá dar o conforto e abraçar e parece que toda carga negativa passou pra mim e aí foi muito mal [...]”*. E refere Leila que: *“tento acolher e fazer minha parte da melhor maneira possível sempre me mantendo ‘sóbria’ diante do sofrimento”*. Portanto, *“a questão é saber quais são nossos limites, como também quais barreiras se mostram intransponíveis e quais terão condição de superação”* (CAMON, 2012b, p. 48).

Alguns dos profissionais apontam algumas estratégias utilizadas para amenizar o impacto das emoções que no contato com a vulnerabilidade humana são despertadas. Conforme Adilson *“preciso fazer alguma atividade física pra extravasar essa energia, preciso fazer alguma coisa pra me desligar do que está acontecendo na vida profissional”*. Já para a entrevistada Taís *“eu acho que Deus, oração, conversa em casa, um diálogo, mas não tenho assim muito recurso”*. Andreis, Chitero e Silva (2008) indicam que algumas organizações oferecem iniciativas de gerenciamento de estresse, que proporcionam alívio da tensão, porém destacam que estas incidem em um resultado pontual, sem continuidade em termos de promoção e prevenção em saúde.

Neste cenário, os entrevistados indicam que sentem falta de suporte para o enfrentamento das situações psicologicamente difíceis, vivenciadas nas relações cotidianas, como perdas e sofrimento extremo. Os reflexos desta ausência de cuidado a quem cuida se estendem também fisicamente, manifestando-se conforme Adilson em “[...] *embrulho no estômago, às vezes mal-estar, tontura e quando o caso é muito pesado dor de cabeça e cansaço extremo [...]*”.

Os relatos dos entrevistados apontam que o contato do profissional de saúde com situações críticas exige um esforço de significação da dor do outro e neste contexto pode encontrar-se com a imprevisibilidade, que consiste em uma situação em que, por mais que o sujeito se prepare para enfrentá-la, sua reação diante do acontecimento parece ser sempre desconhecida. A imprevisibilidade revela a possível desorganização emocional frente a situações difíceis em que o sujeito reage de modo diferente do que esperava (CAMON, 2012a).

## FRUSTRAÇÃO

Os entrevistados definem a frustração com significativa força. Suas falas se apresentam imbuídas de emoções e sentimentos que denotam momentos enfrentados com aflição. Neste sentido, Sartre (1987, p. 7) declara que:

Frequentemente que o homem é angústia. Tal afirmação significa o seguinte: o homem que se engaja e que se dá conta de que ele não é apenas aquele que escolheu ser, mas também um legislador que escolhe simultaneamente a si mesmo e a humanidade inteira, não consegue escapar ao sentimento de sua total e profunda responsabilidade.

A pesquisa, no dizer dos entrevistados, proporcionou um espaço para a reflexão, possibilitando a construção de uma visão crítica e responsável diante de suas escolhas e seu projeto. A partir desta análise os participantes puderam expor seus questionamentos relacionados à sua forma de atuação. Este aspecto se confirma na fala da entrevistada Neusa: *“mas muitas vezes me sinto impotente, porque a gente tem seus limites, eu me vejo dessa forma assim, mas nunca tinha pensado realmente, né, que a gente pensa muito no outro em tratar e cuidar e esquece que a gente também acaba absorvendo”*.

A frustração pode advir, assim, do estar frente à impossibilidade de impedir o outro de sofrer. Em certos momentos, a frustração pode ser tão intensa que não pensar sobre ela parece ser uma estratégia para dar conta da complexidade deste encontro entre o sujeito que sofre e aquele a quem espera-se que possa amenizar o sofrimento. Alguns entrevistados destacam aspectos que permitem problematizar uma possível idealização do trabalhador da saúde, pensado enquanto aquele que poderia fazer para além das possibilidades humanas, ignorando a realidade de que a dor do outro será sempre dele e esta é mais ampla do que se anuncia fisicamente. Adilson expressa essa perspectiva em sua fala:

Me sinto impotente e incapaz né, como ser humano, me sinto um nada perto do que a outra pessoa tá sentindo ou me sinto com as mãos amarradas [...] a gente não vai resolver

a dor dela... a dor física até a gente resolve algumas vezes, mas a dor total a gente não vai resolver, isso é frustrante, eu me sinto frustrado. Bem frustrado.

Durante a aplicação da entrevista Taís foi inquerida sobre os sentimentos emergentes em sua prática nos momentos críticos: *“Eu não sei se fraqueza definiria, acho que não, mas... ser incapaz [...]. Não tem como ajudar mais, tu pode oferecer só um suporte emocional, um apoio, mas diretamente tu não ajuda mais do que isso, né! Eu acho que é meio limitado essa ajuda”*. Essa fala destaca o quanto o profissional, quando focado num grande feito, desconsidera ações simples, avaliando sua atuação como ineficaz, tornando-se impossibilitado de reconhecer seus próprios esforços e ações que efetivamente produz.

O profissional está constantemente diante das expectativas dos pacientes, familiares, de sua própria equipe, o que o conduz ao contato direto e contínuo com o adoecimento, sofrimento e morte, colocando-o frente a sua própria vida, saúde ou doença, conflitos e frustrações (AMORIM; LOPES; BRUSCATO, 2010). Além disso, a definição de projeto de ser, conforme destaca Sartre (1987), permite esclarecer que a motivação para a ação e para o trabalho humano se dá em função da realização de um futuro e, quando esse futuro não se viabiliza, não se concretiza, pode haver experiência de sofrimento.

A entrevistada Cristiane conta-nos sobre a reflexão construída no decorrer do seu exercício profissional:

[...] tô no meu limite como profissional, porque eu já não consigo ver as perdas, que as perdas não me fazem mais bem e automaticamente eu acabo transferindo isso pra outros pacientes, acabo não dando a qualidade que eu gostaria de dar... ...então eu acho que se eu não tiver bem eu não vou tá bem pra cuidar do meu paciente, desisti realmente da enfermagem devido a isso, pra mim é doloroso reconhecer, porque é algo que você ama. Me desanimei eu confesso pra você assim que me sinto triste por mim mesma, por ter desanimado da minha profissão.

Nessa situação a entrevistada aponta para a importância que sua profissão ainda exerce sobre si, apesar de mobilizar sentimentos ambivalentes. Camon (2012b, p. 47) considera que “o cuidador ferido é a metáfora mais adequada para definir as situações daquele profissional que, embora tecnicamente preparado para atuar diante desses casos, se vê totalmente combatido e, muitas vezes, com níveis de sofrimento insuportáveis”.

Por meios dos relatos foi possível perceber o sofrimento dos profissionais entrevistados, decorrente de exigências e também da dificuldade em encontrar uma medida entre a dor e o sofrimento do paciente para o estabelecimento de suas práticas. “A compreensão dialética infere que o conhecimento provém da experiência concreta dos homens na cotidianidade como fruto das relações dos sujeitos com as coisas, com a cultura, com outros sujeitos e com o tempo (passado, presente e futuro pretendido)” (MAHEIRIE; PRETTO, 2007, p.456). Considerando assim, o homem em sua totalidade, pode-se refletir na direção de uma assistência integral aos sujeitos envolvidos nos processos de cuidado. Desdobrando assim os conceitos de humanização às esferas do profissional de saúde, refletindo na criação de sujeitos singulares e sociedades diversificadas que constroem a história humana (MAHEIRIE; PRETTO, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O existencialismo sartreano compreende o sujeito como constituído pelo/no conjunto de suas vivências, seu contexto social, cultural e psicológico, projetando-se sempre para um futuro. Neste sentido, a prática profissional é um importante aspecto na construção da personalidade do sujeito, fazendo parte das relações que constituem a totalização em curso que é o homem.

Os dados analisados nesta pesquisa indicam que o exercício da prática profissional em um contexto de saúde vai para além de uma atividade laboral pautada em normas, técnicas e tecnologias, uma vez que atinge uma diversidade de experiências emocionais e uma intensa mobilização de sentimentos, colocando o sujeito frente à sua condição humana. Os relatos dos entrevistados destacam o impacto emocional e as implicações em suas vidas de estar frente ao sofrimento do outro, à proximidade com a morte e à dor, sendo estas vivências parte do material que compõem a construção de seus projetos de ser. O cotidiano é apontado como principal fonte de reflexão onde os participantes são conduzidos a repensar sua vida a cada encontro profissional/paciente.

Outro aspecto observado foi a dificuldade que os profissionais encontram em saber e organizar a medida do contato emocional entre o que cuida e o que é cuidado, ou seja, em que medida estes afetos são viabilizadores ou não de seus projetos. Ainda que o contato físico seja inevitável à realização da prática, o profissional se vê desamparado frente à dúvida de quanto ele pode tocar o sofrimento do outro e o quanto esse sentimento pode atingi-lo. Destaca-se que neste processo o profissional sofre também por sua exigência em ter uma atuação capaz de ultrapassar os limites das possibilidades humanas, ou seja, seu olhar está voltado para a busca incessante da cura, para um alívio na dor total do paciente, sendo essas condutas, por vezes, dilacerantes.

Esse processo aparece na fala dos entrevistados como uma carga emocional pesada demais para ser administrada, suscitando, deste modo, o acionamento de ferramentas que atuem neste enfrentamento, como por exemplo, o desenvolvimento da espiritualidade (enquanto sentido da vida), a busca por psicoterapia e ainda a realização de exercícios físicos. Essas estratégias são elencadas sem um critério específico e de modo geral seguem ao encontro de aliviar momentaneamente certa desorganização emocional sem, contudo, estabelecer uma reflexão crítica a seu respeito. No dizer dos entrevistados não há um planejamento ou uma forma direcionada de auxílio, existe apenas uma tentativa de aplacar o desespero.

Dessa forma, a pesquisa aponta para a possibilidade de um acompanhamento psicológico ao profissional, sendo este contínuo, focal e profilático, que considere as peculiaridades do trabalho em saúde. Contínuo, pelo fato de que cada atendimento no hospital gera um número significativo de emoções diferentes, únicas e intransferíveis, que pedem um monitoramento continuado. Uma proposta de amparo focal que comporte trabalhar a realidade do sujeito no momento em que ocorre e profilático no sentido de aplicação e gerenciamento de medidas preventivas que visem uma melhor condição de

saúde para o trabalhador.

Amparados pela perspectiva da Política Nacional de Humanização, o estudo destaca que deve existir um olhar de cuidado e atenção ao profissional que mobiliza a humanização no ambiente hospitalar, entendendo que se este não estiver bem amparado, não haverá como prestar um atendimento integral. Essa reflexão pode se estender às muitas disciplinas envolvidas neste processo, por possibilitar práticas inovadoras, tendo como reflexo a promoção geral das ações de humanização.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Sandra Fernandes de; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida; BRUSCATO, Wilze Laura. Intervenção psicológica na equipe de saúde. In: BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmem; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: Novas páginas de uma antiga história. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010. P. 195-201. Cap. 17.

ANDREIS, Monica; CHITERO, Elisangela Forti; SILVA, Simone Cristina Azevedo. Situações psicologicamente difíceis: Preparo das Equipes. In: ANDREOLI, P.A; ERLICHMAN, M.R. **Psicologia e Humanização**: Assistência aos pacientes graves. São Paulo. Atheneu, 2008.P.311-323.Cap.27.

BRASIL. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, janeiro 2004.

BRUSCATO, Wilze Laura; AMORIM, Sandra Fernandes de; HABERKORN, Adrians; SANTOS Daniela Achette dos Santos. O cotidiano do psicólogo no hospital geral. In: BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmem; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. **A prática da psicologia hospitalar na santa casa de São Paulo**: Novas páginas de uma antiga história. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010. P. 43-51. Cap. 3.

\_\_\_\_\_. Wilze Laura; RODRIGUES, Rosana Trindade Santos; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. A formação do psicólogo hospitalar. In: BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmem; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. **A prática da psicologia hospitalar na santa casa de São Paulo**: Novas páginas de uma antiga história. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010. P. 205-212. Cap. 18.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Psicoterapia Existencial**. 2ª edição. São Paulo. Pioneira. 1993.

\_\_\_\_\_. Breve reflexão sobre a postura do profissional da Saúde diante da doença e do doente. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Psicologia e suas interfaces**. O processo silencioso do adoecimento. São Paulo: Cengage Learning, 2012 a. P. 22-23. Cap.1.

\_\_\_\_\_. Sobre a dor. In: CAMON, Augusto Angerami (organizador). **Psicossomática e a psicologia da Dor**. 2ª edição. São Paulo. Pioneira Thomsom Learning. 2012b Cap. 1. P. 1-59

CASTRO, Fernando Gastal de. **Fracasso do projeto de ser: burnout, existência e paradoxos do trabalho.** Rio de Janeiro. Garamond, 2012.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. **Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação.** Contexto Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Contabilidade, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p.71-92, jan. 2003.

KOVÁCS, Maria Julia. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional.** O mundo da saúde. São Paulo. 2010. Disponível em: < [http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)>. Acesso em: 14 de jan. 15

MAHEIRIE, Kátia; PRETTO, Zuleica. **O movimento progressivo-regressivo na dialética universal e singular.** Rev. Dep. Psicol.,UFF, Niterói , v. 19, n. 2, p. 455-462, Dec. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-80232007000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000200014>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. Petrópolis. Vozes, 1994.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia de Pesquisa: abordagem teórico-prática.** 10a ed. Revisada e atual. Campinas-SP: Papyrus, 2005.

ROESLER, V. R. **Posso me aposentar “de verdade”. E agora?** Contradições e ambivalências vividas no processo de aposentadoria de bancários. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2012.

SARTRE, Jean Paul. **O existencialismo é um humanismo; A imaginação; Questão de método/Jean Paul Sartre; seleção de textos de Jose Américo Motta Pessanha, traduções de Rita Correia Guedes, Luiz Roberto Salinas Forte, Bento Prato Junior. – 3. ed. – São Paulo: Nova Cultural, 1987.**

\_\_\_\_\_. **O Ser e o nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica; Tradução de Paulo Perdigão.** 24.ED. Petrópolis. Vozes. 2015.

\_\_\_\_\_. **Crítica da Razão Dialética.** Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Rio de Janeiro RJ. Editora DP&A editora. 2002.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Liberdade e dinâmica psicológica em Sartre.** Nat. hum., São Paulo , v. 8, n. 2, dez. 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302006000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302006000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **O método biográfico em Sartre: contribuições do existencialismo para a Psicologia.** Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812008000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Sartre e a Psicologia Clínica.** Florianópolis: UFSC, 2011.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: Mapa da Doença.** 6ª edição. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.



# VIGOTSKI E A CLÍNICA PSICOLÓGICA: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE SEUS ESCRITOS

## *Vygotsky and the Psychological Clinic: Considerations From Your Writings*

Orlando Afonso Camutue Gunlanda<sup>1</sup>  
Allan Henrique Gomes<sup>2</sup>  
Joel Haroldo Baade<sup>3</sup>

Recebido em: 15 set. 2017  
Aceito em: 11 dez. 2017

**RESUMO:** O presente texto apresenta os resultados de um projeto de pesquisa desenvolvido como requisito necessário para a conclusão do curso de Psicologia da Faculdade Guilherme Guimbala. O objetivo geral da pesquisa foi conhecer os modos de trabalho de Vigotski e suas relações com a clínica psicológica. Para tal, recortaram-se as intervenções realizadas com crianças com deficiências e problemas de aprendizagem, a fim de conhecer o conjunto de práticas desenvolvidas por Vigotski durante seu percurso profissional. Assim, a partir da revisão bibliográfica integrativa em diálogo com a perspectiva do paradigma indiciário foram investigadas as obras de Vigotski produzidas entre os anos de 1924 a 1934, especificamente as que estão reunidas no 5º volume das Obras Escogidas. Como resultado da revisão, foram desenvolvidas quatro categorias de análise e discussão, as quais são: (1) clínica: investigação e intervenção; (2) para além do diagnóstico: a compreensão da personalidade; (3) um processo de avaliação complexa; (4) o modo interdisciplinar de trabalho: por uma pedagogia terapêutica. O processo de pesquisa possibilitou a consideração de que a prática clínica em Vigotski é caracterizada pela relação com processos de pesquisa, trabalho interdisciplinar e estava vinculada a instituições públicas do contexto socialista russo.

**Palavras-chave:** Vigotski. Práticas clínicas. Pesquisa. Deficiência. Pedagogia terapêutica.

**ABSTRACT:** This text presents the results of a research project developed as a necessary requirement to the conclusion of the Course of Psychology in Guilherme Guimbala Faculty. The general aim of the research was to know Vygotsky ways of working and his relationship with the psychological clinic. For this, interventions with children with disabilities and learning difficulties were separate, to know the set of procedures developed by Vygotsky during his professional career. Therefore, since the integrative bibliographic review into dialogue with the indiciary paradigm perspective, the works of Vygotsky produced between the years of 1924 and 1934 were investigate, specifically those grouped together in the fifth volume of the Obras Escogidas. As a review result, were developed four analyzed and discussion categories, which are: (1) clinic: investigation and intervention; (2) additionally to the diagnosis: the comprehension of the personality; (3) a complex evaluation process; (4)

<sup>1</sup> Acadêmico do 5º ano do curso de Psicologia da Faculdade Guilherme Guimbala.

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor dos cursos de Psicologia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e Faculdade Guilherme Guimbala (FGG).

<sup>3</sup> Doutor. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade e Educação da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. Líder do grupo de pesquisa em Ética, Cidadania e Sustentabilidade, que conta com apoio financeiro da Fundação de Ampara à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina – FAPESC.

the interdisciplinary way of work: for a therapeutic pedagogy. The research process allowed the consideration that we characterized the clinic practice in Vygotsky by the relationship with research processes, interdisciplinary work and linked to public institutions in Russia post-revolution socialist context.

**Keywords:** Vygotsky. Clinical practices. Researches. Disabilities. therapeutic pedagogy.

## INTRODUÇÃO

Lev Semionovitch Vigotski<sup>4</sup> é um dos mais notáveis pensadores da psicologia russa localizados no período pós-revolução de 1917. Sua produção teve significativas contribuições nas discussões sobre os principais temas da Psicologia na Rússia, principalmente a partir do ano de 1924, considerado por alguns estudiosos de sua obra como sendo o ano em que o autor se consolidou no cenário científico russo.<sup>5</sup>

Seu percurso profissional e suas produções científicas sinalizam um engajamento nas discussões por uma Psicologia comprometida com a superação das dicotomias teóricas existentes em sua época; forte participação no projeto político russo para a construção de um novo homem e uma nova sociedade; intensas pesquisas relacionadas ao desenvolvimento psicológico humano e, uma série de práticas desenvolvidas enquanto professor, gestor, clínico e cientista. Tal percurso fez de Vigotski um autor pertinente para a Psicologia em seus variados temas.

Desde sua descoberta no Brasil, nos anos 1970, seus pressupostos teóricos têm servido de mediação na elaboração de práticas didáticas, políticas educacionais, compreensão do psiquismo humano e aspectos teórico-práticos na Psicologia. No entanto, Mainardes e Pino (2000) verificaram que no Brasil a maior parte das discussões feitas sobre o pensamento de Vigotski até 1999 estavam vinculadas ao campo da educação. Embora ele tenha sido psicólogo, poucas discussões relacionadas à clínica psicológica foram feitas a partir de seu pensamento.

É bom lembrar que as práticas clínicas ocuparam, no primeiro momento do surgimento da ciência psicológica, lugar de destaque. Os processos diagnósticos, as práticas terapêuticas e o estabelecimento de prognósticos passaram a fazer parte dos saberes e práticas que configuraram a clínica psicológica do século XIX e XX no contexto

---

<sup>4</sup> Por se tratar de um autor russo, seu nome recebeu diferentes formas nas traduções de língua inglesa, espanhola e portuguesa para que pudesse ser adaptada ao nosso alfabeto: Vigotsky, Vigotskii, Vygotsky, Vigotski. Qualquer uma das formas é aceitável nas traduções em português (SANTOS, 2015). Optaremos pela última tradução por ser a mais utilizada pelos autores que compõem o conjunto de referências da presente pesquisa.

<sup>5</sup> Porém, alguns teóricos e comentadores de Vigotski, como o caso de T.M. Lifanova, consideram que o aparecimento de Vigotski em Janeiro de 1924 no II Congresso de Psiconeurologia em Petrogrado, não pode ser compreendido como o início de sua carreira científica, pois antes disso, Vigostki trabalhou nas escolas e em cursos de formação de professores na cidade de Gomel a convite de seus colegas Luria e Kornilov (PRESTES, 2010).

europeu, inclusive no período da atividade científica de Vigotski.

Sabe-se que o termo clínica vem do grego *Klíne*, o qual significa cama ou leito e refere-se às microações. É a arte de olhar, observar e tratar o paciente que está na cama. “Por extensão, seria possível entender que “clínica” designa a prática da medicina à beira do leito” (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011, p. 610). Segundo Foucault (1998), a clínica médica tradicional baseava-se na observação dos fatos e na descrição da doença do corpo, resultando na forte ênfase dos processos classificatórios.

O termo Psicologia Clínica<sup>6</sup> foi cunhado pelo psicólogo americano Lightner Witmer, o qual, após trabalhar com Cattell e Wundt e receber seu título de doutor na Alemanha, em 1892, regressou para a Universidade da Pensilvânia, onde passou a trabalhar com Psicologia Experimental. Seu interesse esteve voltado para a aplicação prática de achados de experimentos realizados nos laboratórios. Witmer estabeleceu a primeira Clínica de Psicologia, marcando o nascimento desta, na Pensilvânia, em 1896 (BORSA; NUNES, 2008).

Nesse mesmo ano, Witmer utilizou, pela primeira vez, o termo Psicologia Clínica e ministrou o primeiro curso de Psicologia Clínica. Na prática clínica, foi possível, ao mesmo tempo, atender ao público e formar estudantes para a prática clínica. Witmer defendia a Psicologia Clínica como um campo de estudo e de intervenção cujo objetivo seria o de examinar as aptidões dos sujeitos e suas deficiências com vistas à generalização destes achados (BORSA; NUNES, 2008).

Também fundou a revista *The Psychological Clinic*, em 1907. Nessa publicação, havia uma descrição sobre a prática da Psicologia Clínica como sendo o exame e o tratamento de características individuais – não necessariamente anormais, associadas ao fenômeno do desenvolvimento (BORSA; NUNES, 2008). Nasce, assim, o primeiro conceito de Psicologia Clínica.

Portanto, as principais práticas da Psicologia no início do século XX diziam respeito à clínica, majoritariamente individual. Pelos encontros com a clínica médica, a clínica psicológica passou a ser orientada também ao tratamento da doença psíquica. A busca pelos serviços da clínica psicológica, por exemplo, passou a existir na medida em que se tinha uma experiência de adoecimento ou situações de sofrimentos psíquicos.

Desta forma, questiona-se se Vigotski, enquanto psicólogo localizado nesse cenário histórico, realizava atividades vinculadas à clínica. Caso tenha realizado, como ela se configurava, quais eram suas diretrizes, onde ela acontecia? Essas perguntas nortearam a presente pesquisa e constituíram o interesse geral da investigação.

Na tentativa de responder a questão posta acima, faz-se necessário conhecer/investigar as práticas de Vigotski durante seu percurso profissional, tentando localizar a partir do seu trabalho realizado em instituições de ensino e atenção a crianças

---

<sup>6</sup> Psicologia Clínica e Clínica Psicológica assumem o mesmo significado. Durante o trabalho será utilizada a expressão clínica psicológica tendo o mesmo sentido que psicologia clínica.

com deficiências e problemas de aprendizagem o modo como realizava suas intervenções. Assim, o objetivo geral da pesquisa foi verificar nas obras de Vigotski indícios de um conjunto de práticas relacionadas à atividade clínica de acordo a definição clássica de clínica psicológica. Em outras palavras, diríamos que a pesquisa pretendeu conhecer como Vigotski trabalhava durante suas intervenções com crianças com deficiências e problemas de aprendizagem e se é possível afirmar que ele desenvolvia uma clínica psicológica.

## PERCURSO METODOLÓGICO

O objetivo geral da pesquisa foi conhecer os modos de trabalho de Vigotski, visando identificar indícios de atividades clínicas nas suas práticas e intervenções, especialmente, aquelas realizadas no âmbito das instituições de ensino e atenção às crianças com deficiências e problemas de aprendizagem. Para tal, a pesquisa desenhou-se como um estudo teórico de caráter bibliográfico,<sup>7</sup> utilizando o percurso da Revisão Bibliográfica Integrativa. Esse tipo de revisão tem como proposta combinar dados da literatura teórica e empírica, “além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular” (SOUZA, et al, 2010, p. 102-103). É uma metodologia que possibilita identificar lacunas de conhecimento, levantar o conhecimento já produzido e indicar prioridades para futuros estudos.

Dentre os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase experimental, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (MENDES, et al, 2008, p. 759).

Para identificar e coletar os dados de interesse da pesquisa, foram selecionados alguns textos de Vigotski reunidos na versão espanhola *Obras Escogidas*<sup>8</sup>. Essa coleção tem seis volumes cujos escritos são datados entre os anos de 1924 a 1934. O critério principal de inclusão foi o caráter metodológico do texto; foram selecionados textos que apresentam os princípios/métodos orientadores das formas de trabalho de Vigotski.

Deste modo, foi selecionado o quinto volume das *Obras Escogidas* de Vigotski intitulado *Fundamentos de defectologia*<sup>9</sup> como objeto desta revisão, pois fazem parte deste

---

<sup>7</sup> A pesquisa bibliográfica é aquela realizada a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses, etc. Utiliza-se de dados ou categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados (SEVERINO, 2007, p. 122). A revisão bibliográfica divide-se em dois tipos: a revisão bibliográfica sistemática e a revisão bibliográfica integrativa.

<sup>8</sup> Foi selecionada a versão espanhola, pelo fato de existirem apenas duas versões das obras reunidas de Vigotski, a tradução inglesa (*The Collected Works*, 6 vol., de Robert W. Rieber e Aaron S. Carton, finais de 1980) e a tradução espanhola (*Obras Escogidas*, 6 vol. do Ministério da Educação de Espanha, 1997). Devido à proximidade linguística, optou-se por ler a tradução espanhola.

<sup>9</sup> Este volume está dividido em três partes: (i) *problemas generales de la defectologia*; (ii) *cuestiones especiales de la defectologia*; (iii) *problemas colaterales de la defectologia*; e no final um conjunto de textos

volume textos em que Vigotski apresenta considerações sobre o trabalho com crianças com deficiências.

A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão. A omissão do procedimento de amostragem pode ser a maior ameaça na validade da revisão. O ideal seria a inclusão de todos os artigos encontrados, ou até mesmo a aplicação de uma seleção aleatória (MENDES, et al, 2008, p. 760)

Assim, no quinto volume foram selecionados os seguintes textos para a revisão: *Los problemas fundamentales de la defectología contemporánea* (1929); *El defecto y la compensación* (1924/1927); *El desarrollo del niño difícil y su estudio* (1928); *Fundamentos del trabajo con crianças mentalmente retrasados y fisicamente deficientes* (sem datação); *Tesis fundamentales del plan para el trabajo paidológico<sup>10</sup> de investigación en el campo de la infância difícil* (1929).<sup>11</sup>

Além dos textos do próprio Vigotski, foram consultados textos de autores brasileiros estudiosos da obra e pensamento de Vigotski, cujas pesquisas serviram de interlocução para a compreensão do pensamento e trajetória profissional do autor. Logo, foram consultados textos de Sabel (2006), Prestes (2010; 2015), Marques (2015), Tunes (2015) e Santos (2015), e, Mainerdes e Pino (2000).

O olhar que possibilitou a composição das categorias desta pesquisa foi a perspectiva indiciária do historiador italiano Carlo Ginzburg (1987, 2007). Gomes (2016) entende que a perspectiva indiciária privilegia as minúcias do processo e das relações. Na perspectiva deste autor, o olhar indiciário persegue as pistas e os rastros deixados em um determinado documento. Afirma ainda que a riqueza da obra de “Ginzburg estava na forma como o historiador perseguiu os sinais dos textos que pesquisou para então conjecturar a trama da existência de um moleiro” (GOMES, 2016, p. 35).

Nesse sentido, a leitura dos textos de Vigotski foi realizada a partir da suposição de que neles existiam indícios que nos levariam a montar os quadros, ainda que na forma de hipóteses, da atividade clínica do autor, sempre em conexão com o contexto em que ele se localizava.

---

resultantes de intervenções, notas informativas e relatórios, que foram utilizados para auxiliar na compreensão de alguns conceitos do autor.<sup>9</sup> Era comum na Rússia que alguns termos científicos e nomes de disciplinas e especialidades tivessem origem ocidental, como no caso do termo *Defectologia*. Tal termo foi introduzido na língua russa em 1912, por um psiquiatra chamado Vsevolod Petrovich Kashchenko (1870-1943) e alguns colaboradores, com o objetivo de distinguir as crianças com as quais trabalhavam de outras crianças que também eram designadas por especiais – crianças superdotadas. Nos idos do primeiro quartel do século XX, o termo “defeituoso” não remetia a práticas e ideias preconceituosas como ocorre atualmente (NETTO; LEAL, 2013, p. 76).

<sup>10</sup> As investigações de Vigotski concernentes as crianças se denominaram clínica pedológica. O próprio Vigotski escreveu sobre a necessidade da existência de uma ciência particular sobre a criança, a qual, durante o período da sua criação científica se denominou pedologia. No entanto, Vigotski adotou uma postura crítica aos métodos psicológicos de estudos das crianças.

<sup>11</sup> Estas datas estão descritas no final do 5º Volume das *Obras Escogidas – Fundamentos de defectologia* (VIGOTSKI, 2012, p. 389-391).

Aproximar as ideias expostas nos textos de Vigotski com o cenário social em que o autor estava inserido, abre possibilidades “de realizar uma leitura que permita a compreensão daqueles detalhes que participaram de uma experiência” (GOMES, 2016, p. 35). Uma experiência que pode viabilizar a compreensão do cenário em que o autor realizava suas práticas.

A partir dessa perspectiva e em diálogo com o método de revisão bibliográfica integrativa, a pesquisa possibilitou a montagem de algumas categorias temáticas resultantes do processo de investigação.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **CLÍNICA: INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO**

Prestes e Tunes (2011) informam que em 1929 foi criado, tendo por base o laboratório da estação Médico-Pedagógica em Moscou, o Instituto Experimental de Defectologia do Comissariado do Povo para Instrução (IED). “Desde a criação do Instituto até os últimos dias de sua vida, Vigotski foi seu consultor e diretor científico” (PRESTES; TUNES, 2011, p. 113).

A proposta de trabalho do instituto possibilitava a Vigotski a realização de pesquisas e intervenções com as crianças atendidas naquele espaço. O Instituto, além de ter a finalidade de atendimento, era também um espaço de pesquisa. Essa proposta fazia parte do projeto russo de “ampliação da rede de educação infantil e projetos de investigações e produções relativas às formas mais adequadas de atender crianças” (SANTOS, 2015, p. 38).

A criação de uma nova sociedade e de um novo homem passaram a fazer parte dos principais interesses dos grupos de pesquisas na Rússia, a partir da década de 1920. O paradigma político educacional tinha como objetivo principal criar “os fundamentos da Psicologia e da Pedagogia Soviéticas, com o propósito de formar um homem novo, o que criava a demanda de novos modos de pensar a ciência e articular espaços de pesquisa” (PRESTES, 2010, p. 28). Sob este horizonte, a atividade intelectual na Rússia, após 1918, dirigiu-se ao alcance dos objetivos políticos estabelecidos.

“Entre os anos de 1929 a 1931 Vigotski trabalhou ativamente no sistema de saúde ocupando o cargo de assistente e posteriormente de diretor do laboratório da Clínica de Doenças Nervosas da I Universidade de Moscou” (SANTOS, 2015, p. 41). Esta clínica foi aberta em 1869 e se ocupava com os estudos e tratamentos das doenças ligadas ao sistema nervoso. Um dos métodos utilizados nessa clínica para tratar as doenças nervosas como a epilepsia era a Terapia e a Psiquiatria. Trabalhavam principalmente médicos e psiquiatras.

Em 1930, Vigotski “trabalhou também na área da saúde com as psicopatologias” (PRESTES; TUNES, 2011, p. 113). No ano de 1931, foi “nomeado para o cargo de vice-diretor da área científica do Instituto de Proteção da Saúde das Crianças e dos Adolescentes” (PRESTES; TUNES, 2011, p. 114). Neste mesmo ano (1931), retoma seu interesse em cursar medicina e ingressa na faculdade de medicina do Instituto de Psiconeurologia de Kharkov e cursou somente três anos, até sua morte (PRESTES; TUNES, 2011).

No texto *Diagnóstico del desarrollo y clínica pedológica de la infancia difícil*, escrito provavelmente em 1931 e publicado no ano de 1936, texto final do quinto volume das *Obras Escogidas*, Vigotski faz uma discussão crítica sobre a forma como eram feitos os diagnósticos das crianças que recorriam aos atendimentos nos laboratórios clínicos no qual ele trabalhava. Durante o texto, Vigotski faz um relato de caso onde demonstra o modo como eram realizadas as entrevistas iniciais com os pais das crianças e a partir daquele caso, o autor tece considerações críticas sobre a prática diagnóstica realizada por ele e seus colegas de trabalho.

Começamos por um pequeno caso. Por si mesmo, ele não pode ter um grande significado, no entanto, foi o ponto de partida para o desenvolvimento das ideias expostas no presente trabalho e, por isso pode ser uma ilustração concreta que esclarece o ponto central do problema que nos interessa. Faz alguns anos, no campo prático, dirigi um consultório pedológico para crianças difíceis junto com um especialista em clínica psiquiátrica. Foi trazido para a consulta um menino dificilmente educável, de oito anos de idade que havia recém começado a ir para escola. Na escola manifestava com particular frequência as peculiaridades de sua conduta, que haviam sido percebidas em casa. Segundo o relato da mãe, a criança apresentava fortes e violentos ataques de raiva, arrebatamento, ira e cólera. Neste estado, podia ser perigoso para quem estava ao seu lado, podia lançar uma pedra contra outra criança, podia atacar alguém com uma faca. Depois de interrogar a mãe, deixamo-la partir, nos consultamos entre nós e lhe chamamos novamente para comunicar-lhe os resultados de nosso exame. “seu filho – disse o psiquiatra – é epilético”. A mãe, cheia de ansiedade começou a escutar atentamente. “Que significa isso?” – perguntou ela. “Isso significa – explicou o psiquiatra – que o pequeno é [...]”. A mãe, desiludida, respondeu: “tudo isso eu é que acabo de contar para você” (VIGOTSKI, 2012, p. 276).

Na sequência do texto, ele se ocupou em problematizar as respostas que os diagnósticos dos especialistas, psicólogos, psiquiatras e pedólogos, davam aos pais e pedagogos ao trazerem as crianças para as consultas. Afirmou que:

Há que se dizer francamente que obtêm muito pouco, os pais e pedagogos, em muitas ocasiões quase nada. O mais frequente é que a questão se limita que a consulta lhes devolve seus próprios relatos e suas observações, dotadas de certos termos científicos, como ocorreu com o caso do menino epilético” (VIGOTSKI, 2012, p. 276).

Posteriormente, Vigotski compara a clínica pedológica com os primórdios da clínica psiquiátrica e médica que inicialmente se ocupavam com a descrição dos sintomas para o estabelecimento dos diagnósticos (VIGOTSKI, 2012). Ao longo do texto, sinalizou novos caminhos que a clínica pedológica deveria seguir, para diferenciar-se de um saber empírico que apenas descrevia os sintomas. Nesse mesmo texto, Vigotski discutiu também a forma como a psicologia fazia a leitura diagnóstica e o caminho que ele sugeria para os pedólogos

no processo da elaboração diagnóstica:

A centralidade da questão reside no que um psicólogo contemporâneo designa como diferença entre o ponto de vista fenotípico e a dinâmica causal dos fenômenos [...] Quem julga as coisas só por suas manifestações causais, o faz erroneamente, é inevitável que chegue a representar de modo falso a realidade que estuda e a dar indicações erradas acerca da forma de atuar sobre a realidade [...] O que sucede é que a ciência estuda os vínculos, as dependências, as relações que se encontram na base da realidade, que existe entre as coisas (VIGOTSKI, 2012, p. 282).

Vigotski estava sinalizando que “a essência das coisas não coincide diretamente com sua manifestação” (VIGOTSKI, 2012, p. 281). Vale aqui lembrar que durante este período, Vigotski estava trabalhando no Laboratório da Clínica de Doenças Nervosas da Universidade de Moscou. O relato de caso que o autor faz, presumivelmente tenha sido da experiência de atendimento dentro desse laboratório.

Muito mais do que os desdobramentos teóricos resultantes do caso relatado, pontua-se aqui a evidencia da realização de consultas, entrevistas iniciais com os pais e pedagogos das crianças encaminhadas ao laboratório. Além disso, verifica-se o modo interdisciplinar que caracterizavam os atendimentos nesse espaço (Clínica das Doenças Nervosas). Vigotski realizou a entrevista com a mãe da criança juntamente com um psiquiatra e juntos discutiram o caso no consultório.

Outra característica interessante do relato do caso é que Vigotski utiliza a palavra “consultório”, o que demarca claramente que além da escola e dos espaços de ensino, Vigotski estava trabalhando, pelo menos neste relato, em um espaço considerado consultório. Por isso, o material teórico de Vigotski, sua inserção no Instituto Experimental de Defectologia e no Laboratório de Clínicas das Doenças Nervosas e outros espaços relacionados ao trabalho de saúde, possibilitam a conjectura de que o autor vinculava o processo de pesquisa e as atividades clínicas.

Tanto o Instituto Experimental de Defectologia como o Laboratório de Clínicas de Doenças Nervosas da Universidade de Moscou eram espaços que tinham por finalidade a realização de pesquisas e produção de discussões e dados, os quais serviam para as publicações científicas e para a produção de modos de trabalho que melhor atendessem as demandas presentes no contexto russo pós-revolução. Desse modo, a clínica realizada nestes espaços era uma clínica da investigação e da intervenção, não cindida entre teoria e prática, nem marcada pelas atuais polaridades acadêmico-profissionais. Os atendimentos eram vinculados às pesquisas realizadas pelo projeto político russo de criar investigação para melhor atender as crianças da rede educacional que havia sido estabelecida.

Outra consideração pertinente é o fato de que tais instituições eram de caráter público e por isso mesmo, respondiam à agenda política pós-revolução. Os atendimentos clínicos eram associados ao processo de investigação nas áreas da saúde (Clínica das Doenças Nervosas) e da Educação (Instituto Experimental de Doenças Nervosas). A atividade clínica nestas instituições estava diretamente relacionada à pesquisa científica. Vigotski realizava uma clínica, não particular, mas institucional, em um serviço público voltado à atenção psicológica dos pacientes e à produção de conhecimento científico.



## PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: A COMPREENSÃO DA PERSONALIDADE

Na construção dessa segunda categoria, tomamos por base o entendimento de que uma das principais características da psicologia clínica clássica é a existência de uma teoria da personalidade. Ter uma perspectiva sobre a personalidade ou modos de constituição de um sujeito é uma condição necessária para se estabelecer uma leitura clínica (OCAMPO, 1981; ARZENO, 1995; CUNHA, 2000).

No texto, “O significado histórico da crise na Psicologia”, Vigotski se ocupou, de modo geral, em discutir os dois principais paradigmas das psicologias produzidas até aquele período. O primeiro dizia respeito ao modo mecanicista/fisiológico de compreender o comportamento humano (comportamental/mecanicista) e o segundo era o modo idealista, que desconsiderava as bases fisiológicas do comportamento humano (SABEL, 2006).

Vigotski, diferente do binarismo presente em sua época, apontava para a superação dessas duas perspectivas distintas. Sinalizava que a leitura do comportamento humano deveria levar em consideração a componente fisiológica (materialidade), cultural/simbólica (conjunto de signos) e histórica (SANTOS, 2015)<sup>12</sup>. Assim, no desenvolvimento de uma leitura histórico-cultural, Vigotski entendia que a personalidade se desenvolve na relação com outras pessoas, mediante processos sociais de significação e no fluxo de uma gênese histórica. Portanto, o ser humano constitui-se ontologicamente como um ser social, simbólico e histórico (JUNIOR, 2013).

Foi exatamente entre 1925 e 1930 que os estudos do grupo liderado por Vigotski provocam uma revolução na interpretação da consciência como uma forma especial de organização do comportamento do homem, “uma forma que se fundamenta no social, na história e na cultura”, por isso a psicologia instrumental passa também a ser denominada de histórico-cultural (IAROCHEVSKI, 2007 *apud* PRESTES, 2010, p. 30).

No texto intitulado “*Desarrollo de la personalidad del niño y de su concepción del mundo*”, Vigotski discorre sobre o desenvolvimento da personalidade da criança e afirmava que a personalidade se desenvolve na existência de três condições básicas: cooperação, superação e emancipação humana (VIGOTSKI, 1931/2000). Nesse sentido, o curso deste desenvolvimento da personalidade será do social ao individual (VIGOTSKI, 1932/2001), contrariando com a concepção de personalidade predominante na época.

Sendo assim, não se encontra em Vigotski uma teoria da personalidade que parte do individual. Percebe-se antes, uma teoria da personalidade que compreende o humano como um ser social, simbólico e cultural; tendo uma unidade psicofísica; cuja consciência está determinada pela realidade das relações estabelecida nos seus mais variados sentidos.

A partir dessas concepções, Vigotski realizou um caminho diferente no modo como elaborava suas perspectivas diagnósticas e leituras clínicas. Bein (et al, 1997, p. 365)

---

<sup>12</sup> O texto “O sentido histórico da crise da psicologia”, umas das principais obras para a Psicologia russa, não apresenta uma datação exata, sendo que apenas se considera o fato de que tenha sido escrito em um dos momentos de sua internação, provavelmente em 1927 (PRESTES, TUNES, 2010).

afirmam que: “já no primeiro período de sua atividade científica, Vigotski sentiu interesse pela personalidade da criança mentalmente atrasada e fisicamente deficiente”. Vigotski estava implicado em compreender, em primeiro lugar, os processos relacionados ao desenvolvimento da personalidade das crianças com deficiência e não somente a produção dos diagnósticos classificatórios conforme se encaminhava a Defectologia de sua época.

No texto intitulado *Los problemas fundamentales de la defectologia contemporánea*, publicado provavelmente em 1929, período em que Vigotski estava vinculado ao laboratório da Clínica de Doenças Nervosas da Universidade de Moscou e era diretor do recém-criado Instituto Experimental de Defectologia do Comissariado do Povo para Instrução (PRESTES; TUNES, 2011), Vigotski afirmava que “a criança cujo desenvolvimento está comprometido por um/uma defeito/deficiência não é simplesmente uma criança menos desenvolvida que seus pares normais, ela se desenvolveu de outro modo” (VIGOTSKI, 2012, p. 12).<sup>13</sup>

O autor afirmava ser necessário que a defectologia enquanto ciência se ocupasse, para além dos aspectos classificatórios, com os aspectos do desenvolvimento infantil os quais escapavam da métrica quantitativa baseada no funcionamento do desenvolvimento normal. Pois, na lógica classificatória, as funções psicológicas e orgânicas são quantificadas e mensuradas com o objetivo de verificar se existe um percurso normal ou uma limitação/desvio desse percurso e, nestes casos, perde-se de vista o estudo da personalidade (VIGOTSKI, 2012).

Bein (et al, 2012, p. 368) afirma que Vigotski destacava ser preciso “estudar não só os sintomas de uma ou outra deficiência, mas também a essência das mudanças/trocas/transformações, o caráter das novas formações”. Em outras palavras, a formação da personalidade. Por esse viés se fazia necessário,

Passar do estudo dos sintomas de uma deficiência, ao estudo da essência das transformações que se operam durante o desenvolvimento e que se manifestam naqueles/nesses sintomas. [...] Vigotski apresentou aos investigadores das deficiências infantis um objetivo de suma importância, a saber: passar do estudo dos complexos de sintomas como fim em si ao estudo dos processos de desenvolvimento que só podem manifestar-se naquelas condições” (BEIN, et al, 2012, p. 369).<sup>14</sup>

Vigotski observa que criar uma clínica psicológica da criança com deficiência, por exemplo, implica diferenciar e descobrir experimental e teoricamente, em toda a riqueza dos nexos dinâmico-causais, os tipos, mecanismos e formas fundamentais de desenvolvimento da criança normal e da criança anormal/deficiente (BEIN, et al, 2012).

O que fica em evidência em um primeiro momento é o fato de que o autor está mais interessado em pensar o modo como se configuram os aspectos da personalidade do que

---

<sup>13</sup> El niño cuyo desarrollo está complicado por el defecto no es simplemente un niño menos desarrollado que sus coetáneos normales, sino desarrollado de otro modo” (VIGOTSKI, 2012, p. 12) (tradução livre).

<sup>14</sup> Pasar del estudio de los síntomas de tal o cual defecto, al estudio de la esencia de los cambio que se operan durante el desarrollo y que se manifiestan em esos síntomas. [...] Vigotski planteó a los investigadores complejos de síntomas como fin en sí al estudio de los procesos del desarrollo “que solo se ponen de manifiesto en esas condiciones” (Tradução Livre).

necessariamente fixar-se nas questões diagnósticas e classificatórias que eram próprias da Defectologia, psiquiatria e pedologia de sua época. Para ele, estudar a forma como a criança estabelecia as relações com o outro, fazia mediação simbólica e se relacionava com a dimensão social, era o cerne dos estudos de um profissional no campo da clínica.

Com isso, não aparece nos seus textos uma apologia à negação dos diagnósticos. Existe apenas, a ênfase de que o correto estudo (leitura clínica) das crianças com deficiência prescindia de uma compreensão da personalidade enquanto formas de estabelecer relações e que são estas formas de relações que deveriam ser pesquisadas e compreendidas, pois era a forma como a personalidade se apresentava.

A partir destas discussões, verifica-se uma concepção de personalidade e, portanto, a evidência de que Vigotski estava preocupado com as formas de elaborar diagnósticos, de produzir uma leitura clínica e, conseqüentemente, desenvolver um plano de intervenção. Com isso, em um sentido reverso, é possível pensar que uma teoria equivocada sobre o desenvolvimento e a constituição da personalidade, acarretaria em práticas sem muito acréscimo à ciência e à sociedade, especialmente, às pessoas (crianças) em atendimento.

## UM PROCESSO DE AVALIAÇÃO COMPLEXA

A instabilidade civil, a destruição e a fome resultantes do período de guerra e que permaneceu nos primeiros anos do socialismo, afetaram diretamente as crianças na Rússia. Conseqüentemente, o projeto político russo tomou medidas para garantir a saúde e a vida dessas crianças (SANTOS, 2015). Ampliou-se a rede da educação infantil e foram criadas instituições de atenção e cuidado de crianças com problemas de aprendizagem e deficiências físicas.<sup>15</sup> Em 15 de julho 1924, por recomendação do organizador do Instituto de Defectologia, Vigotski foi conduzido ao cargo de diretor do subdepartamento de educação das crianças com deficiências físicas e retardo mental no Departamento de Proteção Social e Jurídica de Menores (SPON – sigla em russo) do Comissariado do Povo para Instrução da República Federativa Socialista Soviética da Rússia (PRESTES; TUNES, 2011). Santos (2015) relata que nesse período não só a educação formal estava em pauta, como também a educação para crianças com deficiências.

Também em 1924, além do início das pesquisas na área da Pedologia, Vigotski casou-se e também iniciou seu contato com Luria e Leontiev. Neste mesmo ano, aconteceu a morte de Lenin e quem assumiu o poder da Rússia foi Stalin, o qual em todos os aspectos foi muito mais ditatorial. Essa mudança no cenário político provocou significativas

---

<sup>15</sup> Com a instalação do poder dos Soviéticos, o primeiro país socialista estava diante de muitos desafios políticos, econômicos, culturais e sociais. A prioridade era a educação, que deveria deixar de ser um privilégio de poucos para se transformar em um dos direitos de qualquer cidadão, criando-se, para isso, um novo sistema de instrução. E isso, num país considerado atrasado, em comparação com os países da Europa; com uma indústria débil; arrasado pelas guerras (mundial e civil); com 90% da população analfabeta e proletariado pequeno, com milhões de crianças órfãs perambulando pelas ruas (PRESTES, 2010, p. 28).

alterações no ambiente de produção intelectual da Rússia, inclusive na produção de Vigotski por conta da rigorosidade imposta na militância das ideias marxistas na Rússia (PRESTES, 2010).

A partir deste período, as discussões sobre a Defectologia passaram a aparecer com maior frequência nos seus trabalhos. No ano de 1929, Vigotski foi eleito como presidente do Conselho Científico Estatal e também foi nomeado diretor do recém-criado Instituto Experimental de Defectologia do Comissariado do Povo para Instrução até o período de sua morte. Netto e Leal (2013) informam que esse Instituto seguia a mesma lógica da Escola-sanatório, tornando-se posteriormente a Casa de Aprendizagem da Criança (*Dom Izucheniiia Rebenka*), cuja proposta principal era o tratamento de crianças consideradas “retardadas e anormais”, atribuindo papel importante às medidas de cura e saneamento. Os mesmos autores destacam ainda que,

A base do processo docente-educativo na escola-sanatório era o desenvolvimento das possibilidades criadoras das crianças, de suas iniciativas, mediante o profundo estudo dos educandos, a ampla utilização da visualização e do trabalho manual nas aulas, e o desenvolvimento do caráter independente (DIACHKOV, 1982 *apud* NETTO; LEAL, 2013, p. 77).

O Instituto de Defectologia se alinhava com os objetivos gerais do estado russo: oferecer a educação a todas as crianças, entre elas as que tinham algum tipo deficiência. Por conseguinte, estudar os casos de deficiência e criar modos de trabalho que auxiliassem, tanto nos processos diagnósticos bem como nos processos de desenvolvimento das crianças, estavam na base dos trabalhos realizados por Vigotski e seus colegas naquele instituto.

Durante esse tempo (1924-1929), Vigotski publicou em 1928 o texto intitulado “*El desarrollo del niño difícil y su estudio*”. Nele, o autor apresenta a necessidade de classificação das deficiências em dois grupos: (1) O tipo de criança que se diferencia da norma em sua conduta por consequência de algum defeito orgânico, como por exemplo, cegueira, surdez; (2) O tipo de criança que se diferencia da norma em sua conduta por consequência de uma alteração funcional, consideradas crianças difíceis no sentido estrito da palavra (insuficiência de caráter, psicopatias, termos utilizados nas classificações da época) (VIGOTSKI, 2012, p. 191).<sup>16</sup>

Vigotski entendia que a seleção das crianças deficientes e com retardo mental deveria ser efetuada antes de qualquer tratamento propriamente dito. O autor apontava que tal seleção se fazia necessário para o desenvolvimento das estratégias pedagógicas singulares para as crianças com deficiência (VIGOTSKI, 2012).

Para tal, era necessário utilizar os procedimentos metodológicos tradicionais, tais como a Escala de Binet-Simon, para o processo de seleção das crianças que apresentavam deficiência. Todavia, Vigotski afirmava que o estabelecimento do diagnóstico pedológico não poderia ser feito unicamente a partir destes instrumentos. Eles serviriam apenas para

---

<sup>16</sup> Tradução livre.

selecionar as crianças para um “estudo especial” (VIGOTSKI, 2012, p. 191).

No mesmo texto, o autor sinaliza que o processo de avaliação das crianças dificilmente educáveis “poderia ser mediado pelo esquema de estudo desenvolvido por Adler, utilizando-o na primeira etapa para avaliar o conflito que constitui a base de sua difícil educabilidade” (VIGOTSKI, 2012, p. 194). Na falta de testes que dessem conta de avaliar o modo como a criança relaciona a conduta e o meio, era necessário utilizar testes auxiliares para avaliar a vontade, aspectos emocionais, a fantasia, o caráter e outros (VIGOTSKI, 2012). “Tais testes podem servir de meios auxiliares e orientadores durante a avaliação das crianças dificilmente educáveis” (VIGOTSKI, 2012, p. 194).

Essas considerações ao serem lidas a partir da proposta prática do Instituto Experimental de Defectologia do Comissariado do Povo para Instrução apontam para uma prática de aplicação de testes no processo de avaliação das crianças com deficiência, de modo a estabelecer o acompanhamento especializado das mesmas no programa desenvolvido pelo Instituto. Contudo, o autor apresentava suas ressalvas quanto ao uso dos testes, assinalando que precisavam ser ampliados para poderem dar conta das particularidades específicas de cada criança. Por isso, o autor contemplava que,

O estudo da criança difícil, mais que qualquer outro tipo de estudo infantil, deve basear-se em uma prolongada observação dessa criança durante o processo educativo, nos processos pedagógicos, o estudo dos produtos de sua criatividade, do jogo e de todas as facetas da conduta da criança (VIGOTSKI, 2012, P. 194).<sup>17</sup>

Ao final do texto, Vigotski apresenta considerações sobre a realização dos diagnósticos na clínica com crianças difíceis. Desde as primeiras incursões na Defectologia e em quase todos os trabalhos posteriores, Vigotski “considerou cientificamente errados os testes psicométricos intelectuais destinados a selecionar as crianças da escola segundo as características negativas” (BEN, et al, 2012, p. 375). Por isso, era necessário avançar na forma como eram feitos os diagnósticos, considerando apenas as descrições, os sintomas e os aspectos fenotípicos.

No texto, “A formação social da mente” (1984), Vigotski propõe um caminho de leitura do desenvolvimento psíquico: “método microgenético”. Uma leitura que se ocupava dos detalhes e as relações que perpassam os mesmos. Associado ao distanciamento da descrição dos sintomas, Vigotski inaugurava uma forma diferente de ler/produzir diagnósticos na clínica com as crianças com deficiência.

Tais considerações apontam para um processo de avaliação que estava para além da leitura do sintoma. Era uma perspectiva de leitura clínica estendida para além dos testes aplicados à seleção das crianças e se desdobrava no modo como a criança estabelecia suas relações. Por essa razão, em Vigotski os testes psicológicos tinham sua participação no processo inicial de avaliação. Entretanto, sua preferência era direcionada a uma avaliação mais detalhada, que privilegia as diferentes facetas da conduta da criança, uma leitura microgenética da personalidade.

---

<sup>17</sup> Tradução livre.

## O MODO INTERDISCIPLINAR DE TRABALHO: POR UMA PEDAGOGIA TERAPÊUTICA

Após o período de formação em Moscou<sup>18</sup>, Vigotski retornou a Gomel em 1917, onde trabalhou até 1922 como professor de Literatura e Psicologia (SABEL, 2006). Em 1924, Vigotski volta para Moscou e trabalha como diretor do subdepartamento de Educação das Crianças com Deficiências Físicas e Retardo Mental no Departamento de Proteção Social e Jurídica de Menores. Nesse período, na Rússia estava em vigência o projeto de renovação da escola.

No dia 16 de Outubro de 1918 foi publicado um documento intitulado “Os princípios básicos de uma escola única laboral” tendo por objetivo apresentar princípios para a renovação das práticas pedagógicas nas escolas russas. Prestes (2010) declara que um dos princípios muito importante da renovação da escola era a individualização da instrução.

A individualização deve ser entendida, por parte dos professores, como a análise das capacidades e especificidades do caráter de cada aluno e a adaptação do professor às necessidades dos alunos, assim como a análise do que a escola oferece-lhes e exige deles (CHABAIEVA, 1980 apud PRESTES, 2010, p. 31).

Se por um lado a formação da rede educacional que atendesse as crianças ocupava a agenda política russa, por outro lado, surgiam outros desafios, como por exemplo, o processo de educação relacionado às crianças com alguma deficiência e problemas de aprendizagem. Foi por essa necessidade que a prática de ensino era desafiada a dialogar constantemente com os saberes da Pedologia<sup>19</sup> e com a Defectologia com o intuito de articular práticas educacionais norteadoras das formas de trabalho com essas crianças.

No texto “*Fundamentos del trabajo con crianças mentalmente retrasados y fisicamente deficientes*”<sup>20</sup>, Vigotski apresenta, de modo resumido, os caminhos que deveriam ser trilhados no trabalho com as deficiências mentais e físicas. Vigotski sinalizava a necessidade de estabelecer um trabalho conjunto entre pedagogos, médicos, pedólogos e psicólogos. Essa forma de trabalho foi sugerida como caminho para dar conta dos processos de aprendizagem escolar das crianças com deficiência. No texto, o autor se refere a essa prática como Pedagogia Terapêutica (VIGOTISKI, 2012).

A Pedagogia Terapêutica tinha dois principais objetivos: possibilitar uma nova

---

<sup>18</sup>Desde cedo na sua trajetória intelectual obteve destaque como acadêmico, formando-se com honras no colegial. Ingressou na faculdade de medicina da Universidade de Moscou, apesar das adversidades do antissemitismo do governo czarista da Rússia do início do século XX, quando apenas 3% dos estudantes do ensino superior podiam ser judeus. A escolha pelo curso de medicina e a posterior transferência para o curso de direito, em que viria a graduar-se, parece ter sido, segundo Molon (2003), motivada menos por afinidade de Vigotski com as matérias, do que pela maior possibilidade que estes cursos lhe proporcionavam para atuar profissionalmente como autônomo, tendo em vista as dificuldades de obter trabalho sob o regime czarista antissemita (SANTOS, 2015).

<sup>19</sup> Pedologia é uma ciência do desenvolvimento infantil. Faziam parte dos estudos pedológicos as seguintes áreas de estudo: fisiologia do sistema nervoso, endocrinologia, genética, medicina, antropologia física, psicologia (MESHCHERYAKOV, 2010, p. 707).

<sup>20</sup> Este texto está no quinto volume, mas não apresenta uma datação exata de sua escrita.

forma de trabalhar com a deficiência para além da ênfase diagnóstica dos aspectos pouco desenvolvidos na criança e, em segundo lugar, possibilitar que o desenvolvimento da criança fosse potencializado pela convivência social (VIGOTSKI, 2012).

Os caminhos utilizados por Vigotski (1929) para a realização deste trabalho são apresentados ao longo do texto *Fundamentos del trabajo con crianças mentalmente retrasados y fisicamente deficientes* e seus respectivos subtópicos. No tópico intitulado *Niño enfermos*, Vigotski sinaliza que nos casos em que a problemática da criança consiste em uma doença, tal como psicopatia, epilepsia ou/e outras, o processo de educação deve estar associado a um tratamento e diz respeito ao âmbito da Pedagogia Terapêutica. O autor sugere que o médico e o pedagogo devem unir forças para dar conta da tarefa. Afirmava ainda que com frequência não se podia traçar uma delimitação entre as medidas terapêuticas e as educativas (VIGOTSKI, 2012).

Nesse mesmo texto, Vigotski faz uma afirmação interessante quanto ao diálogo entre psicologia e psiquiatria dentro do modelo de trabalho da Pedagogia Terapêutica:

A psiquiatria moderna começa cada vez mais a se aproximar com a psicoterapia, quer dizer, o tratamento com métodos psicológicos, com a educação, inclusive quando se trata de pessoas adultas. A psiquiatria dispõe de uma série de métodos psicológicos, cuja essência reside na pré-educação da personalidade do paciente (VIGOTSKI, 2012, p. 201).

Ao considerar a possibilidade de um trabalho conjunto, Vigotski estava também sinalizando o caráter da relação entre os métodos psicológicos na prática da psiquiatria de sua época. Tais métodos eram destinados não à educação escolar apenas. Era a aposta em uma pré-educação da própria personalidade da criança com deficiência.

Quando estamos diante de uma criança cega como objeto de educação/intervenção, devemos enfrentar não tanto a cegueira, mas sim os conflitos que emergem nessa criança e o quanto tais conflitos se incorporam na vida. Por isso, a educação da criança deficiente é uma educação social. (VIGOTSKI, 2012, p. 199).

A educação social deveria seguir a lei/princípio da compensação como uma espécie de “*modus operandis*”. O autor sustentava, por exemplo, que o trabalho com a “criança com um determinado defeito físico deve apoiar-se na compensação indireta, psíquica, visto que não é possível a compensação direta ou orgânica da cegueira, surdez e outras deficiências” (VIGOTSKI, 2012, p. 197).<sup>21</sup> “O educador e o psicólogo não devem operar tanto com estes aspectos em si, devem se ocupar com as suas consequências sociais” (VIGOTSKI, 2012, p. 198).

Neste sentido, os processos compensatórios que se desenvolvem ou devem ser desenvolvidos não se direcionam à compensação orgânica, mas sim à superação

---

<sup>21</sup> Na perspectiva de Vigotski, deve-se diferenciar três tipos fundamentais do efeito das deficiências nos aparatos perceptivos, aparato de resposta e no sistema nervoso. Deste modo, os efeitos podem ocorrer como lesão e insuficiência dos órgãos perceptivos como, cegueira e surdez; lesão ou insuficiência de uma parte do aparato de resposta, dos órgãos de mobilidade (mutilação, invalidez de um membro); e lesão ou insuficiência do sistema nervoso. Segundo o autor, cada um desses casos, será diferente tanto no tipo de deficiência quanto no tipo/forma de compensação (VIGOTSKI, 2012, p. 198) (tradução livre).

psicológica<sup>22</sup> da situação, da correção do defeito, da conquista da validade social e da aproximação da mesma (VIGOTSKI, 2012). Esse é o fundamento que deveria orientar a Pedagogia Terapêutica durante as intervenções com as crianças nas escolas e institutos destinados aos atendimentos de crianças com deficiência.

Henriques (2015) nos ajuda a pensar o caminho lançado pela proposta de Vigotski, considerando que o olhar da Pedagogia Terapêutica possibilita que a criança, na educação infantil ou no ensino fundamental, possa expressar livremente suas possibilidades de criação/invenção/experimentação. Tal caminho não se configurava apenas como proposta didática escolar. Era antes, uma intervenção no modo de construção da personalidade da criança.

Ben (et al, 2012), comentando sobre a atividade clínica de Vigotski e seu profundo interesse pelos estudos do “desenvolvimento anormal”, atesta que Vigotski fez diversos estudos de crianças de diferentes idades, analisando sua história clínica, seu desenvolvimento, processo de aprendizagem e os exames da personalidade. A partir desses materiais, Vigotski percebeu que “com uma aprendizagem oportuna e adequadamente organizada, se modifica nas crianças anormais a manifestação do defeito e se desenvolvem as funções psíquicas superiores” (BEN, et al, 2012, p. 376). Por isso, a Pedagogia Terapêutica era muito mais que uma proposta de ensino, era antes, uma proposta clínica. Era um trabalho que deveria ser desenvolvido na articulação entre psicólogos, pedagogos, defectólogos e outros profissionais.<sup>23</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois das breves constatações feitas em cada uma das categorias elaboradas durante a presente pesquisa, algumas considerações possíveis podem ser feitas. De modo geral, as discussões feitas pelo autor nos textos do 5º volume das *Obras Escogidas* sinalizam evidências de uma prática clínica. Uma clínica que em primeira instância estava associada à pesquisa e que era realizada em instituições vinculadas ao Estado, cujo objetivo principal era fortalecer a rede de atenção das crianças no período pós-revolução socialista na Rússia.

Em segundo lugar, verifica-se em Vigotski uma perspectiva de personalidade, processos de avaliação e propostas de intervenção. Essas características fazem parte das

---

<sup>22</sup> Termo utilizado no texto traduzido.

<sup>23</sup> A própria condição profissional de Vigotski (inserido em uma instituição com outros profissionais e sendo gestor de departamentos que trabalhavam diferentes áreas do saber), dava-lhe condições de estabelecer uma proposta de trabalho colaborativo. Além disso, o próprio percurso de formação de Vigotski foi de um constante diálogo entre diferentes áreas do saber. Seu percurso de formação entre 1913 a 1917 possibilitou contato com diferentes campos do saber desde a filosofia, teatro, educação, medicina, literatura, entre outros (PRESTES; TUNES, 2015). Durante estes anos de estudo em Moscou (1913-1917), Vigotski frequentou paralelamente a Universidade Popular de Shanyavski, onde estudava Filosofia e História. Esta instituição não era reconhecida pelas autoridades educativas, e, portanto não oferecia títulos, mas concentrava docentes que eram intelectuais de destaque, que haviam sido expulsos da Universidade de Moscou, e proporcionava um ambiente para ricas discussões (SABEL, 2006, p. 45).



condições necessárias para uma prática clínica clássica. No entanto, Vigotski fez algumas roturas no modo como pensava o diagnóstico, na concepção de personalidade e na forma como elegia a direção do tratamento psicológico: a potencialização do desenvolvimento psíquico a partir do princípio da compensação psíquica. O tratamento dizia respeito à potencialização, leitura e compreensão do modo como a criança se relacionava no social. Diríamos que era uma clínica do social, apesar de ser singular.

Embora sendo comum no início do século XX na Europa, a relação entre psicologia e práticas psicoterápicas, os textos pesquisados não fazem menção de práticas de psicoterapia. Tal se justifica pelo fato de Vigotski estar localizado em um ambiente socialista onde a ênfase está na coletividade, mesmo havendo na sua obra uma compreensão de singularidade. O autor localiza-se em uma esfera política marxista. Em um espaço onde a coletividade, a dimensão comunitária ganhava ênfase significativa no modo como se concebiam as práticas profissionais, principalmente em instituições como o Instituto Experimental de Defectologia, onde o atendimento era de caráter referencial e comunitário. Dessa maneira, Vigotski não afirma fazer uma psicoterapia individual como em outros países europeus daquela época. Porém, há na sua concepção uma leitura singularizada de cada criança. Não há evidências de uma psicoterapia, mas existem evidências de um modo de ler e intervir que considerava a singularidade.

Apesar desse atravessamento socialista, Vigotski ao se colocar a pensar sobre os diagnósticos realizados na época, apresenta uma leitura clínica baseada na diferença como possibilidade de evitação das leituras clínicas dirigidas unicamente à classificação do sintoma. Na clínica com as deficiências, por exemplo, o autor faz uma leitura a partir das diferenças, dando atenção à forma como as crianças com alguma deficiência desenvolviam-se de modo particular. Seu olhar distanciava-se da leitura geral da época atestada no que havia de anormal no desenvolvimento da criança e a partir disso desenvolvia um diagnóstico.

Por essa ótica, Vigotski fez uma “fissura” com a lógica da clínica médica tradicional que enfatizava o sintoma e a busca pela doença. Sua forma de fazer clínica sinalizava o distanciamento da concepção unicamente fenotípica, sintomatológica e se dirigia à compreensão do movimento da personalidade. Diríamos que Vigotski fazia uma clínica cuja diferença e alteridade tinham particular relevância. Além disso, vale destacar a forma interdisciplinar como Vigotski realizava seu trabalho. A proposta da Pedagogia Terapêutica, a discussão dos casos com colegas psiquiatras, defectólogos e pedagogos sinaliza um modo de trabalho que não assumia a exclusividade da psicologia. Pelo contrário, colocava-se no encontro com outros profissionais ao ponto de considerar que não deveria existir uma distinção entre o trabalho pedagógico e o clínico no Instituto em que trabalhava.

Finalmente, sinaliza-se que ao entrarmos em contato com a produção de Vigotski, seu movimento enquanto psicólogo durante os anos de 1924 a 1934, nas diferentes instituições de trabalho, verifica-se uma prática profissional associada aos desafios políticos de sua época. Uma atividade de pesquisa/clínica que dialogava com o projeto educacional e de saúde que estava em vigência na Rússia, pelo menos na sua proposta inicial. Diríamos

que encontramos em Vigotski uma clínica política, na medida em que seu trabalho estava diretamente relacionado ao projeto educacional e à formação de uma nova sociedade, de uma nova psicologia russa. Uma clínica que não era desvinculada dos desafios políticos e educacionais de sua época. Uma clínica escolar, social e política.

A pesquisa não assumiu a pretensão de apontar de modo conclusivo a configuração da atividade clínica de Vigotski, pelo contrário, ela assumiu o lugar de iniciação, sendo que considerou também os prováveis equívocos na leitura feita de Vigotski. No entanto, a partir dela, sinaliza-se a necessidade de novas pesquisas e estudos sobre a clínica de Vigotski e suas implicações na atividade clínica contemporânea, particularmente a clínica psicológica. Conhecer os modos de trabalho de Vigotski certamente contribuirá para as discussões atuais sobre a clínica psicológica e seus desafios.

## REFERÊNCIAS

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico Clínico**: novas contribuições. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, W. S. Gastão. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Rev Assoc Med Bras.** 57(6):610-613. 2011.

BEIN, E. S.; VLÁSOVA, T. A.; LÉVINA, R. E.; MORÓZOVA, N. G.; SHIF, ZH. I. Epílogo. In: **Obras Escogidas**: Fundamentos de defectologia – V. Trad. Julio Guillermo Blank. 2ª ed. Madrid: Machado Grupo de Distribución, 2012.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. O sujeito/pesquisador na pesquisa em psicologia clínica. **Psicologia Argumento**, 26(52), 47-54, 2008.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5a. Ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1977.

GOMES, H. Allan. **Mediação audiovisual e atividade imagética**: um encontro com trabalhadoras no campo da desigualdade social. Tese de doutorado. Florianópolis: UFSC, 2016.

HENRIQUES, S. A. Irineide. Em busca de uma pedagogia terapêutica. **REVISTA ELETRONICA**: Fundação Educacional São José. 8ª ed. 2015.

JUNIOR, D. Achilles. Princípios éticos em Vigotski: perspectivas para a psicologia e educação. **Nuances**: estudos sobre Educação, Presidente Prudente, SP, v. 24, n. 1, p. 45-63, jan./abr. 2013.

MAINARDES, Jefferson; PINO, Angel. Publicações brasileiras na perspectiva vigotskiana. **Educação & Sociedade**, ano XXI, nº 71, Julho/00.

MARQUES, N. Priscila. **O Vygótski Incógnito**: escritos sobre arte (1915-1926). Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2015.

MENDES, Dal S.; SILVEIRA, C. C. P. Renata; GALVÃO, M. Cristina. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MESHCHERYAKOV, Boris. 2010. Ideias de L. S. Vigotski sobre a ciência do desenvolvimento infantil. **PSICOLOGIA USP**, São Paulo, 2010, 21(4), 703-726.

NETO, L. F. João. Práticas Transversalizadas da Clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21(1), 110-118, 2008.

NETTO, B. Nilson; LEAL, Daniela. Contribuições para uma historiografia da defectologia soviética. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, SP, v. 24, n. 1, p. 73-91, jan./abr. 2013.

OCAMPO, M. L. S. **O Processo Psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

PRESTES, Ribeiro Zoia. **Quando não é quase a mesma coisa**: análise de traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil repercussões no campo educacional. Tese de doutorado. Brasília: UnB, 2010.

PRESTES, Zoia; TUNES, Elizabeth. Algumas informações biográficas sobre L. S. Vigotski: será que, algum dia, a névoa se dissipará? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 78-87, jan.-abr. 2015.

SABEL, C. Samantha. **A psicologia de Vigotski e o materialismo histórico dialético de Marx e Engels**: relações arqueológicas. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2006.

SANTOS, Gomes Lívia. **Inconsciente**: uma reflexão desde a psicologia e Vigotski. Tese de Doutorado. PUC-SP: São Paulo, 2015.

SOUZA, T. Marcela; SILVA, D. Michelly; CARVALHO, Rachel. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? **EINSTEIN**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

VIGOTSKI, L.S. A linguagem e o pensamento da criança na teoria de Piaget. Estudo crítico. In: VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes. 1932/2001.

VIGOTSKI, L.S. Conclusiones. Futuras vias de investigación. Desarrollo de la personalidad del niño y de su concepción del mundo. In: VIGOTSKI, L. S. *Obras Escogidas*. Tomo III. 2. ed. Madrid: Visor. 1931/2000.

VIGOTSKI, S. Lev. **Obras Escogidas**: Fundamentos de defectologia – V. Trad. Julio Guillermo Blank. 2ª ed. Madrid: Machado Grupo de Distribución, 2012.