



VII Congresso Internacional de Educação Unibave
VII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão - SENPEX
II Feira de Tecnologia e Inovação

O protagonismo de quem se transforma para transformar

Anais do VII Congresso Internacional de Educação e VII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão - SENPEX

Orleans - 6 a 8 de outubro de 2016



ANAIS

VII Congresso Internacional de Educação UNIBAVE
VII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão - SENPEX
O protagonismo de quem se transforma para transformar
Orleans – Santa Catarina – 06, 07 e 08 de outubro de 2016

Ana Paula Bazo
Leonardo de Paula Martins
Marlene Zwierewicz
(Organizadores)

ISBN: 978-85-67456-14-0

ANAIS

VII Congresso Internacional de Educação e
VII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão - SENPEX
Orleans - Santa Catarina – 06, 07 e 08 de outubro de 2016.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do UNIBAVE

C749a Congresso Internacional de Educação e Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão: o protagonismo de quem se transforma para transformar - SENPEX – UNIBAVE (7. : 2016 : Orleans, SC).

Anais – VII Congresso Internacional de Educação e VII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão [recurso eletrônico]: o protagonismo de quem se transforma para transformar – SENPEX - UNIBAVE: 06, 07 e 08 de out em Orleans, SC. / Organizadores: Ana Paula Bazo; Leonardo de Paula Martins e Marlene Zwierewicz.

Modo de acesso: periodicos.unibave.net
ISBN: 978-85-67456-14-0

Evento realizado pelo Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE e organizado pelas Pró-Reitorias de Ensino de Graduação e de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão.

1. Pesquisa. 2. Educação. 3. Extensão. I. Bazo, Ana Paula org. II. Martins, Leonardo de Paula. org. III. Zwierewicz, Marlene. org. IV. Título.

CDD: 370.7

COMITÊ CIENTÍFICO

Comitê científico externo

Antonio Pantoja Vallejo - Universidade de Jaén - UJA - Espanha

Juan Miguel González Velasco - Universidade San Andrés - Bolívia

Marilza Vanessa Rosa Suanno - Universidade Federal de Goiás - Brasil

Saturnino de la Torre - Universidade de Barcelona - UB - Espanha

Teresa Salinas - Universidade Ricardo Lima - Peru

Vera Lúcia de Souza Silva - Universidade Regional de Blumenau - FURB – Brasil

COMITÊ CIENTÍFICO

Comitê científico interno (UNIBAVE – Brasil)

Adalberto Alves de Castro
Adriana Zomer Moraes
Ana Paula Bazo
André Freccia
Andréa Andrade Alves
Andressa Corneo Gazola
Camila Lopes Eckert
Cláudio Sérgio da Costa
Daniel Magagnin
Diego José Cifuentes
Dimas Ailton Rocha
Diogo Lentz Meller
Elder Tschoseck Borba
Felipe Silva Mathes Basso
Glaucea Warmeling Duarte
Greice Lessa
Guilherme Doneda Zanini
Guilherme Valente de Souza
Hermann Joseph Braun
Ismael Dagostin Gomes
Jacira Aparecida de Souza Wagner Zanatta
Jadina de Nez
Janaina Veronezi Aberton
João Fabricio Guimara Somariva
Josué Alberton
Julio Preve Machado
Karla Pickler Cunha
Leonardo de Paula Martins
Lívia Gonçalves da Silva Valente
Lorena Paratella
Lucas Crotti Zanini
Luiza Liene Bressan da Costa
Márcia Raquel Ronconi de Souza
Marlene Zwierewicz
Mauro Maciel Arruda
Miriam Aparecida Silveira Mazzuco
Miryam Cruz Debiasi
Nacim Miguel Francisco Júnior
Pollyana Feldhaus Schlickmann
Richard da Silva
Rodrigo Moraes Kruehl
Rose Maria Adami
Rovânio Bussolo
Solange Vandresen
Vanessa Isabel Cataneo
Vilmar Vandresen
Willian Casagrande Candioto

APRESENTAÇÃO

No dia 23 de setembro de 1974, a Lei Municipal nº 491 criou no município de Orleans (SC) a Fundação Educacional Barriga Verde - Febave, que iniciou suas atividades administrando as escolas municipais e desenvolveu importantes projetos para melhorar a qualidade da educação. No setor educacional, além de atuar com o ensino municipal, criou cursos técnicos de Contabilidade e Secretariado e o Curso Supletivo de I e II Grau, oportunizando a muitas pessoas ampliar sua escolaridade. Implantou também, uma escola de Ensino Básico com projeto pedagógico diferenciado, ainda em funcionamento e atualmente denominada Escola Barriga Verde - EBV, que atende também alunos de outros municípios. Em 1998 iniciou suas atividades na Educação Superior com o curso de Administração de Empresas, possibilitando, posteriormente, a criação do Centro Universitário Barriga Verde - Unibave.

A Febave trouxe para a sua região de inserção mais entusiasmo, pois além de suprir necessidades de educação, cultura e promoção social, também se firmou como uma base de desenvolvimento. A Instituição tem como princípio essencial, demonstrar que a educação é o mais importante produto social que temos para formar uma sociedade com equilíbrio em todos os segmentos.

A exemplo disso, em 2 de dezembro de 2014, o Unibave, por meio da Portaria nº 734, publicada pelo Ministério da Educação - MEC, foi qualificada como Instituição Comunitária de Educação Superior - Ices. Esse reconhecimento valoriza os programas e projetos desenvolvidos pela Instituição, que têm beneficiado diretamente as comunidades dos municípios da sua região de inserção.

Essa conquista vem ao encontro da visão do Unibave, que é ser reconhecida como instituição comunitária de excelência educacional e promotora do desenvolvimento sustentável. Essa visão pode ser percebida nas atividades que o Unibave desenvolve, destacando o 'VII Congresso Internacional de Educação Unibave: o protagonismo de quem se transforma para transformar'.

Nessa edição, o VII Congresso Internacional de Educação Unibave aconteceu juntamente ao VII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão - Senpex e a II Feira de Tecnologia e Inovação, ampliando possibilidades para a interação com a comunidade e entre diferentes áreas do conhecimento, além da valorização de instituições e profissionais que se transformam para transformar.

Nos anais que ora são apresentados, além das experiências e conhecimentos que foram socializados durante os referidos eventos, ficam também registrados nossos agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização.

Elcio Willemann
Reitor do Unibave

SUMÁRIO

Área temática:

Estudos e Experiências em Práticas Educativas, Criativas e Inclusivas

A ALIMENTAÇÃO COMO PATRIMÔNIO CULTURAL: EXPERIÊNCIA EDUCATIVA ENTRE MUSEU E ESCOLA (<i>Valdirene Böger Dorigon; Karolinne Paula Tonietto; Edileni Della Justina; Juciéli Mattos; Sandra Frasson Menegasso Mason</i>)	22
A AMBIENTALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR: UMA ABORDAGEM NO CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS BACHARELADO DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC) (<i>Nicolli Domingues Naspolini; Valeska Paulo Fernandes; Miriam da Conceição Martins</i>)	33
A DOCÊNCIA E OS DIFERENTES MODOS DE CONCEBER A FILOSOFIA (<i>Giovani Alberton Ascari; Deise Viviane Coan; Luíza Liene Bressan; Willian Casagrande Candioto; Juliana Natal da Silva</i>)	46
A GESTÃO DO CUIDADO: PROCESSOS PEDAGÓGICOS PENSADOS NUMA PERSPECTIVA PROTETIVA, ÉTICA E ESTÉTICA (<i>Sílvia Cardoso Rocha</i>)	59
A IMPORTÂNCIA DA LITERATURA INFANTIL NO PROCESSO DE ALFABETIZAÇÃO E LETRAMENTO (<i>Rosilane Damazio Cachoeira; Carolina Silva de Oliveira</i>)	71
A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE EDUCATIVA NA GESTÃO ESCOLAR (<i>Alcionê Damasio Cardoso; Miryan Cruz Debiasi; Marlene Beckauser; Maria Marlene Schillickmann; Juliana Mazon</i>)	83
A PARTICIPAÇÃO DE MULHERES NA ATIVIDADE LEITEIRA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE ORLEANS/SC (<i>Vandreça Vigarani Dorregão; Giovana Ilka Jacinto Salvaro</i>)	98
A RELAÇÃO HISTÓRICA ENTRE ESCOLA, EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE (<i>Carolina Machado de Oliveira; Júlio César Nasário; Franciane Maria Araldi; Fernando Kissner; Luciano Fonseca de Oliveira</i>)	111
ADAPTAÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL (CRECHE 01 a 03 ANOS): REFLEXÕES DE PROFESSORES E PAIS DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL PARTICULAR DE CRICIÚMA-SC (<i>Mirozete Iolanda Volpato Hanoff, Simone das Graças Nogueira Feltrin, Eliane Aparecida Figueiredo Rodrigues</i>)	121
ANÁLISE CRÍTICA TEXTUAL EM DISCIPLINA DO CURSO DE MEDICINA VETERINÁRIA DO UNIBAVE (<i>André Freccia; Fernanda Brunel da Silva; Rosani Hobold; Adriana Zomer de Moraes; Guilherme de Souza Valente</i>)	134
ARTE LITERÁRIA: UMA POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO ENTRE A UNIVERSIDADE E A COMUNIDADE (<i>Juliana Natal da Silva; Edina Furlan Rampineli; Vanessa Isabel Cataneo; Viviani Zilli; Richard da Silva</i>)	143
AS DIFERENÇAS CULTURAIS NAS ESCOLAS DO FUTURO: O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE COMO POSSIBILIDADE DE ABERTURA (<i>Jonathas Vilas Boas de Sant'Ana; João Henrique Suanno</i>)	153

AVALIAÇÃO DO MODELO DE ACESSIBILIDADE PARA O GINÁSIO MUNICIPAL DA CIDADE DE LAURO MÜLLER (<i>Gabriel Siqueira Sombrio; Júnior Serafim Corrêa; Matheus Pereira; Tatiane Cardoso Velho; Thiago Pottmeier Meurer</i>)	169
AVALIAÇÃO ESCOLAR DE APRENDIZAGEM: IMPORTÂNCIA DE SUA COMPREENSÃO EM ARTICULAÇÃO COM AS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO PARA A PRÁTICA PEDAGÓGICA (<i>Isabela Cristina Wessler; Isabela Letícia Alves; Joseane Wanderlind; Mariany Mendes; Miryan Cruz Debiasi</i>)	179
CARACTERIZANDO O SUJEITO SURDO (<i>Alini Mariot</i>)	192
CLUBINHO DE MATEMÁTICA: UM PROJETO DO ENSINO DA MATEMÁTICA QUE TEM O PODER DE ABRIR AS PORTAS (<i>Diana Morona, Maria Albertina Guizzo</i>)	205
CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DA BOBINA DE TESLA COMO UM INSTRUMENTO DIDÁTICO NO ENSINO DA FÍSICA (<i>Ana Elise Chuch; Bruna Destro Jung; Helliton Silva Machado; Micaella Borgert Miguel; Rosivete Coan Niehues</i>)	219
CONTEXTO ESCOLAR: A APRENDIZAGEM ATRELADA AOS HÁBITOS DE ESTUDO NA EDUCAÇÃO DOS ALUNOS DA PRIMEIRA SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (<i>Rosana Bertoncini Quarezemin; Vanessa de Medeiros</i>)	230
DA DOCÊNCIA PARA A GESTÃO: OS DESAFIOS DESSA TRANSPOSIÇÃO (<i>Maria Marlene Schlickmann¹; Alcionê Damasio Cardoso¹; Miryan Cruz Debiasi</i>)	241
DA ECOLOGIA GERAL À ECOLOGIA PROFUNDA: AVANÇOS PARA UM DIÁLOGO DE INTERFACE (<i>Fábio Boeing; Tayse Borghezan Nicoladelli</i>)	255
DA EVASÃO À PERMANÊNCIA NO E DO ENSINO SUPERIOR: ESPRAIANDO A TESSITURA DO PROGRAMA ACOLHER DO UNIBAVE (<i>Marlene Zwierewicz; Vandreça Vigarani Dorregão; Ana Paula Debiasi Meurer; Sônia Lazzaretti Martins; Fernanda Zanette de Oliveira</i>)	267
DESCOMPLICANDO AS EXATAS: AULAS EXPERIMENTAIS COMO MOTIVADORAS NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM DAS DISCIPLINAS – MATEMÁTICA, FÍSICA E QUÍMICA (<i>Jaqueline Velho Araújo; Marcilene Alberton dos Santos; Almir Francisco Correa; Vanessa de Medeiros; Rosana Bertoncini Quarenzemin</i>)	278
DESDE OS PRIMÓRDIOS ATÉ HOJE EM DIA (<i>Juliano Carrer</i>)	288
DIFERENTES ABORDAGENS DO ENSINO NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR UNIVERSITÁRIO (<i>Daniel Pezente; Janaina Veronezi Alberton; Márlon Domingos; Ricardo Luiz Bittencourt</i>)	297
(ECO) FORMAÇÃO DE PROFESSORES NA EDUCAÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DE PROJETOS CRIATIVOS ECOFORMADORES (<i>Jeane Pitz Pukall; Vera Lúcia de Souza e Silva</i>)	309
EDUCANDO NA ESCOLA CRIATIVA E SUSTENTÁVEL: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS ECOFORMADORAS (<i>Jeane Pitz Pukall; Mara Rúbia Bertoldi; Sandra Quarantani; Simone Moritz; Solange Campestrini</i>)	325
EDUCSUL: CONTRIBUIÇÃO DO ENSINO SUPERIOR DO UNIBAVE PARA A AUTOAVALIAÇÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL DO SUL CATARINENSE (<i>João Fabrício Guimara Somariva; Márcia Bianco; Marlene Zwierewicz</i>)	339

ENCONTROS INTERCULTURAIS: HISTÓRIA REGIONAL E SUAS POSSIBILIDADES PARA EDUCAÇÃO NA DIVERSIDADE (<i>Beatriz D'Agostin Donadel; Ide Maria Salvan Maccari</i>)	352
ENSINO DE HISTÓRIA E EDUCAÇÃO PATRIMONIAL: EXPERIÊNCIAS EM CURSOS DE PEDAGOGIA (<i>Beatriz D'Agostin Donadel; Rafaela Duarte</i>)	368
EXTENSÃO NO CURRÍCULO: ESTRATÉGIAS PARA CURSOS DE GRADUAÇÃO DO IFSC (<i>André Dala Possa</i>)	378
FILOSOFIA COM CRIANÇAS: NOVAS PRÁTICAS, NOVOS OLHARES (<i>Alex Sander da Silva; Aline Costa Rocha; Diandra Zuchinali; Jéferson Luís de Azeredo; Keven Ronsane</i>)	392
FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES: AÇÃO QUE TRANSFORMA E CRIA NOVAS PERSPECTIVAS DO APRENDER E ENSINAR (<i>Maria José da Silva Morais; Maria José de Pinho</i>)	407
FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA A PARTIR DA PERSPECTIVA CRÍTICO-SUPERADORA (<i>João Fabrício Guimara Somariva; Tânia Mara Cruz</i>)	423
GÊNERO E AGRICULTURA: A (DES)VALORIZAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS POR MULHERES AGRICULTORAS NO PROCESSO DE INTERAÇÃO ENTRE CAMPO/CIDADE (<i>Fabia A. Galvane; Giovana Ilka J. Salvaro</i>)	437
GÊNERO E INFÂNCIA: A CONSTITUIÇÃO DE SUBJETIVIDADES FEMININAS E MASCULINAS NO CONTEXTO ESCOLAR (<i>Vanessa de Medeiros; Richard da Silva</i>)	447
HORTA SUSPensa: POSSIBILIDADES PEDAGÓGICAS POR MEIO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL PARA ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL (<i>Edileni Della Justina; Luiz Coelho; Elaine Burgrever Kuhnen; Rosilane Damazio Cachoeira</i>)	461
INDÍCIOS DE AMBIENTALIZAÇÃO E SUSTENTABILIDADE NA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC (<i>Valeska Paulo Fernandes; Maria Laura Soares Bernardo; Nicolli Domingues Napolini; Miram da Conceição Martins</i>)	470
LITERATURA INFANTIL: IMPORTÂNCIA E PRESSUPOSTOS (<i>Juciani Kuhnen; Letícia Cristina Obertier; Luiza Liene Bressan; Rafaela Monteguti; Giovani Ascari Alberton</i>)	481
METODOLOGIAS DE ANÁLISE DA QUALIDADE DO LEITE: A PREPARAÇÃO DO ALUNO PESQUISADOR (<i>Jaqueline Velho Araújo; Simone Burgrever Schmitz; Thuany Bussolo Burato</i>)	491
MOBILIDADE ACADÊMICA NAS UNIVERSIDADES DE SANTA CATARINA: O ESPAÇO DOS ESTUDANTES DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS (<i>Zeli Felisberto, Januário José Monteiro, Milla Lúcia Ferreira Guimarães, Andréia Cittadin, Dourival Giassi</i>)	499
MOVIMENTOS SOCIAIS, SUJEITOS E PROCESSOS EDUCATIVOS: O ESTADO DA ARTE SOBRE O GT 03 DA ANPED (<i>Caroline Martello; Miriã Machado; Mônica Grando</i>)	513
O ENSINO COMO PRÁTICA EDUCATIVA INOVADORA (<i>Edna Maria Cruz Pinho; Maria José de Pinho</i>)	525

O MUSEU COMO FERRAMENTA DE ENSINO E APRENDIZAGEM NOS PROJETOS DESENVOLVIDOS PELA REDE INTERNACIONAL DE ESCOLAS CRIATIVAS – RIEC BRASIL: UMA PERSPECTIVA DIDÁTICA ECOFORMADORA E TRANSDISCIPLINAR (<i>Silvino Jorge de Assis; Marcia Bianco; Andréa Andrade Alves; Rosani Hobold Duarte</i>)	539
O TRABALHO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM DO ENSINO FUNDAMENTAL II (<i>Rose Maria Adami; Juliana Debiasi Menegasso; Renata Bussolo Campos; Tayse Borghezani Nicoladelli; Graziela Elias</i>)	553
PEER INSTRUCTION: EXPERIÊNCIA DE ENSINO APRENDIZAGEM NO CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO COMERCIAL (<i>Elenice P. Juliani Engel; Almerinda Tereza Bianca Bez Batti Dias</i>)	568
PERFIL DE DESCARTE DE ÓLEO DE COZINHA EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA SITUADAS NO MUNICÍPIO DE TUBARÃO, SC (<i>Eduardo Aquini; Isonel Maria Comelli Pavei; Douglas Bardini Silveira</i>)	583
PRÁTICAS PEDAGÓGICAS CRIATIVAS: POSSIBILIDADES E LIMITES (<i>Raquel de Oliveira Costa Pereira Knop</i>)-	593
PRECONCEITO ÉTNICO-RACIAL E DISCRIMINAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR SOB O PONTO DE VISTA DE PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA (<i>Maria Marlene Schlickmann</i>)	606
PROJETO “SOB PRESSÃO”: A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS COMO AGENTE INFLUENCIADOR NO RITMO DAS FUNÇÕES VITAIS (<i>Maria Juliana de Pieri Briguento; Renata Righetto Jung Crocetta; Rosilane Damazio Cachoeira</i>)	617
PROJETO CRIATIVO ECOFORMADOR NA EDUCAÇÃO INFANTIL (<i>Denise Coan Albino; Rosecler Hanoff Damázio</i>)	627
PROJETO CRIATIVO ECORFORMADOR NOS ANOS INICIAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ALFABETIZAÇÃO (<i>Eliane de Fátima Prim Santos; Vera Lúcia de Souza e Silva</i>)	637
PROJETO INTEGRADOR COM BASE NA LEI Nº 10.639/03: UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR DE ATENÇÃO À DIVERSIDADE (<i>Richard da Silva; Vanilda Maria Antunes Berti</i>)	653
PROJETO INTEGRADOR: CRIATIVIDADE NO ENSINO DA TEMÁTICA ÉTNICO-RACIAL (<i>Renata Righetto Jung Crocetta; Marilete Willemann; Jeferson Luiz de Azeredo; Clynton Pizoni; Emanuel Antunes Matias</i>)	667
PROJETO MEMÓRIAS DE UMA BIBLIOTECA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA (<i>Carine Estevam Marcílio Mota; Élia da Silva; Rosa Angela de Oliveira; Idemar Ghizzo</i>)	682
RACISMO, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO: HERANÇA HISTÓRICA E CULTURALMENTE CONSTRUÍDA (<i>Marilete Aparecida Willemann; Renata Jung Crocetta; Marcilene Alberton dos Santos; Vandreça Vigarani Dorregão; Silvana Niehues da Silva</i>)	693
RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO RECREIO DIRIGIDO NA ESCOLA BARRIGA VERDE (<i>Renata Righetto Jung Crocetta; Clynton Pizoni; Denise Coan Albino; Rosilane Damazio Cachoeira</i>)	709

REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS: UMA ABORDAGEM POR MEIO DAS REPRESENTAÇÕES SEMIÓTICAS (<i>Vanessa Isabel Cataneo; Marleide Coan Cardoso; Bazílicio Manoel de Andrade Filho</i>)	721
SEMEANDO O BRILHO DO NATAL: EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR COMUNITÁRIA (<i>Vanessa Isabel Cataneo; Elcio Willemann; Edina Furlan Rampineli; Juliana Natal da Silva; Valdirene Böger Dorigon</i>)	735
TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS DA EDUCAÇÃO BRASILEIRA: CARACTERÍSTICAS E IMPLICAÇÕES (<i>Andréa Mateus; Bruna Becker; Bruna Vieira dos Santos; Dheborá Martins; Helen Vargas Bertolino; Milena Perin</i>)	747
TEORIA E PRÁTICA COMO COMPONENTES INDISSOCIÁVEIS: RELATOS DE EXPERIÊNCIA COMO ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA (<i>Vanessa da Silva da Silveira; Bruno Dandolini Colombo</i>)	757
TRANSEXUALIDADE E RELAÇÕES DE TRABALHO (<i>Lays Jasper; Letícia Souza; Natália Volpato Hobold; Natanael de Medeiros; Thuane Oenning Kuntz</i>)	769
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E O USO DE PSICOTRÓPICOS: SOB A VISÃO DOS PROFESSORES DOS ANOS INICIAIS (<i>Fernanda Regina Crozeta Bussolo; Marlene Beckhauser de Souza; Maria Marlene Schlickmann</i>)	779
UM CURRÍCULO PARA A EDUCAÇÃO SUPERIOR COM BASE NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES (<i>Maria de Fátima Viegas Josgrilbert; João Henrique Suanno; Sebastião Gabriel Chaves Maia; Alessandra Viegas Josgrilbert</i>)	793
UM ESTUDO SOBRE OS EGRESSOS DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO BARRIGA VERDE DO ANO DE 2011 (<i>Daniela Niehues; Jadina De Nez; Alessandra Knoll; Felipe Basso</i>)	808

**Área temática:
Estudos e Experiências em Saúde**

ABORDAGEM DAS PRINCIPAIS PLANTAS DO GÊNERO MIKANIA QUANTO SUAS CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS (<i>Alice Mariot; Bianca Aparecida Fornasa; Fernando Mateus Scremim; Joice Tavares Carrer</i>)	822
ÁCIDOS GRAXOS TRANS: RELAÇÃO ENTRE O CONSUMO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES (<i>Fernando Mateus Scremin; Luiz Fábio Bianco; Fabrício Eládio Felisbino; Candice Steckert da Silva; Raquel Michels Della Giustina</i>)	831
ALTERAÇÕES DO SONO NA TERCEIRA IDADE (<i>Cláudio Sérgio da Costa; Adalberto Alves de Castro; Matheus Leonardo Ghisi De Nez; Priscila da Silva Cunha</i>)	846
ANSIEDADE: UM ESTUDO SOBRE FOBIA SOCIAL (<i>Amanda Kesting; Débora Mendes Corrêa; Kermelin Aparecida Alves; Cláudio Sérgio da Costa; Adalberto Alves de Castro</i>)	856

APROFUNDANDO A PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA: VIVÊNCIAS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS DE GRAVATAL E ORLEANS SC (<i>Danielle Engels da Silva; Izadora Eger de Moraes; Juliana Cidade Soares; Karine da Silva Holthasen; Rodrigo Moraes Kruehl</i>)	868
AROMATERAPIA: POSSIBILIDADES PARA O TRATAMENTO DA ANSIEDADE (<i>Fernando Mateus Scremin; Morgana Maria Cascaes Montanha; Fabrício Eládio Felisbino; Candice Steckert da Silva; Jéssica Guizoni Felisbino Alves</i>)	880
BOMBEIRO MILITAR: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO (<i>Yasmin Vicente Rafael; Adriana Zomer de Moraes; Felipe Basso; Pollyana Feldhaus Schlickmann</i>)	894
CONDIÇÕES DE TRABALHO E FATORES OCUPACIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ONCOPEDIATRIA: UM ESTUDO EM UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Morgana da Silva Del Canalle; Kelli Pazeto Della Giustina; Dandara da Silva Walter; Jaqueline Caetano; Morgana Maria Cascaes Montanha</i>)	906
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SERRANA DE SANTA CATARINA SOBRE AS HEPATITES B E C (<i>Jailson Rodrigues; Leonardo de Paula Martins; Alexandre Piccinini; Ana Paula Bazo</i>)	921
CONTROLE MICROBIOLÓGICO DE PRODUTOS COSMÉTICOS MANIPULADOS POR ALUNOS DO CURSO DE FARMÁCIA DO UNIBAVE (<i>Alexandre Piccinini; Fernando Matheus Scremin; Luiz Fabio Bianco; Cleonice Maria Michelon</i>)	934
CREAS: EFETIVANDO DIREITOS PARA ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS (<i>Ingrith Camilo Laurentino; Natália Volpato Hobold; Natanael de Medeiros; Taiana Bernardo Beza; Thuane Oenning Kuntz</i>)	941
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO ASSISTIDA (<i>Lucas Corrêa Preis; Aline Lemos Marciano; Greice Lessa; Jaqueline Caetano; Kassiane Dutra</i>)	954
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: EXPERIÊNCIA EXITOSA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM (<i>Giseli Orben; Kassiane Dutra; Simara Medeiros Martins; Silvia Salvador do Prado; Giseli Boeng Della Giustina</i>)	964
ESQUIZOFRENIA: CARACTERÍSTICAS, INFLUÊNCIA GENÉTICA, ALTERAÇÕES CEREBRAIS E O AUXÍLIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO TRATAMENTO DA DOENÇA (<i>Débora Bergmann; Juliana Costa Gomes da Costa; Jenifer Vieira Rodrigues; Cláudio Sérgio da Costa; Adalberto Alves de Castro</i>)	974
FATORES ASSOCIADOS ÀS FALHAS DO TRATAMENTO CONTRA A BACTÉRIA HELICOBACTER PYLORI: UMA REVISÃO DA LITERATURA (<i>Micheli Rodrigues de Souza; Alexandre Piccinini; Luiz Fábio Bianco; Ana Paula Bazo</i>)	983
FATORES DETERMINANTES PARA A DESISTÊNCIA DE JOVENS ATLETAS EM MODALIDADES INDIVIDUAIS DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA (SC) (<i>Dário Leopoldo dos Santos Neto; João Fabrício Guimara Somariva</i>)	997

HIPOTIREOIDISMO: INTERFERÊNCIAS FARMACOCINÉTICAS DA LEVOTIROXINA E PATOLOGIAS RELACIONADAS (<i>Raquel de Melo Scheid; Charlene Martins; Rick Wilhiam de Camargo; Morgana Maria Cascaes Montanha; Adalberto Alves de Castro</i>)	1008
ÍNDICE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2005-2014 (<i>Karla Pickler Cunha; Lenise de Souza Geremias; Marcela Rohden</i>)	1018
INSATISFAÇÃO SEXUAL NA RELAÇÃO CONJUGAL: UMA ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL (<i>Pátilla Francy Kùlkamp da Silva; Rosane Romanha</i>)	1028
LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS MAUS TRATOS CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE (<i>Lilian Fabianni Bastos; Alana Patrício Stols Cruzeta; Giseli Orben; Karla Pickler Cunha</i>)	1041
MOTIVOS DE ATRASO NO ESQUEMA VACINAL: UMA PESQUISA DE REVISÃO (<i>Jaqueline Caetano; Kassiane Dutra; Greice Lessa; Aline Lemos Marciano; Lucas Corrêa Preis</i>)	1051
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: ESTUDO DO SUICÍDIO NA REGIÃO CARBONÍFERA CATARINENSE DE 1996 A 2014 (<i>Paloma Bittencourt</i>)	1061
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PNEPS: OS CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA (<i>Luciano Silveira Pacheco de Medeiros; Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões; Luciane Bisognin Ceretta; Marco Antônio de Medeiros; Lisiane Tuon</i>)	1071
POSSÍVEIS CAUSAS ENVOLVIDAS NO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Francieli Canton; Candice Steckert da Silva; Fabrício Eládio Felisbino; Andressa Córneo Gazola</i>)	1082
RISCO OCUPACIONAL DOS QUIMIOTERÁPICOS: A ROTINA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Dandara da Silva Walter; Kelli Pazeto Della Giustina; Sirlí Resin; Morgana da Silva Del Canale; Aline Lemos Marciano</i>)	1096
TAXA DE MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2005 A 2014 (<i>Lucas Corrêa Preis; Ana Paula Bazo; Giseli Orben; Kelli Pazeto Della Giustina; Greice Lessa</i>)	1110
TRANSEXUALIDADE: UM OLHAR SOBRE SUAS DEFINIÇÕES E A VIOLÊNCIA (<i>Aline Kemper; Gabriela Vidal; Lucas Silva; Miriam Fialho</i>)	1124
UM ESTUDO SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ACADÊMICOS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO LOCALIZADO AO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA (<i>Geison Antunes João; Sirlí Resin; Luciano Corrêa; Karla Pickler Cunha; Rodrigo Moraes Kruehl</i>)	1133

Área temática:
Estudos e Experiências em Administração e Ciências Contábeis

- A ATUAÇÃO DE EMPRESAS DA AMUREL NO COMÉRCIO INTERNACIONAL
(Luan Philippi Machado, Andreza Baschiroto Soethe; Flávio Schlickmann) 1146
- A INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS MACROECONÔMICAS SOBRE O RETORNO DAS EMPRESAS DE CAPITAL ABERTO: UMA ABORDAGEM SETORIAL (Joana de Aguiar Estevão; Anderson Correa Benfatto; Mônica Da Rosa Mendonça; Thiago Rocha Fabris) 1159
- A INFLUÊNCIA DO PLANEJAMENTO FINANCEIRO PARA O CICLO DE VIDA ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE CASO NO SETOR VAREJISTA (Maria Eri Lucia Cruz Macêdo; Maria Socorro Carola do Nascimento) 1173
- A PARTICIPAÇÃO DE EXECUTIVAS BRASILEIRAS E MEXICANAS EM NEGÓCIOS INTERNACIONAIS (Manuela Goulart; Julio César Zilli; Adriana Carvalho Pinto Vieira; Michele Domingos Schneider, Débora Volpato) 1188
- A PRÁTICA DA RESPONSABILIDADE SOCIAL: UMA PESQUISA REALIZADA NAS INDÚSTRIAS DO MUNICÍPIO DE ORLEANS SC (Maira Fernandes Wiggers; Luiz De Noni; Marcos Volpato Lubave; Rovânio Bussolo; Vilmar Vandressen) 1203
- A UTILIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A AGRICULTURA FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE LAURO MÜLLER/SC (Paola Freiburger; Silvia Verona Zanol) 1218
- ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE VOLKSWAGEN E MARCOPOLO CONFORME RELATÓRIOS GRI (Alessandro Cruzetta; Danilo Barbosa de Arruda; Fabrício Schambeck; Berto Varmeling; Mario Sergio Bortolatto) 1233
- ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO ESOCIAL EM DUAS EMPRESAS DA CIDADE DE BRAÇO DO NORTE (Hélita Delfino Bredun; Michele Barreto Cattaneo; Pedro Zilli; Regiane Silva; Valdirene Baggio Pereira) 1248
- ANÁLISE DOS ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE O PROCESSO DE COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO: UM LEVANTAMENTO SOBRE AS MELHORES PRÁTICAS EM ORGANIZAÇÕES (Haniel Joaquim; Thiago Henrique Almino Francisco; Yuri Borba Vefago) 1259
- ANÁLISE GERENCIAL NA PRODUÇÃO DE SUÍNOS (UPL) DE UMA PROPRIEDADE RURAL (Solange Fontanella; Miriam Aparecida Silveira Mazzuco; Ismael Mazzuco; Hermann Joseph Braun; José Sadi Borges Junior) 1270
- ASPECTOS RELEVANTES DA RESOLUÇÃO DO CFC Nº 1.502/2016, QUE DISPÕE SOBRE O CADASTRO NACIONAL DE PERITOS CONTÁBEIS (Juliano Dela Vedova; Luiz De Noni; Edvania dos Reis Garcia; Fernando Marcos Garcia) 1286
- BENEFÍCIOS DO MARKETING PLANEJADO (Bruna Marchetti; Rovânio Bussolo; Karen Q. Cavichioli Homann; Jacira Aparecida de Souza Wagner Zanatta) 1302
- CONTROLADORIA E CONTROLES INTERNOS: PESQUISA REALIZADA NAS INDÚSTRIAS DO SEGMENTO DE PLÁSTICO DO MUNICÍPIO DE ORLEANS (Jerusa Redivo Jung; Miriam Aparecida Silveira Mazzuco; Ismael Mazzuco) 1316

CONTROLE DO ESTOQUE DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (Gabriela Longo Silvestre; Rovânio Bussolo; Jean Bussolo Antunes; Andreza Baschiroto Soethe)	1332
CONVERGÊNCIAS ENTRE SUSTENTABILIDADE E RESPONSABILIDADE SOCIAL: UMA ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES BRASILEIRAS EM UMA BASE DE DADOS (Camila Machado Bardini; Mariana Pereira Westrup; Maristela Quartiero De Faveri; Melissa Watanabe)	1345
DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA EMPRESA: BRASIPLA INDÚSTRIA E COMERCIO LTDA (Mario Sergio Bortolatto; Emerson Luciano; Jennifer Zomer Spindola; Felipe Wanderlind; Murilo Leal)	1360
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL COMO ESTRATÉGIA COMPETITIVA: UM ESTUDO DAS COMPETÊNCIAS ADOTADAS PELA EMPRESA NATURA COSMÉTICOS (Jaqueline Bitencourt Lopes; Ana Paula Silva dos Santos; Cristina Keiko Yamaguchi)	1370
ECONOMIA SOLIDÁRIA E SOCIAL: UMA ARTICULAÇÃO COM O EMPODERAMENTO/EMPOWERMENT (Anderson Correa Benfatto; Ana Paula Silva dos Santos; Karoline Brasil de Oliveira; Cristina Keiko Yamaguchi)	1384
ESTILOS DE LIDERANÇA E SUA INFLUÊNCIA NA CULTURA ORGANIZACIONAL (Viviane Bussolo Mazzuco; Adriana Zomer de Moraes)	1399
ESTUDO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE INTERNO EM UMA EMPRESA DO RAMO PLÁSTICO DO MUNICÍPIO DE ORLEANS/SC (Vanilda Maria Antunes Berti; Fernanda da Silva)	1413
O ESTUDANTE COMO PROTAGONISTA DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE NEGÓCIO (Ricardo Pieri; Kátia Aurora Dalla Libera Sorato; Almerinda Tereza Bianca Bez Batti Dias)	1426
O IMPACTO DA APLICAÇÃO DA NOVA LEGISLAÇÃO DO EMPREGADO DOMÉSTICO – UMA PESQUISA COM OS EMPREGADORES E EMPREGADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUDGERO – SC (Marina Michels; Jádina De Nez; Luiz de Noni; Marcos Volpato Lubave; José Sadi Borges Júnior)	1438
O PROCESSO DE FORNECIMENTO DE INSUMOS INDIRETOS NA CONFECÇÃO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA (Bruna Inácio da Rosa; Michele Domingos Schneider; Júlio César Zilli; Adriana Carvalho Pinto Vieira; Débora Volpato)	1451
OS CUSTOS DE PRODUÇÃO CONFORME O SISTEMA DE CUSTEIO ABC: UM ESTUDO DE CASO NUMA EMPRESA FABRICANTE DE MATERIAIS DE LIMPEZA DO SUL DE SC (Elton John de Melo Batista; Jádina De Nez; Luiz De Noni; Marcos Lubave Volpato; Volnei Margotti)	1466
PRODUTOR RURAL: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE TRIBUTAÇÃO PESSOA FÍSICA E PESSOA JURÍDICA EM DUAS PROPRIEDADES RURAIS DE ORLEANS-SC (Rubia Cancelier Eing; Luiza Leandro da Silva; Alessandra Knoll)	1480
PRÁTICAS DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA: A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO (Priscila Machado Zanela Luana Figueira Reus; Ana Paula Silva dos Santos; Cristina Keiko Yamaguchi)	1491

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA COOPERATIVA PIONEIRA DE ENERGIA NO MUNICÍPIO DE FORQUILHINHA – SC (<i>Ramiris da Rosa Peruchi; Julio César Zilli; Adriana Carvalho Pinto Vieira; Michele Domingos Schneider</i>)	1510
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOCENTE E DESEMPENHO DISCENTE: UM ESTUDO NAS UNIVERSIDADES CATARINENSES QUE OFERTAM GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS (<i>Eduardo T. Castanha; Andréia Cittadin; Dourival Giassi; Januário J. Monteiro; Milla Guimarães</i>)	1525
SISTEMA DE ESCRITURAÇÃO DIGITAL DAS OBRIGAÇÕES FISCAIS, PREVIDENCIÁRIAS E TRABALHISTAS (eSOCIAL): OS DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE ROTINAS DIANTE DA GESTÃO ORGANIZACIONAL (<i>Melissa Chanazis Valentini; Adriana Carvalho Pinto Vireira; Cristina Keiko Yamaguchi</i>)	1540
TERCEIRO SETOR E SERVIÇOS: REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER (<i>Adriana Zomer de Moraes; Mirele Cruz Debiasi Périco</i>)	1555
TRANSFORMAR A PERSPECTIVA DE TRABALHO ATRÁVES DO SOCIODRAMA (<i>Lays Jasper; Letícia Souza; Thuane Oenning Kuntz; Alexandra Sombrio Cardoso</i>)	1566
UMA ANÁLISE DOS TRAÇOS DO CONSUMIDOR: OS DESAFIOS SOB A PERSPECTIVA DO COMÉRCIO ELETRÔNICO (<i>Marina de Bettio Topanotti; Thiago Henrique Almino Francisco; Yuri Borba Vefago</i>)	1578

**Área temática:
Estudos e Experiências em Direito**

A ATIVIDADE PROBATÓRIA DO MAGISTRADO NO PROCESSO DE CONHECIMENTO À LUZ DO NOVO CPC (<i>Amanda Santa Helena; Edson Lemos; Fábio Boeing; Pedro Zilli Neto; Márcia Zomer Rossi Mattei</i>)	1594
A PROPRIEDADE PREDIAL E TERRITORIAL URBANA NO MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE/SC (<i>Wilson Schlickmann Junior; Fabrício Trevisol Bordignon</i>)	1609
A RESPONSABILIDADE DOS VEREADORES POR SEUS VOTOS NOS PROJETOS DE LEI (<i>Pedro Antonio Crocetta</i>)	1624
ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DA AÇÃO E DOS PRESSUPOSTOS PROCESSUAIS NO NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL (<i>Edson Lemos; Leziane Santana da Silva; Victor Jorge de Bitencourt; Pedro Zilli Neto; Márcia Zomer Rossi Mattei</i>)	1635
CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM: EQUIVALENTES JURISDICIONAIS SISTÊMICOS PARA A JUSTIÇA E CELERIDADE PROCESSUAL (<i>Fábio Boeing; Edson Lemos; Maria Helena Backes</i>)	1645
CONSELHO TUTELAR: ATUAÇÃO DO ÓRGÃO E NÍVEL DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE LAURO MÜLLER – SC (<i>Lais Zanini Lopes; Michele Barreto Cattaneo</i>)	1660
DEMOCRACIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA INTER-RELAÇÃO IMPORTANTE PARA A CONCRETIZAÇÃO DA CIDADE E LEGITIMIDADE POLÍTICA (<i>Alexandre de Almeida Turela; Diogo Lentz Meller</i>)	1670

DEMOCRACIA EM XEQUE: A ESCOLA SABE DO QUE ESTÁ FALANDO? (<i>Elielton dos Santos Gonçalves; Wanderson Maurício Aguiar da Silva; William Kennedy do Amaral Souza</i>)	1686
DIREITOS FUNDAMENTAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E POLÍTICAS PÚBLICAS: A EXTRAFISCALIDADE COMO MEIO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA O FUNDO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (<i>Diogo Lentz Meller; Alexandre de Almeida Turela</i>)	1698
EDUCAÇÃO PARA A IGUALDADE DESDE UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO NO ENSINO JURÍDICO (<i>Luiza Simões Cozer</i>)	1713
EXPLORAÇÃO DE CARVÃO MINERAL A CÉU ABERTO NA REGIÃO DE SANTANA/ URUSSANGA/SC: A NÃO RECUPERAÇÃO DAS ÁREAS DEGRADADAS (<i>Mariane Albino; Fabricio Trevisol Bordignon; Fernando Pavei; Michele Barreto Cattaneo; Ramirez Zomer</i>)	1725
IMPORTÂNCIA DAS ENTIDADES SOCIAIS PARA A INTEGRAÇÃO DOS IMIGRANTES HAITIANOS E AFRICANOS NO MUNICÍPIO DE ORLEANS/SC (<i>Patrício Raduvanski Torres; Joélia Walter Sizenando Balthazar</i>)	1741
INSTITUIÇÕES COMUNITÁRIAS DE ENSINO SUPERIOR: UMA DISCUSSÃO SOBRE A NATUREZA JURÍDICA (<i>Marlene Alberton Monteguti; Vilmar Vandresen; William Casagrande Candiotto</i>)	1753
PERÍCIA AMBIENTAL: ANÁLISES QUÍMICAS APLICADAS NA BARRAGEM DA SAMARCO (<i>Daniely Gonçalves; Fernando Scremin; Jéssica de Oliveira; Maiane Virgínio; Almir Corrêa</i>)	1766
POR UMA NARRATIVA DESCONTÍNUA DA DEMOCRACIA: POSSIBILIDADES DE RESSIGNIFICAÇÃO ATRAVÉS DE UMA CRÍTICA AO MODELO LIBERAL REPRESENTATIVO (<i>Diogo Lentz Meller</i>)	1777
RESPONSABILIDADE CIVIL DOS PAIS COM SEUS FILHOS: UMA REFLEXÃO NO ÂMBITO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUDGERO/SC (<i>Flávia Raldi Werncke; Márcia Zomer Rossi Mattei; Regiane Viana da Silva</i>)	1793

Área temática:

Estudos e Experiências em Tecnologia e Informação

A INDÚSTRIA TÊXTIL ALÉM DO VESTUÁRIO (<i>Fabiana Sartori Magagnin; Jaqueline Velho Araújo</i>)	1810
ACESSIBILIDADE DA PREFEITURA MUNICIPAL, DA CÂMARA DE VEREADORES E DA SAMAE ETA/ETE DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Bianca Ballmann; Bruna Bett de Carvalho; Thalía Serafim Corrêa; Glauce Warmeling Duarte; Camila Lopes Eckert</i>)	1827
ANÁLISE PREDITIVA UTILIZANDO MINERAÇÃO DE DADOS EM UMA EMPRESA DO RAMO DE ALIMENTOS (<i>Raphael Fuchter; Wesley Fuchter; Rudiney Marcos Herdt; Max Pereira; Alessandro Zanini</i>)	1837

- APLICATIVO ANDROID PARA AUXILIAR NA GESTÃO DE INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE INTERNET VIA RÁDIO (*Alencar Heidemann; Marcelo de Moraes Schambeck; Nacim Miguel Francisco Júnior; Richard da Silva*) 1848
- BIOMONITORAMENTO DO AR COM O BIOINDICADOR CORAÇÃO ROXO (*Tradescantia pallida* (Rose) D.R. Hunt) NO MUNICÍPIO DE MORRO DA FUMAÇA, SANTA CATARINA, BRASIL (*Julio Becker Pavani; Kristian Madeira; Miriam da Conceição Martins*) 1863
- BOBINA DE TESLA: A EFICIÊNCIA DA ENERGIA SEM FIO (*Ana Paula Cipriano; Nathalia Policarpo; Anderson Volpato Alves*) 1878
- DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE DAS RUAS DO ENTORNO DA IGREJA MATRIZ DO MUNICÍPIO DE BRAÇO DO NORTE (*Bruna Hilário Espindola; Caroline Schlickmann; Cíntia Rodrigues Madalena; Gabriel Siqueira Sombrio; Moniky Ignêz de Bona Soares*) 1888
- DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO DA SEPARAÇÃO E COLETA SELETIVA DE RESÍDUOS SÓLIDOS NO UNIBAVE, CAMPUS ORLEANS, SC (*Hélder Righetto Jung; James Polz; Marcia Raquel Ronconi de Souza; Mauro Zavarize; Renata Righetto Jung Crocetta*) 1899
- ENERGIA GEOTÉRMICA: APLICAÇÕES NO BRASIL (*Elaine Oliveira Brizola Silva; Solange Vandresen*) 1910
- ESTIMATIVA DA VAZÃO PARA FUTURA INSTALAÇÃO DE UM SISTEMA DE DRENAGEM NA RUA DE ACESSO AO BLOCO F, DO CENTRO UNIVERSITÁRIO BARRIGA VERDE – UNIBAVE, EM ORLEANS/SC (*Gabriela Pereira; Bruno de Pellegrin Coan; Antônio de Luca; Odir Coan*) 1919
- ESTUDO DA REUTILIZAÇÃO DO RESÍDUO DE POLIMENTO DE PORCELANATO: UMA BREVE REVISÃO (*Dailson Renato Umbelino; Daniel Magagnin; Josué Alberton; Karina Donadel Carvalho; Silvia Maria Martelli*) 1934
- ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DE AGREGADOS DE BORRACHA E POLIMENTO DE PORCELANATO PARA CONFECÇÃO DE BLOCOS DE PAVIMENTOS (*Carolina Bittencourt; Daiane Ascari; Filipe Rossi; Glaucea Warmeling Duarte; Josué Alberton*) 1949
- FAZIO - PROTÓTIPO DE GERENCIAMENTO FINANCEIRO PARA O CLUBE DE MÃES DO MUNICÍPIO DE SÃO LUDGERO (*Lucas Guilherme Burato da Silva; Roberval Silva Bett; Nacim Miguel Francisco Júnior; Johnny Pereira*) 1960
- GESTÃO DE CUSTOS E A MÁ QUALIDADE NA ELABORAÇÃO DE ORÇAMENTOS EM OBRAS DE CONSTRUÇÃO DE EDIFÍCIOS: O CASO DE UMA CONSTRUTORA COM CINCO ANOS NO MERCADO DO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA (*Júlio Preve Machado; Camila Lopes Eckert; Claudio da Silva; Gabriel Siqueira Sombrio; Odir Coan*) 1974
- ISO 14000: CONSIDERAÇÕES ACERCA DE SEU PANORAMA BRASILEIRO, BENEFÍCIOS E CRÍTICAS ENFRENTADAS DIANTE DE SUA IMPLANTAÇÃO (*Fabiana Sartori Magagnin; Macson Rodrigues*) 1986

O CENÁRIO DA ESCOLARIDADE E DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL: ESTUDO DE CASO EM FLORIANÓPOLIS/SC (<i>Maria Luiza Tremel de Faria; Leticia Mattana; Lisiane Ilha Librelotto; João Carlos Souza</i>)	1997
PL CONSULTA: CONSULTA AO PLANO DE ENSINO (<i>Diego Bianco Boger; Marcelo de Moraes Schambeck; Nacim Miguel Francisco Júnior</i>)	2011
PROBLEMAS NA QUALIDADE DA ÁGUA ENGARRAFADA (<i>Larissa Miranda; Luana Furlan Orbem; Milene Marques Da Corejo; Taynara França Silvério; Luciano Giassi</i>)	2022
PRODUÇÃO DE ESTOPA: OPORTUNIDADE DE RECICLAGEM DE RESÍDUO TÊXTIL (<i>Cleber Zomer; Dimas Ailton Rocha; Glaucea Warmeling Duarte; Josué Alberton; Solange Vandresen</i>)	2033
PROTÓTIPO PARA ADMINISTRAÇÃO DE IGREJAS (<i>Lemuel Pereira; Nacim Miguel Francisco Junior; Richard da Silva; Ricardo Alexandre Vargas Barbosa</i>)	2047
TALHA EXPONENCIAL: IMPORTÂNCIA E CONSTRUÇÃO COMO PROJETO INTEGRADOR NAS DISCIPLINAS BÁSICAS DE ENGENHARIA (<i>Bruno Bibiano; Leonardo Moraes; Marcos Crotti Zanini; Lucas Crotti Zanini; Rosivete Coan Niehues</i>)	2060
TRATAMENTO TÉRMICO DE METAIS E METALOGRAFIA: AULA PRÁTICA COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZAGEM (<i>Cristina Loch Stopasolli; Jardel Kesting; Hiara Heidmann Michels; Almir Francisco Corrêa; Lucas Crotti Zanini</i>)	2070

**Área temática:
Estudos e Experiências em Ciências Agroveterinárias**

ADUBAÇÃO NITROGENADA EM PASTAGENS: A IMPORTÂNCIA PARA O AUMENTO DA PRODUÇÃO DE FORRAGEM (<i>Marcelo Suzuki Calixto</i>)	2082
ANALGESIA MULTIMODAL EM CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO TORÁCICO POR MASTOCITOMA – RELATO DE CASO (<i>Luara da Rosa; Carla Dezan de Lorenzi Cancelier; Karen Suzane Fuchs; Laura Vieira Tonon</i>)	2093
ANÁLISE TÉCNICA AMBIENTAL DAS CONDIÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA EMPRESA DE REAPROVEITAMENTO DE PNEUS USADOS NO MUNICÍPIO DE ORLEANS, SC (<i>Juliana Cardoso Hoffmann; Marcia Raquel Ronconi de Souza; Elder Tschoseck Borba; James Polz; Claudio Silva</i>)	2106
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS ASSOCIADOS EM RELAÇÃO AOS PRODUTOS E SERVIÇOS PRESTADOS PELO POSTO DE ATENDIMENTO DA COOPERATIVA CRESOL NO MUNICÍPIO DE LAURO MÜLLER (SC) (<i>Eduardo Gonzaga Bett; Luiz Osvaldo Coelho; Teresinha Baldo Volpato; Eduardo do Nascimento Aquini; Andréa Andrade Alves</i>)	2119
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE ESPÉCIES FLORESTAIS EXÓTICAS EM ÁREA DEGRADADA PELA MINERAÇÃO DE CARVÃO A CÉU ABERTO (<i>Eduardo Gonzaga Bett; James Alexandre Polz; Marcia Raquel Ronconi de Souza; Elder Tschoseck Borba; Mauro Zavarize</i>)	2130

- AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA AGRICULTURA FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE CERRO LARGO/RS (*Gilmar Luiz Mumbach; Ari Sothe; Marcos José Hensel; Camila Adaime Gabriel; Verner Lauxen*) 2140
- AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA E FÍSICO-QUÍMICA DA CARNE MOÍDA RELACIONADA À VALIDADE (*Maria Lucíola Colombi da Silveira; Samara Paula Mattiello; Diego Heinzen; Ana Isabel Pereira Cardoso*) 2151
- BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO: IMPLEMENTAÇÃO EM ENTREPOSTO E AÇOUGUE TIPO B DE UM SUPERMERCADO (*Ana Cláudia Pereira Cardoso; Andressa Steffen Barbosa; Ana Isabel Pereira Cardoso*) 2164
- CANDIDIASE EM ESPÉCIME DE CALOPSITA (NYMPHICUS HOLLANDICUS) – RELATO DE CASO (*Laura Tonon; Livia Gonçalves da Silva Valente; Vitória Vargas; Larissa Américo; Carla Cancellier*) 2173
- CONSERVAÇÃO DE ALIMENTOS POR MEIO DO MÉTODO DE IRRADIAÇÃO: UMA ÊNFASE NA PRESERVAÇÃO DE FRUTAS E LEGUMES (*Jennifer Zomer Spindola; Mateus Godinho; Matusalem Fornasa Demetrio; Rafael Mello Cardoso; Luciano Giassi*) 2182
- CORREÇÃO DA ACIDEZ E DISPONIBILIDADE DE NUTRIENTES NO SOLO EM FUNÇÃO DA APLICAÇÃO DE RESÍDUO ALCALINO DA INDÚSTRIA DE PAPEL E CELULOSE (*Letícia Moro; Marcia Aparecida Simonete; Maria Tereza Warmling; Patrícia da Silva Paulino; Maria Izabel Warmling*) 2192
- DESEMPENHO DE FORRAGEIRAS DE INVERNO SOB DOIS NÍVEIS DE LUMINOSIDADE EM SISTEMA SILVIPASTORIL (*Luiz Henrique Roecker; Janaína Veronezi Alberton; Guilherme Doneda Zanini; Taís Michelin Maciel*) 2203
- DRENAGEM ÁCIDA DE MINERAÇÃO DO CARVÃO NA BACIA CARBONÍFERA DO ESTADO DE SANTA CATARINA E SEUS EFEITOS EM PEIXES (*Eduardo do Nascimento Aquini; José Eduardo Amaral; Luiz Oswaldo Coelho; Douglas Bardini Silveira; Jonis Baesso Ghizzo*) 2214
- EFEITO DE DOSES DE CALCÁRIO E GESSO EM ATRIBUTOS QUÍMICOS DE SOLO CULTIVADO COM *Eucalyptus dunnii* (*Camila Adaime Gabriel; Marcia Aparecida Simonete; Letícia Moro; Priscylla Pflieger; Gilmar Luiz Mumbach*) 2226
- ESTUDO DA PLURIATIVIDADE NA AGRICULTURA FAMILIAR EM LAURO MULLER – SC (*Teresinha Baldo Volpato; Morgana de Souza Elias; Guilherme Doneda Zanini; Andréa Andrade Alves; Eduardo Bett*) 2235
- FITOTERAPIA: SUSTENTABILIDADE NO CONTROLE DE ECTOPARASITAS NA BOVINOCULTURA (*Henrique Lima dos Santos*) 2245
- HIPERPLASIA FIBROADENOMATOSA DOS FELINOS: RELATO DE CASO (*Daniel S. L. Bernardes; Denise R. Gastaldon; Vitória C. Vargas; Laura Vieira Tonon; Livia Gonçalves da Silva Valente*) 2257
- LISTERIOSE EM OVINOS: OCORRÊNCIA DE 11 SURTOS NA REGIÃO DA SERRA CATARINENSE (*Camila Zomer Spindola; Carla Dezan de Lorenzi Cancellier; Elizabeth Baggio Batista; Thierry Grima de Cristo; Luara da Rosa*) 2266

-
- PESQUISA DA LEISHMANIOSE EM CÃES NOS MUNICÍPIOS DE SÃO FRANCISCO DO SUL E JOINVILLE, SC (*Elizabeth Baggio Batista; Camila Zomer; Thierry Cristo Grima; Flávia Henrique; Deolinda Maria Vieira Filha Carneiro*) 2277
- RESÍDUOS DE CAMA AVIÁRIA: DISPONIBILIDADE DE NUTRIENTES E VIABILIDADE PARA O CULTIVO DE MILHO E SOJA (*Gilmar Luiz Mumbach; Luciano Colpo Gatiboni; Carlos Augusto Augustin; Guilherme Kender Drose Meyer; Jaíne Naiara Bonin*) 2286
- TUMORES CARDÍACOS PRIMÁRIOS E METASTÁTICOS EM CÃES E GATOS: ESTUDO RETROSPECTIVO (2011-2015) (*Thierry Grima de Cristo; Camila Zomer Spindola; Elizabeth Baggio Batista; Claudia Martins Galindo; Renato Silva de Sousa*) 2297
- USO DO ANTI-INFLAMATÓRIO MELOXICAM NA CLÍNICA DE EQUINOS (*Guilherme Valente de Souza; Israel Ricardo; Gabriel Pereira Berti; Fernanda Carlini Cunha dos Santos; Murilo Farias Rodrigues*) 2310

**ÁREA TEMÁTICA:
ESTUDOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE**

ABORDAGEM DAS PRINCIPAIS PLANTAS DO GÊNERO *MIKANIA* QUANTO SUAS CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Educação e promoção de saúde

**Alice Mariot¹; Bianca Aparecida Fornasa¹; Fernando Mateus Scremim¹; Joice
Tavares Carrer¹**

¹UNIBAVE

Resumo: O gênero *Mikania*, pertencente à família *Asteraceae*, é formado por cerca de 450 espécies, destas 51 encontradas no Estado de Santa Catarina, onde *M. cordifolia*, *M. hirsutissima*, *M. hoehnei*, *M. involucrata*, *M. lanuginosa*, *M. lasiandrae*, *M. lindleyana*, *M. micranta*, *M. smilacina* que são utilizadas como anti-inflamatório, analgésico, anti-hipertensivo, diurético antibacteriana, antimicrobiana e para tratamento de dermatose, anemia, úlcera gástrica, cicatrização de feridas, picadas de cobras, devido à presença de diterpenos, monoterpenos, sesquiterpenos, triterpenos, cumarinas, flavonoides e lactonas sesquiterpênicas do tipo germacranolideo.

Palavras-chave: *Mikania*. Farmacologia. Fitoquímica.

Introdução

Mikania é um gênero pertencente à família *Asteraceae* (BARATO et al.,2008) (ALVES,2009; COLODI et al.,2008) e à tribo *Eupatoriae* (BUDEL et al.,2009; CARDOSO.,2005; CAROLLO.,2008), apresenta cerca de 450 espécies, destas 171 são citadas no Brasil (CZELUSNIAK, et al.,2012; RITTER; LIMA et al.,2003; WAECHTER.,2004) e 51 encontradas no Estado de Santa Catarina.

As plantas do gênero *Mikania* são arbustivas, eretas ou volúveis, de ricas e variadas inflorescência, folhas variadas e a delimitação das espécies são variadas. É constituído por vários complexos de espécies altamente polimorfas (GREGORIO.,2008). Sendo considerado um gênero taxonomicamente estável (RITTER; MIOTTO.,2006).

No sul do Brasil são encontradas muitas espécies do gênero *Mikania* e estas são popularmente conhecidas como guaco, dentre elas as mais citadas na literatura e mais conhecidas populamentes são a *M. glomerata* e a *M. laevigata*. Porém outras espécies como *M. cordifolia*, *M. hirsutissima*, *M. hoehnei*, *M. involucrata*, *M. lanuginosa*, *M. lasiandrae*, *M. lindleyana*, *M. micranta*, *M. smilacina*, também

apresentam um elevado potencial terapêutico comparado as outras espécies do gênero *Mikania*, e são muito semelhantes morfologicamente (RITTER; WAECHTER,2004).

As plantas do gênero *Mikania* são usadas popularmente como expectorantes, contra febre, reumatismo, problemas do sistema respiratório (AMARAL et al.,2009), para tratamento de cólicas e desordens intestinais e mordidas de cobras. Além de ser usadas na terapêutica, estas são utilizadas pela agricultura por sua capacidade de proteção do solo contra erosão.

Dentre os principais constituintes químicos encontradas neste gênero estão os diterpenos, monoterpenos, sesquiterpenos, triterpenos, cumarinas, flavonoides e as lactonas sesquiterpênicas do tipo germacranolídeo (GERMANO, 2008).

A busca de informação sobre espécies de plantas cujo potencial terapêutico tem sido estudado auxilia cada vez mais no desenvolvimento de novos medicamentos. Desta forma o trabalho visa abranger as principais plantas que apresentam atividade farmacológica do gênero *Mikania*, não citando as plantas *M. glomerata* e *M. laevigata*, devido ao grande número de estudos sobre estas. Com isso contribuir para um maior conhecimento sobre a importância do gênero *Mikania*, em relação as suas características fitoquímica e farmacológicas, apresentando uma revisão das principais publicações envolvendo estudos com plantas deste gênero e que são de ocorrência do Estado de Santa Catarina.

Procedimentos Metodológicos

Para a determinação de quais plantas eram de ocorrência do estado de Santa Catarina foi realizada uma busca no site da Re flora Brasil realizando a pesquisa no grupo das *Angiospermas*, família das *Asteraceae* e gênero *Mikania*. Foi utilizada ainda como filtro de pesquisa a abrangência geográfica, onde a distribuição foi somente para a região sul e para o Estado de Santa Catarina.

Após a seleção das plantas do gênero *Mikania* de ocorrência do Estado de Santa Catarina, foi realizada uma revisão para cada espécie vegetal, buscando informações tais como: nome científico, popular e sinônimas botânicas, parte utilizada e as características fitoquímica e farmacológicas de todas as espécies. Foram selecionadas as espécies com maior número de citações, para as quais foi feita uma revisão na bibliografia, exceto *M. glomerata* e *M. laevigata*. Como é uma pesquisa bibliográfica, descritiva e objetiva, os dados foram levantados no período de fevereiro

de 2016 a agosto de 2016, utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed e Google Acadêmico, buscando estudos em português e inglês, relevantes para a discussão do tema abordado. Para esta seleção utilizou-se a combinação dos seguintes unitermos: *Mikania*, gênero, aspectos botânicos, fitoquímica e farmacologia.

Resultados e Discussão

Das plantas que são descritas como pertencentes ao gênero *Mikania*, 51 espécies nativas do Estado de Santa Catarina, dentre as plantas listadas de interesse medicinal destacam-se: *M. cordifolia*, *M. hirsutissima*, *M. hoehnei*, *M. involucrata*, *M. lanuginosa*, *M. lasiandrae*, *M. lindleyana*, *M. micranta*, *M. smilacina*.

Estas espécies vêm adquirindo respaldo científico devido a suas aplicabilidades na medicina terapêutica, como por exemplo a *Mikania lindleyana*, popularmente conhecida como sucuriçu (FENNER et al, 2006), suas folhas quando usadas apresentam efeitos diurético, anti-inflamatório, de analgesia, anti-hipertensivo (NASCIMENTO; FALCAO; TEIXEIRA et al, 2003), antiulcerativo, para tratamento de dermatos, úlcera gástrica (FENNER et al, 2006; MARTINS et al, 2009; OWITI; OSELU, 2011) de anemia (LEAO; FERREIRA; JARDIM, 2007)) e de hepatite (SILVA, 2011).

Esses efeitos são devido à presença de cumarinas, alcaloides, aminoácidos, açúcares redutores, fenóis, taninos, esteroides, terpenos, saponinas e ácidos orgânicos presentes na planta (OWITI; OSELU, 2011).

No caso das espécies *Mikania involucrata* e *Mikania hirsutissima* ambas apresentam atividade anti-inflamatória (RUFATTO, 2012; SUYENAGA et al, 2002), os constituintes presentes nas plantas são b-cariofileno (CHAVES et al., 1996) e Mikanielactone (OHKOSHI; MAKINO; FUJIMOTO, 2000) sesquiterpenos, diterpenos tipo ácido kaurenico, cumarina e flavona, das partes aéreas (OHKOSHI; MAKINO; FUJIMOTO, 1999). A *Mikania hirsutissima* também apresenta atividade no tratamento de reumatismo, gota, diarreia (RUFATTO, 2012).

A planta *Mikania cordifolia* é encontrada em quase todo território brasileiro, conhecida na medicina popular como serpente de videira, (KAR et al., 2013), apresenta folhas pecioladas (FAGUNDES et al., 2015) e vários efeitos biológicos são atribuídos à planta devido seus constituintes químicos presentes, como: taninos, flavonoides, saponinas (KAR et al., 2013), diterpenos, sesquiterpenos e fenilpropanoides. É utilizada contra mordidas de serpente (OLIVEIRA, 2006) como antioxidante, anti-inflamatório, antimicrobiano, propriedades analgésicas,

antinoceptivo (KAR et al., 2013), antiasmático, antiparasitário, antireumático, febrífugo e para o tratamento de problemas respiratórios.

Em um estudo realizado por Dias et al (2014) foi avaliado o efeito genotóxico e antiproliferativo de infusões de *M.cordifolia* sobre o ciclo celular de *Allium cepa* L., onde foram preparados dois tratamentos em duas concentrações: 4g/500mL e 16g/500mL que apresentou inibição significativa da divisão celular em ambas às concentrações, nas duas populações, indicando a ocorrência de atividade antiproliferativa e mutagênica.

Outra espécie que se destaca no gênero *Mikania* é a *Mikania lanuginosa*, também conhecida como cipó cabeludo, ela demonstra atividade antimicrobiana contra *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* e *Bacillus cereus* (AMORIN et al., 2014), porém é inativa contra as bactérias Gram negativas (SILVA et al, 2002; BARATTO et al., 2008). Seus constituintes são diterpenos (SILVA et al.,2002), ácido caurenóico (BARATTO et al.,2008), ácido cafeoilquínico, terpenoides e friedelina (RUFATTO et al., 2012).

A *Mikania hoehnnei* apresenta atividade contra formas tripomastigotas, reduzindo a parasitemia em 61,7, 62,8 e 69,4%, nas respectivas concentrações de 100, 250 e 500 ug/ml (SARTO; ZANUSSO JUNIOR, 2014). Demonstrou atividade contra a leucemia, antifúngica, inibitória sobre a produção de óxido nítrico. (RUFATTO, 2012). Seus constituintes são, estigmasterol, sitosterol, campesterol, D-glicopiranosil estigmasterol, glicopiranosil sitosterol, 2,6-dimetoxibenzoato de benzila, luteolina, caempferol e duas lactonas sesquiterpênicas diidrocostuslactona e 8 hidroxizaluzanina D (CHAVES; OLIVEIRA, 2003).

A *Mikania micantha* também conhecida como charrua, é distinta dentre as outras espécies do gênero pelas folhas inteiras, cartáceas, ramos cilíndricos (FERNANDES; RITER, 2009). É considerada uma erva daninha (ZHANG et al.,2004), altamente invasiva (HUANG, PENG, 2016), utilizada para cicatrização de feridas, atividade antibacteriana (PEREZ et al.,2010), antifúngica e no tratamento de coceira em pés de atleta na Jamaica (RUFATTO, 2012). Seus constituintes são terpenos (PEREZ et al., 2010).

Dentre o gênero *Mikania* a outra planta que apresenta atividade farmacológica é a *M. smilacina*, vulgarmente denominada guaco-de-sete-sangrias, tem atividade como anti-inflamatório buco-dentário, no tratamento da hipertensão, de urticária e como diurético, assim suas atividades foram constatadas devido à presença de ácido

caurenóico, ácido pimaradiênico e de cumarina no seu extrato (FERRO.,1991). Em um estudo com as partes aéreas da planta, foi avaliado, com uma técnica de difusão a atividade antimicrobiana (ROQUE et al.,1988).

Considerações Finais

O gênero *Mikania* possui uma diversidade de espécies, utilizadas popularmente como expectorante, contra febre, reumatismo, problemas do sistema respiratório, para tratamento de cólicas, diarreia, diurético, antifúngico, antimicrobiano, antiasmático, antiparasitário, anti-hipertensivo, anti-inflamatório, antioxidante e desordens intestinais e mordidas de cobras.

Com o levantamento bibliográfico, observou-se que as espécies que apresentaram maiores evidências científicas foram: *M. cordifolia*, *M.hirsutissima*, *M.hoehnei*, *M.involucrata*, *M. lanuginosa*, *M. lasiandrae*, *M.lindleyana*, *M. micranta*, *M.smilacina* demonstrando constituição química e farmacológicas distintas em relação às outras espécies.

No entanto, cabe ressaltar que na maioria dos trabalhos encontrados não demonstraram estudos toxicológicos, in vivo, in vitro, potencial químico e farmacológico sendo que tais informações são necessárias para o seguimento das investigações químicas e farmacológicas.

Referências

AMORIN, M.et al. Pharmacobotanical study of the leaf and stem of *Mikania lanuginosa* for its quality control. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.24, n.5, p.531-537, set./out. 2014. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102695X14000751>. Acesso em: 28/07/15.

ALVES, Tiago Luiz da Silva. **Perfil químico micromolecular e análise quimiotaxonômica dos gêneros Stevia Cav. e Mikania Willd.(Asteraceae, Eupatorieae)**. 2009. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26270> .Acesso em: 25 jun. 2016

BARATTO, Leopoldo et al. Investigação das atividades alelopática e antimicrobiana de *Mikania laevigata* (Asteraceae) obtida de cultivos hidropônico e tradicional. **Rev Bras Farmacogn**, v. 18, n. 4, p. 577-82, 2008.

BUDEL, Jane M. et al. Contribuição ao estudo farmacognóstico de *Mikania laevigata* Sch. Bip. ex Baker (guaco), visando o controle de qualidade da matéria-prima. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 2B, p. 545-552, 2009. Disponível

em:http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42953863/Contribution_to_the_pharmacognostic_study20160222-8699-dwo4am.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471014756&Signature=FCeLsDmPTXcDiHeTPIfYx9KTTcl%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DContribuicao_ao_estudo_farmacognostico_d.pdf. Acesso em: 25 jun. 2016.

CARDOSO, Cristianele Lima. **Estrutura anatômica, química e indução de galhas em Mikania nummularia dc.(Asteraceae)**. 2005. Disponível em: http://www.ifmg.edu.br/site_campi/v/images/arquivos/governador_valadares/CristianeLima.pdf. Acesso em: 22 maio 2016.

CAROLLO, Carlos Alexandre. **Análise fitoquímica e avaliação dos efeitos dos tipos de adubação, da radiação solar e do estresse hídrico, no acúmulo de metabólitos secundários em espécies do gênero 'Mikania'**. 2008. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em : <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60138/tde-02102008-162625/pt-br.php> Acesso em: 25 jul. 2016.

CHAVES.J.S, OLIVEIRA.D.C.R, Sesquiterpene lactones and other chemical constituents of Mikania hoehnei R. J. **Braz. Chem. Soc.** São Paulo, v.14 n.5 set./out. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-50532003000500006&script=sci_arttext .Acesso em: 28/ jul. 2015.

CHAVES, Célia G. et al. **Óleos essenciais de algumas espécies de Mikania do Sul do Brasil**. 1996. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/110975/Resumo_19960209.pdf?sequence=1. Acesso em :29 fev. 2016.

COLODI, Franciely Grose et al. Propagação vegetativa de guaco com adição de ácido naftalenoacético. **Scientia agraria**, v. 9, n. 1, p. 95-98, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2901921> .Acesso em: 25 jun. 2016.

CZELUSNIAK, K. E. et al. Farmacobotânica, fitoquímica e farmacologia do Guaco: revisão considerando Mikania glomerata Sprengel e Mikania laevigata Schulyz Bip. ex Baker. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 14, n. 2 p. 400-409, 2012. Disponível em:http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Botanica/RBPM-RevistaBrasileiradePlantasMediciniais/v14_n2_22.pdf . Acesso em: 16 jul. 2016.

DIAS, M. G. et al. Efeito genotóxico e antiproliferativo de Mikania cordifolia (LF) Willd.(Asteraceae) sobre o ciclo celular de Allium cepa L. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 16, n. 2, p. 202-208,2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722014000200006. Acesso em: 10 jul. 2016.

FAGUNDES, Joice Feil et al. Levantamento florístico de Asteraceae em Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, v. 13, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/seerbio/ojs/index.php/rbb/article/view/3271>. Acesso em: 16 jul. 2016.

FENNER.R, BETTI.A.H, MENTZ.L.A, RATES.S.M.K., Plantas utilizadas na medicina popular brasileira com potencialidade antifúngica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** v. 42, n. 3, jul./set., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n3/a07v42n3.pdf>. Acesso em : 28 jul. 2016.

FERNANDES, Ana Claudia; RITTER, Mara Rejane. A família Asteraceae no Morro Santana, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, v. 7, n. 4, 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/alice/Downloads/1220-7036-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/alice/Downloads/1220-7036-2-PB%20(1).pdf). Acesso em :13 ago. 2016.

FERRO, Vicente de Oliveira. **Aspectos farmacognósticos de Mikania smilacina DC.** 1991. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9138/tde-14072008-114642/en.php>. Acesso:10 jul. 2016.

GREGORIO.L.E. Fitoquímica e atividades biológicas de plantas do gênero Mikania (Asteraceae). **Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59138/tde-02062010-180700/pt-br.php>. Acesso em:10 ago. 2016.

HUANG. PENG **Intraspecific competitive ability declines towards the edge of the expanding range of the invasive vine Mikania micrantha** *Oecologia*. 2016. Disponível em:09 ago. 2016..

KAR, Auditi et al. Phytochemical screening of medicinal plant-mikania cordifolia and determination of its characteristics. **Innovare Journal of Life Sciences**, p. 24-27, 2013. Disponível em: <http://www.innovareacademics.in/journals/index.php/ijls/article/view/544>. Acesso em:13 ago. 2016.

LEAO.R.B.A, FERREIRA.M.R.C, JARDIM.M.A.G., Levantamento de plantas de uso terapêutico no município de SantaBarbara do Par., Estado do Pará, Brasil. **Rev. Bras. Farm.**, v.88, n.1, p.21-25, 2007. Disponível em: http://rbfarma.org.br/files/PAG21a25_LEVANTAMENTO.pdf. Acesso em: 2828 jul. 2016.

LIMA, Narumi P. et al. Produção de mudas por estaca de duas espécies de guaco. **Horticultura brasileira**, v. 21, n. 1, p. 106-109, 2003. <http://www.scielo.br/pdf/hb/v21n1/a22v21n1.pdf>. Acesso em:12 ago. 2016.

MARTINS .A.S et al. Avaliação de minerais em plantas medicinais amazônicas. **Rev. bras. farmacogn.** v.19, n.2b, abr./jun. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Osmar_Lameira/publication/262522295_Mineral_s_evaluation_in_Amazonian_medicinal_plants/links/54215dfa0cf203f155c66138.pdf. Acesso em: 28 jul, 2016.

NASCIMENTO.D.C.; PEREIRA, FALCÃO.B.A; TEIXEIRA.J.R;M., Efeito da Mikania lindleyana D. C. na memória: estudo experimental em ratos / Mikania lindleyana D. C.

effect on the memory; experimental study in rats. **Rev. Para. Med**, v.17, n.2, p. 6-11, abr.-jun. 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=351923&indexSearch=ID> .Acesso em: 28/jul. 2015.

OHKOSHI E, MAKINO M, FUJIMOTO Y., Studies on the constituents of *Mikania hirsutissima* (Compositae). **Chem Pharm Bull** ,Tokyo, v.47, n.10, p.1436-1438, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10553640> .Acesso em: 28 jul. 2015.

OHKOSHI E, MAKINO M, FUJIMOTO Y., A novel bisnorditerpenelactone from *Mikania hirsutissima*. **Chem Pharm Bull**, Tokyo, v.48, n.11., nov. 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086912> .Acesso em 28 jul. 2015.

OLIVEIRA. P.A, TURATTI.C.C, OLIVEIRA.D.C.R Análise comparativa de triterpenóides de *Mikania cordifolia* coletada em quatro locais diferentes. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v.42 n.4, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322006000400010&script=sci_arttext . Acesso em: 28 jul. 2015.

OWITI, OSELU, A. **Desenvolvimento de um método para caracterização do extrato hidroetanólico das folhas de Mikania lindleyana DC por Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (CLAE) RIUFPA.**2011 Disponível em : <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/5639> .Acesso em: 28 jul. 2015.

PEREZ-AMADOR, M. C. et al. Phytochemical and pharmacological studies on *Mikania micrantha* HBK (Asteraceae). **Phyton-Revista Internacional de Botanica Experimental**, v. 79, p. 77, 2010. Disponível em; <http://revistaphyton.fundromuloraggio.org.ar/vol79/Perez-Amador.pdf> Acesso em: 28 jul. 2015.

RITTER, Mara Rejane; WAECHTER, Jorge Luiz. Biogeography of the genus *Mikania* Willd.(Asteraceae) in Rio Grande do Sul, Brazil. **Acta Botanica Brasilica**, v. 18, n. 3, p. 643-652, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010233062004000300021&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 28 jul. 2016.

RITTER, Mara Rejane; MIOTTO, Silvia Teresinha Sfoggia. Micromorfologia da superfície do fruto de espécies de *Mikania* Willd.(Asteraceae) ocorrentes no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, v. 20, n. 1, p. 241-247, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abb/v20n1/22.pdf> Acesso em: 20 jul. 2015.

ROQUE, Nidia F. et al. Compostas medicinais do Brasil. 2. Estudo químico de *Solidago microglossa*, *Mikania triangularis*, *M. diversifolia*, *M. smilacina*, *M. microlepis* e *Wedelia paludosa*. **Acta Amazonica**, v. 18, p. 473-476, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v2-3-4/a06v2-3-4n1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

RUFATTO.L.C; GOWER.A; SCHWAMBACH.J; MOURA.S, Genus *Mikania*: chemical composition and phytotherapeutical activity . **Rev. bras. farmacogn.**v.22,

n.6, 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2012000600026&script=sci_arttext&tlng=es Acesso em: 28 jul. 2015.

SARTO; Zanusso Junior . **Atividade antimicrobiana de óleos essenciais**.2014. Disponível em http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_084017.pdf . Acesso em: 28 mar. 2015.

SILVA, Andressa Santa Brigida da. **Avaliação da atividade antinociceptiva e anti-inflamatória de Mikania lindleyana DC**: validação do uso na medicina popular. 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/5645>. Acesso em: 28 jul. 2015.

SILVA, E. de M. RIOS, M. Z. da SILVA, L. de F. Leal, R. A. YUNES, O. G. MIGUEL, V. CECHINEL FILHO. **Investigação Fitoquímica e avaliação da atividade antibacteriana da Mikania lanuginosa DC (ASTERACEAE)**. 2002. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/academica/article/viewArticle/502> .Acesso em: 28 jul. 2015.

SUYENAGA ES et al. Antiinflammatory investigation of some species of Mikania. **Phytother Res.**, v.16, n.6, p.519-523, set. 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12237807> . Acesso em: 28 jul. 2015.

ZHANG, L. Y. et al. Mikania micrantha HBK in China—an overview. **Weed Research**, v. 44, n. 1, p. 42-49, 2004. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3180.2003.00371.x/full> .Acesso em: 8 jul. 2016.

Dados para contato:

Autor: Fernando Mateus Scremin

E-mail: screminfm@yahoo.com.br

ÁCIDOS GRAXOS TRANS: RELAÇÃO ENTRE O CONSUMO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Educação e Promoção da Saúde

**Fernando Mateus Scremin¹; Luiz Fábio Bianco¹; Fabrício Eládio Felisbino¹;
Candice Steckert da Silva¹; Raquel Michels Della Giustina¹**

¹.Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: Os ácidos graxos trans podem ser encontrados em alimentos obtidos a partir de animais ruminantes e em alimentos que contêm gordura vegetal parcialmente hidrogenada. Vários estudos apontam a relação positiva entre o consumo de ácidos graxos trans e desenvolvimento de doenças cardiovasculares, inflamatórias e endoteliais, sendo a doença cardiovascular uma das principais causas de morbidade e mortalidade, e múltiplos estudos epidemiológicos. São fontes importantes de gordura trans, os chocolates, bolos, biscoitos, margarinas, sorvetes, leite e carne. Foi uma revisão bibliográfica baseada nas publicações pesquisadas e referenciadas, relacionadas a temática da doença cardiovascular e a gordura trans.

Palavras-chave: Ácidos graxos trans. Gordura trans. Hipercolesterolemia. Hipertrigliceridemia. Doenças cardiovasculares.

Introdução

Alterações no consumo alimentar atualmente são justificadas pelo ritmo de vida, levando a um aumento no consumo de alimentos industrializados, porém as principais mudanças ocorreram nas últimas duas décadas com a adoção de um padrão dietético com elevado teor de gordura saturada e de açúcar, além de alimentos com baixo teor de fibras (RUFINO, 2014; SANTOS et al., 2013).

A qualidade dos lipídios da dieta possui um papel importante no risco de desenvolvimento de diversas doenças crônicas. Estudos epidemiológicos prévios sugerem uma associação positiva entre consumo de ácidos graxos trans e ocorrência de doenças cardiovasculares em ambos os gêneros. Porém também esta relacionado a diabetes, inflamação e função endotelial (SANTOS et al., 2013; BERTOLINO et al., 2006).

O avanço da industrialização e as modificações do padrão dietético ocidental promoveram um sensível aumento do consumo de ácidos graxos trans na dieta

(COSTA; BRESSAN; SABARENSE, 2006). Estes ácidos graxos são produzidos naturalmente na gordura de ruminantes formada por hidrogenação enzimática de diversos ácidos graxos poli-insaturados no rúmen de animais. Também são formados durante o processo industrial de hidrogenação de óleos vegetais (MASI; SILVA, 2009).

A ingestão inadequada e excessiva de ácidos graxos trans pode aumentar o risco para o desenvolvimento de dislipidemias e doenças cardiovasculares, as quais são a principal causa de morte no mundo, (AUED-PIMENTEL et al., 2009; PACHECO; OLIVEIRA; STRACIERI, 2009) respondendo por aproximadamente 32% dos óbitos (SALVARO; JUNIOR, 2009).

Esse tipo de ácido graxo vem sendo cada vez mais associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares pelo seu possível efeito aterogênico. A maioria das doenças ligadas ao consumo de gorduras se dá principalmente pelos ácidos graxos trans. Estes ácidos são definidos como isômeros geométricos de ácidos graxos insaturados que possuem na sua cadeia uma dupla ligação na configuração trans (MASI; SILVA, 2009; MOREIRA; CURI; MANCINI FILHO, 2002)

O consumo de calorias provenientes de ácidos graxos trans tem sido associado ao aumento de LDL-colesterol sérico e redução no HDL-colesterol sérico, resultando em aumento da relação LDL/HDL. Há evidências de que dietas ricas em ácidos graxos trans podem elevar também as concentrações plasmáticas de triglicérides (BERTOLINO et al., 2006).

Atualmente, observa-se a presença cada vez mais significativa de ácidos graxos trans nos alimentos, o que demanda atenção à comunidade científica, aos profissionais de saúde e aos consumidores sobre os efeitos desses isômeros sobre a saúde. Considerando um alto consumo destes ácidos graxos na dieta nutricional atual, este trabalho tem por objetivo revisar a literatura em busca das principais doenças causadas pelo consumo, evidenciando os mecanismos de surgimento das doenças.

Procedimentos Metodológicos

A busca utilizada de informações sobre o tema na literatura científica foram as bases de dados *Pubmed* da *National Library of Medicine*, *SciELO – The Scientific Electronic Library Online* e o Periódicos CAPES – Portal Brasileiro de Informação Científica. Também foram consultados livros, teses, dissertações, anais de congresso, diretrizes, sites de órgãos governamentais nacionais, legislação nacional e internacional encontradas online.

Quanto aos procedimentos técnicos de pesquisa foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa descritiva, com uma abordagem qualitativa, utilizando o método histórico.

Os descritores em português utilizados na coleta de dados foram: ácidos graxos trans, gordura trans, ácidos graxos trans e saúde, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, doenças cardiovasculares, disfunção endotelial. Já os descritores em inglês foram: *Trans fatty acids, trans fat, trans fatty acids and health, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, cardiovascular disease, endothelial dysfunction*. Tais descritores foram selecionados e combinados visando ampliar a possibilidade de encontrar referências aos ácidos graxos trans.

Os critérios de inclusão foram: publicações que abordavam os ácidos graxos trans; publicações em português e inglês; publicações no período de 2002 a 2015, contemplando 13 anos de publicações; material disponível online e de acesso gratuito. Devido ao grande número de publicação e a impossibilidade da inclusão de todas neste artigo, foi realizada uma seleção aleatória dos artigos para confecção deste, totalizando 25 artigos selecionados para esta pesquisa.

Ácidos graxos trans

Os ácidos graxos trans são isômeros geométricos dos ácidos graxos insaturados, podem ocorrer naturalmente, produzidos a partir da fermentação de bactérias em mamíferos ruminantes, sendo encontrados em quantidades insignificantes na carne e no leite. Também são encontrados em produtos industrializados que tem como ingrediente a gordura vegetal hidrogenada. A produção desses ácidos graxos também ocorre por meio da hidrogenação de óleos vegetais. (SANTOS et al., 2013; BERTOLINO et al., 2006; COSTA; SABARENSE, 2010).

Formação dos ácidos graxos trans

Os processos que levam a formação de gorduras trans ocorrem por vários mecanismos naturais ou químicos, um exemplo são os ácidos graxos insaturados ingeridos por ruminantes, que podem ser parcialmente hidrogenados fazendo assim que ocorra naturalmente o processo de formação dos ácidos graxos trans, em pequenas quantidades. Este processo é chamado de biohidrogenação e ocorre no rúmen dos animais, por ação de sistemas enzimáticos (AUED-PIMENTEL et al., 2009;

HISSANAGA; PROENCA; BLOCK, 2012; MENDES; BISCONTINI; MIRANDA, 2002; MERÇON, 2010, SABARAENSE; COSTA, 2010; WILLHELM, 2009).

Costa; Bressan; Sabarense, (2006) citam ainda outro processo possível para a formação de ácidos graxos trans, a hidrogenação. Este provoca a solidificação de óleos vegetais líquidos devido à adição de átomos de hidrogênio no ponto de instauração do ácido graxo. Moreira; Curi e Mancini filho, (2002) acrescentam que durante o processo de hidrogenação parcial, os óleos são aquecidos na presença do níquel ou de outro metal catalítico e expostos ao gás hidrogênio. Este processo é frequentemente feito para aumentar a estabilidade e diminuir a viscosidade para subsequente uso em produtos alimentares.

E ainda através de um processo de indução térmica conseguimos formar os ácidos graxos trans. Isso se dá principalmente em operações de frituras e durante o processo industrial de refino. A formação de ácidos graxos trans está relacionada ao tempo de uso e à temperatura atingida pelos óleos vegetais, durante a fritura. (COSTA; BRESSAN; SABARENSE, 2006; HISSANAGA; PROENCA; BLOCK, 2012; MERÇON, 2010).

Alimentos e a produção de ácidos graxos trans

Na alimentação atual observamos cada vez mais a presença de alimentos contendo gordura trans, isso provavelmente, devido ao aumento do consumo de produtos industrializados. O que demanda atenção à comunidade científica, aos profissionais de saúde e aos consumidores sobre os efeitos desses isômeros sobre a saúde (COSTA; BRESSAN; SABARENSE, 2006).

O consumo de alimentos contendo níveis elevados de ácidos graxos trans pode ter como consequência direta a redução da ingestão de ácidos graxos essenciais, favorecendo o desenvolvimento de síndromes relacionadas a deficiência destes ácidos graxos (MARTIN; MATSHUSHITA; SOUZA, 2004).

Os alimentos contendo óleos vegetais parcialmente hidrogenados correspondem a cerca de 80 a 90% de todos os isômeros trans provenientes da dieta. Fontes importantes de ácidos graxos trans na dieta: gorduras vegetais hidrogenadas, margarinas sólidas ou cremosas, cremes vegetais, biscoitos e bolachas — incluindo de maizena e de polvilho —, sorvetes cremosos, pães, batatas fritas comerciais preparadas em *fast food*, pastéis, bolos, tortas, massas ou qualquer outro alimento que contenha gordura vegetal hidrogenada entre seus ingredientes. Podem ser

encontrados também em diversos produtos de panificação, como pão francês, folhados, pão de batata e pão de queijo. (BERTOLINO et al., 2006; INMETRO, 2012; SANTOS et al., 2013).

Diretrizes e Rotulagem oficiais quanto ao consumo de ácidos graxos trans

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1995 sugeriu que a ingestão de ácidos graxos trans não ultrapassasse 1% do valor energético total diário, buscando promoção da saúde (HIMELSTEIN, 2014).

Em 2004, a mesma instituição lançou a Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, estabelecendo como uma de suas metas a eliminação do consumo de ácidos graxos *trans* produzidos industrialmente (HISSANAGA; PROENÇA; BLOCK, 2012).

A *Food and Drug Administration* (FDA) designou, em 1999, que todos os produtos embalados deveriam indicar na rotulagem nutricional a quantidade de gordura trans presente na porção do produto a ser adquirido. No Brasil, em 23 de dezembro de 2003 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconizou por meio da resolução nº 360, que os produtos com valor menor ou igual a 0,2 de gordura trans poderiam designar no seu rótulo zero trans. (SANTOS et al., 2013). Em 12 de novembro de 2012, foi publicada uma nova resolução, a RDC nº 54, pela qual somente é permitido que alimentos com teor de ácidos graxos trans menor do que 0,1g/porção podem conter a alegação de “zero trans” (HIMELSTEIN, 2014).

Entretanto, no Brasil, apesar dos preceitos da mencionada estratégia da OMS, não aponta a eliminação de ácidos graxos trans como meta, mas sim restringe um limite correspondente a 1% do valor energético total diário, aproximadamente 2,2g/dia de uma dieta de 2.000 calorias para um adulto saudável (HIMELSTEIN, 2014).

Doenças relacionadas ao consumo de gordura trans

O estilo de vida das pessoas interfere muito na alimentação, fazendo assim com que consumam mais alimentos industrializados e ricos em ácidos graxos trans. Este consumo está relacionado ao aumento do risco cardiovascular devido a alterações nos níveis de lipídios e lipoproteínas circulantes, aumentando assim os níveis de triacilgliceróis e lipoproteína de baixa densidade (LDL). Bem como também reduzem a concentração plasmática de HDL-c, lipoproteína inversamente relacionada a eventos cardiovasculares (BALBINOT et al., 2009; BERTOLINO et al., 2006; ;

BEVILACQUA et al., 2007; HISSANAGA; PROENCA; BLOCK, 2012; MARTIN; MATSHUSHITA; SOUZA, 2004; OLIVEIRA; PORTE, 2007; MERÇON, 2010; SALVARO; JUNIOR, 2009; SCHERR; RIBEIRO, 2007; GAGLIARDI; FILHO; SANTOS, 2009; SANTOS et al., 2013; WILLHELM, 2009). Este efeito tem sido observado através da substituição de ácidos graxos com a configuração cis por trans, em uma mesma dieta. Níveis reduzidos de HDL podem ser incapazes de eliminar o excesso de colesterol das paredes vasculares, contribuindo para o fenômeno inflamatório que caracteriza a patogênese da aterosclerose na fase inicial. Baixos níveis de HDL são um dos principais achados em pacientes com doença arterial coronariana (CAPRILES; ÁREAS, 2005; OLIVEIRA; PORTE, 2007).

Costa; Bressan; Sabarense, (2006) explicam que a gordura proveniente da dieta é absorvida sob a forma de monoacilgliceróis e uma vez dentro dos enterócitos são esterificados a triacilgliceróis. Estes são empacotados, em quilomícrons, para entrarem na corrente sanguínea, onde sofrem ação da lipase de lipoproteínas periférica (LLP) e ocorre troca de material com outras lipoproteínas. Os quilomícrons remanescentes são capturados pelo fígado, local onde os lipídios são re-empacotados e excretados na corrente sanguínea sob a forma de lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL). A VLDL sofre ação da LLP e dá origem a uma lipoproteína instável, lipoproteína de densidade intermediária (IDL), e esta se transforma em LDL (lipoproteína de baixa densidade). A função da LDL é transportar colesterol do fígado para os tecidos periféricos. Desta forma se dá o acúmulo de LDL no plasma, o qual está associado ao risco de doenças cardiovasculares, devido à redução de receptores de LDL nas células dos tecidos periféricos. Os ácidos graxos trans e o colesterol provocam uma elevação das concentrações de LDL, pois reduz a expressão do mRNA para o receptor de LDL.

A relação entre a ingestão de ácidos graxos trans e a incidência de doenças cardiovasculares reportada em estudos prospectivos é maior do que poderia ser predito por mudanças nos conteúdos de lipídeos séricos, sugerindo que os ácidos graxos trans podem influenciar também outros fatores de risco de doenças cardiovasculares (MASI; SILVA, 2009; HISSANAGA; PROENCA; BLOCK, 2012).

À ingestão de gorduras trans pode implicar, sobretudo em relação aos seus aspectos metabólicos e nutricionais, incluindo digestibilidade, absorção, depósito nos tecidos, catabolismo e incorporação às membranas (MENDES; BISCONTINI; MIRANDA, 2002).

Essas substâncias ainda elevam o risco de doença cardiovascular por sua ação sobre fatores de risco e também por ação direta no endotélio. Provocam lesão e morte do endotélio por induzirem apoptose em células humanas por ativação da via das caspases (LOTTENGERG, 2009).

Dessa forma, percebem-se os efeitos deletérios que o consumo da gordura trans pode causar à saúde humana e, classificá-la como a mais nociva de todas as gorduras. Do ponto de vista nutricional, o consumo de gordura trans apresenta vários riscos potenciais à saúde e, aparentemente, nenhum benefício nutricional conhecido (BALBINOT et al., 2009).

Hipercolesterolemia

A qualidade dos lipídios da dieta possui um papel importante no risco de desenvolvimento de diversas doenças crônicas. Estudos epidemiológicos prévios sugerem uma associação positiva entre consumo de ácidos graxos trans e ocorrência de doenças cardiovasculares em ambos os gêneros. O consumo deste tipo de gordura vem sendo apontado como um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em ambos os gêneros. Possíveis ações na elevação da colesterolemia e no desenvolvimento da aterogênese (BERTOLINO et al., 2006; BEVILACQUA et al., 2007; MARTIN; MATSHUSHITA; SOUZA, 2004).

Os ácidos graxos trans possuem cadeia retilínea de carbono, por este motivo promovem o aumento das concentrações de colesterol total e LDL-c por mecanismos semelhantes aos dos ácidos graxos saturados. Nesse sentido, verifica-se que os ácidos graxos trans empacotam-se nas LDL-c, o que disponibiliza maior espaço nessa partícula para o transporte de colesterol e, além disso, reduzem a expressão gênica dos receptores hepáticos (receptor B-E) responsáveis pela captação das partículas de LDL (SANTOS et al., 2013).

O efeito de ácidos graxos trans na diminuição de HDL-c se dá provavelmente pela indução de aumento do catabolismo da apolipoproteína A1 (Apo A1), a qual é responsável por parte da retirada de colesterol presente nos macrófagos das placas de ateroma, e diminuição do catabolismo da apolipoproteína B-100235. E maior atividade da proteína de transporte de éster de colesterol (CETP) proteína envolvida em importante etapa do transporte reverso do colesterol, é responsável pela transferência de colesterol éster das HDL para VLDL e LDL (LOTTENGERG, 2009).

Já o aumento de LDL, referente ao consumo de ácidos graxos trans, refere-se à supressão da atividade do LDL-receptor. As LDL são resultantes do catabolismo das VLDL que contêm apolipoproteína B (apo-b). Através dela, o LDL-receptor capta a LDL, removendo-a da circulação via hepática. Variações mínimas de LDL-receptor no fígado afetam os níveis plasmáticos de LDL. Assim, quando os níveis do LDL-receptor estão baixos por ação de nutrientes ou efeito genéticos, irá ocorrer maior acúmulo de LDL no plasma, elevando o risco de doença arterial coronariana (OLIVEIRA; PORTE, 2007).

Cabe ainda ressaltar que os ácidos graxos trans reduzem as HDL2, fração mais sensível a modificações alimentares. (SANTOS et al., 2013; LOTTENGERG, 2009). Além disso, demonstrou-se em animais que essa gordura induz a produção de partículas de HDL mais enriquecidas em triglicérides (TG), as quais são melhor substrato para a lipase hepática, enzima envolvida no catabolismo das HDL. Dessa forma, os ácidos graxos trans induzem perfil lipídico pró- aterogênico, fato que culmina em maior risco cardiovascular (SANTOS et al., 2013).

Hipertrigliceridemia

Além da sua ação sobre a colesterolemia, os ácidos graxos trans também influenciam a concentração plasmática de triglicérides. Os ácidos graxos trans diminuem a expressão das proteínas estimuladoras de acilação (ASP) e aumentam a quantidade de ácidos graxos livres na circulação. Essas proteínas relacionam-se com a captação de triglicérides pelo adipócito e sua redistribuição. Interação com membranas celulares, estimulando a diacilglicerol que, via proteína C quinase, regula a síntese de triglicérides (LOTTENGERG, 2009).

Em camundongos com deficiência no receptor de LDL-c, o consumo de dieta normolipídica enriquecida com ácidos graxos trans aumentou a expressão hepática de genes envolvidos na síntese de triglicérides e na produção de VLDL, tais como o ácido graxo sintase (FAS), a proteína de ligação ao elemento responsivo a esteroides-1c (SREBP-1c), a proteína microsomal de transferência de triacilgliceróis (MTP) e a apolipoproteína B100241. Utilizando o mesmo modelo animal, trabalho recente mostrou perfil de lipoproteínas mais aterogênico, com aumento nas concentrações de VLDL, LDL, Colesterol total e TG com relação aos animais que consumiram dieta hiperlipídica contendo ácidos graxos poli-insaturados ou saturados. Outros efeitos deletérios dos ácidos graxos trans no contexto cardiovascular estão relacionados ao

aumento nas concentrações plasmáticas de LDL pequenas e densas, partículas reconhecidamente mais aterogênicas (SANTOS et al., 2013).

Inflamação

A forte associação entre consumo de trans e doença cardiovascular não pode ser explicada apenas por sua ação sobre os lipídeos plasmáticos, uma vez que outras vias metabólicas estão envolvidas na indução da aterogênese (SANTOS et al., 2013). No que concerne à relação entre inflamação e consumo de ácidos graxos trans, observa-se, a partir de estudos em humanos, que dietas ricas em ácidos graxos trans estão mais intimamente associadas à inflamação do que dietas que contêm reduzida quantidade desses ácidos graxos (BASTOS; ROGERO; ARÊAS, 2009).

As alterações inflamatórias relacionadas com o consumo de gorduras trans parecem não estar associadas diretamente com sua ação sobre os lipídios, mas por um efeito modulador em monócitos e macrófagos, aumentando a produção de fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), interleucina-6 (IL-6) e proteína 1 quimioatratadora de leucócitos (MASI; SILVA, 2009; SANTOS et al., 2009; SCHERR; RIBEIRO, 2007). Bastos; Rogero e Arêas, (2009) acrescentam que indivíduos que consomem dietas ricas em ácidos graxos trans apresentam maior concentração plasmática de proteína C reativa (PCR), IL-6, E-selectina, sICAM-1 e sVCAM-1 em comparação àqueles indivíduos com reduzido consumo desses ácidos graxos.

Em estudos descritos por Santos et al., (2013) foi encontrada interação entre a ação dos ácidos graxos trans e de marcadores inflamatórios. Estudos crossover demonstraram aumento da concentração plasmática de TNF-alfa, IL-6, e PCR após o consumo de ácidos graxos trans, tanto em indivíduos saudáveis quanto em portadores de hipercolesterolemia. Outro estudo não mostrou elevação da proteína C-reativa. As investigações nas quais houve aumento da concentração plasmática de IL-6, proteína C-reativa e E-selectina tiveram a duração de 4-5 semanas e utilizaram 7% do valor calórico total na forma de ácidos graxos trans.

Costa, Bressan e Sabarense (2006) retrataram o potencial de interação entre o consumo de ácidos graxos trans (adição de 1% de ácido graxo) com as concentrações de IL-6 e de PCR de mulheres encontrou-se associação positiva (P de interação=0,03) para cada 1 unidade a mais no índice de massa corporal, após os ajustes para a

análise. MOZAFFARIN et al. (2004) demonstra que mulheres com maior IMC tem concentrações maiores de IL-6 e PCR.

Outro estudo realizado com indivíduos adultos, jovens e saudáveis demonstrou que o consumo desse ácido graxo acarretou apenas em pequena redução da concentração plasmática do receptor 1 do TNF (4%) e ligeiro aumento da concentração da E-selectina (6%) em relação à dieta controle (SANTOS et al., 2013).

Aterosclerose e função endotelial

A aterosclerose é o principal fator para a incidência de Doenças Vasculares entre elas o infarto cerebral e miocárdico, sendo que concentrações elevadas de Colesterol Total e Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) e baixas concentrações de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) são reconhecidas como promotores de hiperlipidemias (RODRIGUES; SCHIESSEL, 2009).

Costa; Bressan; Sabarense, (2006) associam a ingestão de ácidos graxos trans com o risco de primeiro infarto. Os resultados indicaram que um moderado aumento de isômeros trans do ácido linoléico, presentes nas membranas de glóbulos vermelhos, estavam associados a um grande aumento no risco de primeiro infarto, porém os isômeros trans do ácido oléico não apresentaram associação.

Rodrigues; Schiessel (2009), Martin; Matshushita; Souza (2004) e Oliveira; Porte (2007) descrevem que uma elevação de 2% na ingestão de ácidos graxos trans pode estar relacionada ao aumento de 0,1 mg/dl da relação LDL-c/HDL-c., constatou-se que esta elevação aumenta em 53% o risco de doenças cardiovasculares.

Já Scherr; Ribeiro, (2007), Hissanaga; Proenca; Block, (2012); Santos et al., (2009) e Gagliardi; Mancini Filho; Santos, (2009), sugerem que o aumento de 2% no consumo de gordura trans está associado a aumento relativo de 23% na incidência de doença coronariana. Em termos absolutos, esses dados representam aumento da incidência de infarto do miocárdio ou de morte cardíaca de aproximadamente 2% para 2,5% em uma população de indivíduos sadios acompanhados ao longo de duas décadas. Em uma população com risco cardiovascular maior, de 15% em dez anos, por exemplo, o aumento do consumo de gorduras trans poderia elevar o risco para aproximadamente 18,5%.

Santos et al., (2013) verificaram que camundongos que consumiram ácidos graxos trans desenvolveram mais lesões ateroscleróticas quando comparados aos grupos que não consumiram essa gordura. Lesão ainda maior foi observada naqueles

que consumiram dieta rica em colesterol adicionada de trans, salientando a sua ação potencializada sobre o efeito colesterol alimentar.

A disfunção do endotélio refere-se à diminuição na vasodilatação dependente desse ou na liberação de óxido nítrico e também na inibição da expressão ou atividade da enzima óxido nítrico sintase endotelial (MASI; SILVA, 2009). Alguns estudos também demonstraram que a gordura trans pode causar elevação de marcadores séricos inflamatórios e de disfunção endotelial, assim como piora da resposta vasodilatadora mediada pelo óxido nítrico. Um experimento com voluntários sadios comparou os efeitos da substituição de gordura saturada por trans e observou maior redução do HDL e da resposta vasodilatadora, fato não observado quando a substituição foi por monoinsaturados, que também diminuíram o HDL. Essa diminuição na vasodilatação parece estar relacionada com o tempo e não ser um efeito agudo (SANTOS et al., 2013).

Moreira; Curi; Mancini Filho (2002), também citam que os ácidos trans competem com o metabolismo dos ácidos graxos essenciais, pela inibição da incorporação na membrana fosfolipídica e pela redução da conversão dos ácidos graxos essenciais para os eicosanóides em diferentes células animais. A ingestão dos isômeros trans altera a agregação plaquetária e a função vascular.

Um estudo reportado por Tetri et al., (2008) e Moreira; Curi; Mancini Filho (2002), demonstrou que as gorduras trans inibem a enzima $\Delta 6$ - dessaturase, esta necessária para a conversão de ácidos trans para as prostaglandinas, alterando, assim, a regulação do crescimento celular, função muscular, e a inflamação.

Estudos anteriores demonstraram que indivíduos infartados apresentavam maior concentração de ácidos graxos trans no tecido adiposo quando comparados a controles saudáveis. O alto teor de ácidos graxos trans encontrados nos tecidos foi reflexo de maior consumo de produtos industrializados. Verificou-se também maior conteúdo de trans em eritrócitos de mulheres, fato que elevou em 2,7 vezes o risco para doença cardiovascular e redução na vasodilatação mediada pelo fluxo (SANTOS et al., 2013).

Considerações Finais

É possível afirmar que os ácidos graxos trans, quando ingeridos de forma excessiva, podem consistir em importante fator de risco na gênese das doenças cardiovasculares.

Os efeitos diretos dos ácidos graxos trans sobre a colesterolemia parecem já estar bem elucidados no meio científico. Sua atuação direta no aumentando os níveis de LDL e diminuindo os níveis de HDL, é considerada potencialmente aterogênica.

Por mecanismos considerados temos que este isômero também causa aumento dos fatores que causam inflamação, aumentando os produtos desta e podendo caracterizar a patogênese da aterosclerose na fase inicial.

Observamos que há um efeito direto do ácido graxo trans no estado de ativação e na função de células endoteliais, apesar de ainda não estar claro os mecanismos pelos quais tais isômeros causam disfunção endotelial.

Um maior conhecimento sobre estes isômeros é necessário, para que fique evidenciada de forma clara a sua real atuação no organismo humano, em longo prazo, bem como de que forma realmente ocorre seu metabolismo.

Além disso, ações governamentais devem incentivar o desenvolvimento de tecnologias que possibilitem a produção de gorduras com níveis reduzidos de isômeros trans sem elevar o conteúdo de ácidos graxos saturados.

A efetiva diminuição do uso e do consumo de ácidos graxos trans pode levar um tempo considerável, dada a adaptação cultural e tecnológica que requer. Trata-se, contudo, de uma medida importante, considerando-se que o resultado desse controle será a melhoria da saúde da população, com conseqüente redução de gastos com saúde.

Referências

AUED-PIMENTEL, Sabria et al. Ácidos graxos trans em óleos vegetais refinados poli-insaturados comercializados no estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, v. 29, n.3, p. 646-651, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cta/v29n3/a30v29n3.pdf>> Acesso em: 10 maio 2015.

BALBINOT, Edeimar Luiz et al. A interesterificação como alternativa às implicações nutricionais negativas das gorduras trans. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 31-44, 2009. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2009/04.pdf>> Acesso em: 23 set. 2015.

BASTOS, Deborah H. M.; ROGERO, Marcelo M.; AREAS, José Alfredo G. Mecanismos de ação de compostos bioativos dos alimentos no contexto de processos inflamatórios relacionados à obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 646-656. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000500017> Acesso em: 18 out. 2015.

BERTOLINO, Carla Novaes et al. Influência do consumo alimentar de ácidos graxos trans no perfil de lipídios séricos em nipo-brasileiros de Bauru. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 2 p. 357-364, fev, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/13.pdf>> Acesso em: 12 maio 2015.

COSTA, Andre Gustavo Vascoceles; BRESSAN, Josefina; SABARENSE, Cephora Maria. Ácidos graxos trans: Alimentos e efeitos na saúde. **Departamento de nutrição e saúde**. Viçosa – MG, v. 56, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2006-1/acidoss_graxos_trans.asp#top> Acesso em: 10 maio 2015

COSTA, Andre Gustavo Vascoceles; SABARENSE, Cephora Maria. Modulação e composição de ácidos graxos do leite humano. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23 n. 3 p. 445-457, maio/jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/12.pdf>> Acesso em: 12 maio 2015.

GAGLIARDI, Ana Carolina Moron; MANCINI FILHO, Jorge; SANTOS, Raul. D. Perfil nutricional de alimentos com alegação de zero gordura trans. **Rev. Assoc. Med. Brás.** v. 55, n. 1, p. 50-53, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100015> Acesso em: 20 out. 2015.

HIMELSTEIN, Vanessa Martins Hissanaga. Aplicação do método de controle de gordura trans no processo produtivo de refeições. **Programa de Pós-Graduação em Ciência dos Alimentos**. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Philco/Desktop/Artigo%20de%20conclus%C3%A3o%20de%20curso/artigod/332813.pdf>> Acesso em: 18 out 2015.

HISSANAGA, Vanessa Martins; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa; BLOCK, Jane Mara. Ácidos graxos trans em produtos alimentícios brasileiros: uma revisão sobre aspectos relacionados à saúde e à rotulagem nutricional. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 4, p. 517-530, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000400009&script=sci_arttext> Acesso em: 17 maio 2015.

INMETRO. **Relatório sobre análise de teor de gordura e fitosteróis em nuts** (amêndoa, amendoim, avelã, castanha de caju, castanha do pará, macadâmia e nozes). Rio de Janeiro: Ministério do desenvolvimento, indústria e comércio exterior. 2012. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/nuts.pdf>> Acesso em: 07 maio 2015.

LOTTENBERG, Ana Maria Pita. Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 5, p. 595-607, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000500012> Acesso em: 20 set 2015.

MARTIN, Claiton Antunes; MATSHUSHITA, Makoto; SOUZA, Nilson Evelásio. Ácidos graxos trans: implicações nutricionais e fontes na dieta. **Rev Nutr**, v. 17 n. 3, p 361-369, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000300009> Acesso em: 17 maio 2015.

MASI, Laureane Nunes; SILVA, Érica Paula Portioli. A influência dos ácidos graxos trans na disfunção da célula endotelial e o possível efeito terapêutico do exercício sobre o tecido endotelial como forma de prevenção ou regressão da aterosclerose. **J Vasc Bras**. v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492009000200012> Acesso em: 20 maio 2015.

MENDES, Ana Cristina R.; BISCONTINI, Telma Maria Barreto; MIRANDA, Maria Spinola. Ácidos graxos trans isômeros em alimentos: conteúdo, consumo e implicações nas doenças cardiovasculares. **B.CEPPA**, Curitiba, v. 20, n. 1, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/alimentos/article/view/1141/942>> Acesso em: 12 maio 2015.

MERÇON, Fábio. O que é gordura trans? **Química nova na escola**. v. 32, n. 2, 2010. Disponível em: <http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc32_2/04-CCD-9509.pdf> Acesso em: 27 abril 2015.

MOREIRA, N.X.; CURI, R.; MANCINI FILHO, J. Ácidos graxos: uma revisão. **Nutrire; rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, v. 24, p. 105-123, dez 2012. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v24n%C3%BAnico/v24nunicoa07.pdf>> Acesso em: 17 maio 2015.

MOZAFFARIAN, Dariush et al. Dietary intake of trans fatty acids and systemic inflammation in women. **Am J Clin Nutr**, v. 79, n. 4, p. 606, 2012. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/79/4/606.full.pdf>> Acesso em: 10 out. 2015.

OLIVEIRA, Thiago Henrique Sales; PORTE, Alexandre. A influência dos ácidos graxos trans nas doenças cardiovasculares. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 67-74, 2007. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed24/re_v_augustus_TC_ed_24_02.pdf> Acesso em: 20 maio 2015.

PACHECO, Cristina Queiroz; OLIVEIRA, Maria Aparecida Magalhães; STRACIERI, Adriana Pereira Medina. Análise nutricional de dietas publicadas em revistas não científicas destinadas ao público feminino. **Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, v. 3, n. 4, p. 346-361, 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/4_edicao/Artigo_ANALISE_NUTRICIONAL_DE_DIETAS.pdf> Acesso em: 07 maio 2015.

RODRIGUES, Elwisley; SCHIESSEL, Dalton. Perfil lipídico e glicêmico de ratos suplementados com diferentes quantidades de gordura interesterificada. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 3, n. 2, p. 33-44, 2009. Disponível em: <[http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2009/TCC%2013-2009%20\(ELWISLEY%20JHONI%20C.A.%20RODRIGUES\).pdf](http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2009/TCC%2013-2009%20(ELWISLEY%20JHONI%20C.A.%20RODRIGUES).pdf)> Acesso em: 20 set. 2015

RUFINO, Rayla Reis. **Perfil e conhecimento de consumidores e não consumidores de lipídios saturados e insaturados. Monografia (Graduação em Nutrição) Universidade Federal de Juiz de Fora.** Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/gradnutricao/files/2015/03/PERFIL-E-CONHECIMENTO-DE-CONSUMIDORES-E-N%C3%83O-CONSUMIDORES-DE-LIP%C3%8DDIOS-SATURADOS-E-INSATURADOS.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2015.

SALVARO, Rosangele Pavan; JÚNIOR Silvio Ávila. Perfil Lipídico e Fatores de Risco Cardiovascular em estudantes de nutrição. **Rev SOCERJ**, v. 22, n. 5, p. 309-317, 2009. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2009_05/a2009_v22_n05_06rosangele.pdf> Acesso em: 07 maio 2015.

SANTOS, Raul Dias et al. I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 100, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Gorduras.pdf> Acesso em 12 maio 2015.

SCHERR, Carlos; RIBEIRO, Jorge Pinto. O que o cardiologista precisa saber sobre gorduras trans. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 90, n.1, p. e4-e7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008000100012&script=sci_arttext> Acesso em: 27 set. 2015.

TETRI Laura.H. et al. Severe NAFLD with hepatic necroinflammatory changes in mice fed trans fats and a high-fructose corn syrup equivalent. **Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol** v. 295, n. 5, p. 987–995, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18772365>> Acesso em: 27 set. 2015.

Dados para contato:

Autor: Fernando Mateus Scremin

E-mail: screminfm@yahoo.com.br

ALTERAÇÕES DO SONO NA TERCEIRA IDADE

Educação e promoção de saúde

Cláudio Sérgio da Costa¹; Adalberto Alves de Castro¹; Matheus Leonardo Ghisi De Nez¹; Priscila da Silva Cunha¹

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O presente artigo trata de uma revisão bibliográfica com o objetivo de organizar e identificar informações acerca do sono na terceira idade. Os dados foram obtidos no PubMed, tendo como linha de pesquisa publicações entre os anos de 2010 e 2015. O sono é um processo biológico, que serve para restaurar os níveis normais de atividade do organismo e o equilíbrio entre distintas áreas do Sistema Nervoso Central. Durante anos se pensou o sono como uma função restauradora do organismo, mas hoje já se sabe que a sua qualidade além de ser restauradora biológica, influencia em funções cognitivas, psicológicas e imunológicas.

Palavras-chave: Sono. SNC. Processo biológico. Distúrbios.

Introdução

Segundo Guyton e colaboradores (2011), a função do sono ainda não está completamente esclarecida. Sabe-se que o sono serve para restaurar os níveis normais de atividade e o equilíbrio entre as diferentes partes do sistema nervoso central (SNC), além de estar envolvido com a conservação do metabolismo energético, cognição, maturação neural e saúde mental, refletindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo (SILVA; COSTA et al., 2014).

O sono é considerado um processo biológico complexo que se alterna com os períodos de vigília. Os estados de sono-vigília são mediados por modulações hormonais e neurais, tais processos fisiológicos modificam a temperatura corporal, trabalho cardíaco e a produção hormonal, levando a um estado neurológico restaurador essencial ao crescimento (durante a infância e a adolescência), aprendizado/memória e funcionamento do organismo. O sono é composto por dois estados distintos: *rapid eye movement* (REM) e *non-rapid eye movement* (NREM), os quais se manifestam em ciclos organizados ao longo de uma noite normal de sono. Sendo assim, distúrbios que afetam esses dois estados podem promover uma piora

na qualidade de vida e instalação, a longo prazo, de diversas doenças de origem metabólica e cardiovascular (ZANUTOI et al., 2015).

A importância do sono é observada a partir da constatação dos efeitos causados pela sua privação. Sua restrição tem sido apontada como causadora de uma série de déficits neurocomportamentais, tais como, lapsos de memória, redução do rendimento cognitivo, redução da vitalidade, redução da sensação de felicidade, além de causar efeitos negativos no sistema endócrino, no metabolismo e em respostas inflamatórias (OBTECHT, 2015).

Os transtornos do sono são comuns e pelo menos 30% da população sofre de um distúrbio clinicamente significativo e de importância para a saúde pública. A insônia é o distúrbio do sono mais comum, seguido pela apneia e pela síndrome das pernas inquietas. Os distúrbios do sono estão associados diretamente a problemas de saúde como hipertensão, depressão, doenças cardiovasculares e redução da produtividade no trabalho. De acordo com Kessler et al. (2011), em pesquisa realizada nos Estados Unidos, a insônia causa perda de produtividade do trabalhador, representando um prejuízo de 63,2 bilhões de dólares por ano ao país e uma perda de produtividade de 11,3 dias por ano por pessoa (MILAGRES et al., 2015).

Durante anos se atribuiu ao sono o simples caráter passivo de restaurador das funções orgânicas. Entretanto, hoje já se sabe que a quantidade e/ou a qualidade do sono está envolvida com a manifestação de diversas alterações na função cognitiva, psicológica, imunológica e/ou na metabólica. Inversamente, muitos aspectos sociais, clínicos e culturais podem interferir na quantidade e/ou qualidade do sono. Dessa forma, a saúde e o sono humano estão diretamente associados, como num processo simbiótico, ambos se afetam positivamente ou negativamente (ARAÚJO et al., 2014).

As alterações do sono apresentam-se como uma das queixas mais consistentemente documentadas pelo indivíduo adulto, com crescente prevalência ao longo da sua vida, atingindo o seu pico na população geriátrica. Apesar de ser compreendida como uma alteração fisiológica, a sua associação a determinados estados patológicos e as suas consequências para o idoso são inquestionáveis. Os estudos mais recentes apontam que mais de 50% dos indivíduos com idade superior a 65 anos apresentam queixas relacionadas ao sono, com maior incidência sobre o sexo feminino. O processo de envelhecimento implica o surgimento de inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de patologia do sono. As alterações no ritmo circadiano, a polimedicação, as patologias físicas e mentais, bem como a alteração

do seu ambiente envolvente e estatuto social, como o estado pós-reforma, a invalidez ou o isolamento, contribuem para um agravamento da qualidade do sono (HAIMOV; SHATIL, 2013; ROEPKE e ANCOLI, 2010).

Segundo Sanz (2002) as principais alterações com o avançar da idade, reportam-se a: significativa diminuição do tempo de sono profundo; despertares mais frequentes e mais prolongados e aumento do número (nº) de ciclos de sono. Como consequência destas alterações a maior parte do sono é superficial, resultando na diminuição da quantidade e qualidade do sono (MAGALHÃES, et al., 2012).

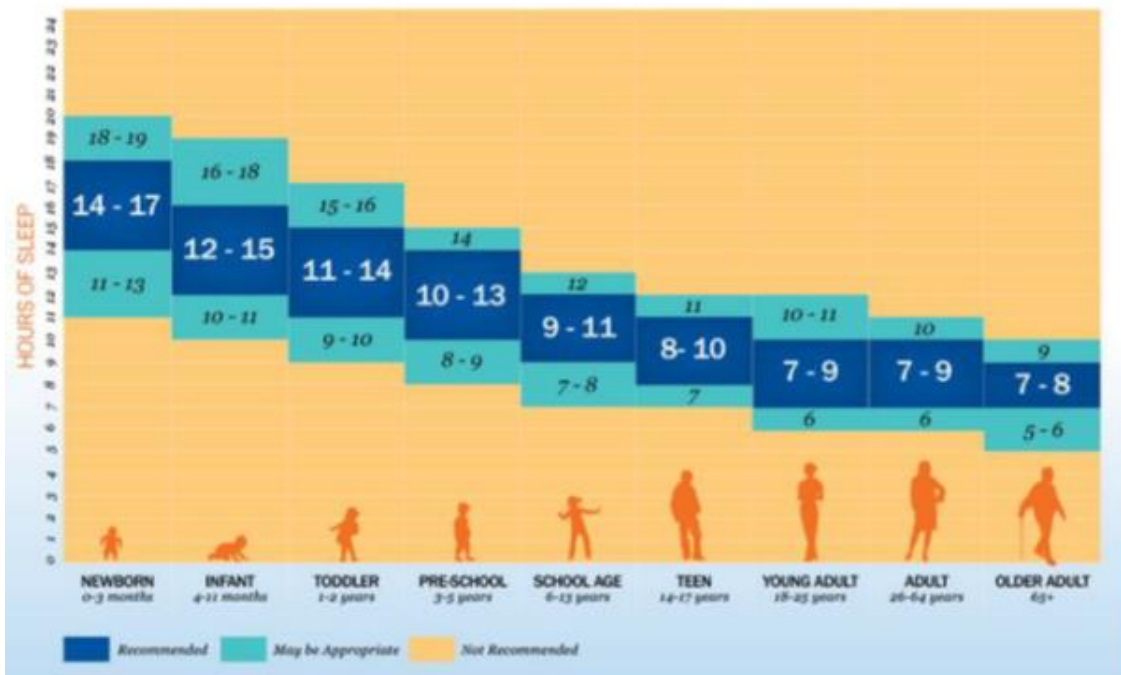
Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias: 1) dor ou desconforto físico; 2) fatores ambientais; 3) desconfortos emocionais e 4) alterações no padrão do sono. Nessa última categoria, incluem-se as queixas referentes ao tempo dispendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado. Além dessas queixas, são também prevalentes a sonolência e a fadiga diurna, com aumento de cochilos, o comprometimento cognitivo e do desempenho diurno e vários outros problemas, que, embora não sejam específicos do envelhecimento, têm um grande impacto sobre os idosos em decorrência de seus efeitos sobre o sono: falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, uso de drogas (psicotrópicas ou outras), agitação noturna e quedas (DE OLIVEIRA ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

A quantidade de horas de sono ideal varia para cada indivíduo, a média é de oito horas, porém o que demonstra um satisfatório será o estado que o indivíduo se encontra no dia seguinte, sendo que quando não satisfatório o indivíduo pode se apresentar cansado, mal-humorado, sonolento ou com sensação de atordoamento como nos casos de insônia (TULIK, 2008) assim como falta de concentração, ansiedade e estresse diminuição no desempenho das atividades diárias (CASTILHO et al., 2015).

As pessoas apresentam necessidades diferentes em relação ao sono. Embora seja adequado dormir entre 7 e 8 horas por noite para a maioria das pessoas, existem aquelas que precisam entre 4 e 10 horas. Assim, o sono satisfatório não é medido em horas absolutas, e sim em relação a quanto o sono foi reparador para o indivíduo (FERREIRA, DE JESUS; DOS SANTOS, 2013).

Uma outra questão muitas vezes colocada, prende-se com o número ideal de horas sono por dia. Apesar de não estar totalmente esclarecido, e ultrapassando a variabilidade interpessoal existente a este nível, acredita-se que o número ideal estará localizado entre as 7 e as 8 horas de sono, segundo a *National Sleep Foundation* (HIRSHKOWITZ, et al., 2015), não representando este intervalo de valores, uma garantia de qualidade de sono, sendo indispensável uma distribuição correta destas horas, com questionáveis efeitos no que toca à realização de sestas (Figura 1). Para Glozier (2012), ritmos de sono que compreendam duração inferior ou superior ao apresentado poderão representar fatores de risco para a saúde, bem como sugerir já a existência de patologias, nomeadamente pertencentes ao espectro das demências.

Figura 1 - Recomendações para a duração total de sono, em horas, por faixa etária.



Fonte: Recomendações para a duração total de sono, em horas, por faixa etária. *National Sleep Foundation* (HIRSHKOWITZ, et al., 2015).

Embora exista elevada prevalência de distúrbios do sono na população mundial, e esse desfecho esteja associado à maior ocorrência de complicações e gastos com saúde, existe pouca informação nacional investigando os distúrbios do sono e variáveis associadas na população brasileira. Essa ausência de informações se faz mais relevante em cidades interioranas, nas quais os comportamentos

relacionados ao sono parecem diferir significativamente de grandes centros metropolitanos (ZANUTOI et al., 2015).

O objetivo da presente revisão bibliográfica foi identificar os distúrbios relacionados ao sono e qualidade do sono em idosos.

Procedimentos Metodológicos

A metodologia utilizada no estudo tem caráter de revisão bibliográfica, onde o mesmo utilizou como principal base de dados a avaliação de artigos obtidos no Pubmed utilizando as palavras-chaves “sleep” e “aging” ou “ageing”, sendo os mesmos realizados em humanos e com abordagem no envelhecimento; sono, distúrbios do sono e qualidade do sono, e com publicação entre os anos de 2010 e 2015. Assim, foram obtidos 128 artigos dos quais em um refinamento foram selecionados 25 para a realização da revisão bibliográfica.

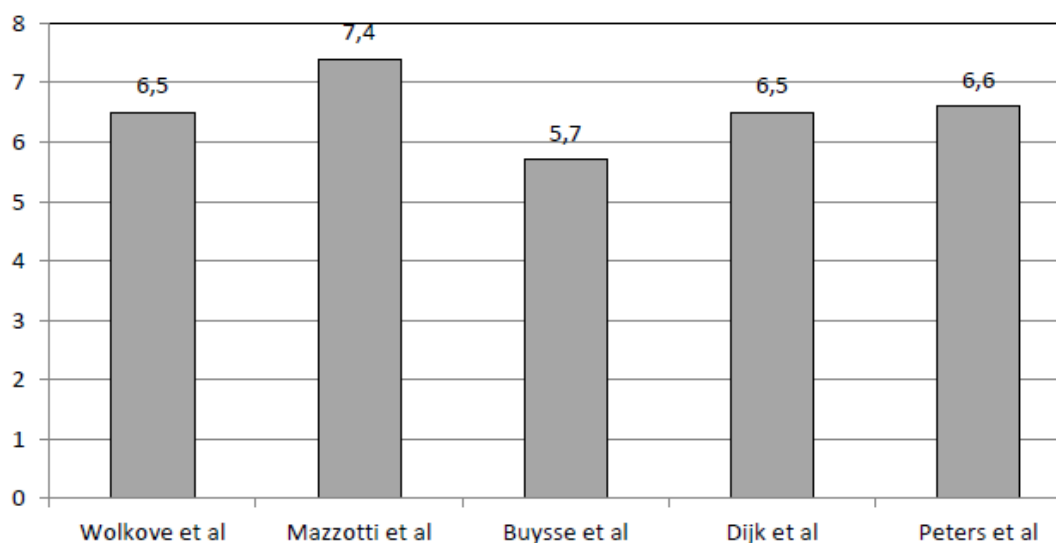
Resultados e Discussão

No que toca à duração total de sono, alguns estudos têm tentado esclarecer e quantificar este valor, que se encontra, na população geriátrica em geral, diminuído. Segundo Wolkove et al., (2010) o indivíduo idoso apresenta valores na ordem das 6,5 horas de sono diárias, um valor inferior às 7,5 a 8 horas que o autor reconhece como saudável. Mazzotti et al. (2014) mensuraram estes valores através de polissonografia (PSG) e actigrafia, em paralelo, chegando a uma média calculada de aproximadamente 5,7 horas, na PSG e 7,4 horas, em actigrafia, para o grupo de indivíduos com idade superior a 64 anos e inferior a 80.

Buysse et al (2010), reconhece a existência desta alteração, demonstrando um resultado concordante com a diminuição do tempo total de sono no idoso, quando comparado com o adulto jovem. Assim, os seus resultados apontam para uma duração média de sono no indivíduo idoso de aproximadamente 5,7 horas por dia, contra as 7,5 horas diárias praticadas pela população mais jovem, quando foi utilizado o estudo PSG. Com a aplicação do diário de sono aos mesmos grupos, os resultados referentes ao tempo passado na cama foram de 7,2 horas nos idosos e 7,6 horas nos adultos jovens, permitindo compreender a degradação da capacidade de adormecer ou permanecer em estado de sono, traduzida por diminuição da eficiência de sono, no indivíduo idoso.

O estudo desenvolvido por Dijk (et al., 2010), também fornece informações concordantes, estabelecendo uma média de 6,5 horas de sono diárias em idosos, contra 6,8 horas de sono nos adultos de meia-idade e 7,2 nos mais jovens, demonstrando uma degradação progressiva desta variável, a um nível estatístico significativo. Peters et al. (2014), estabeleceu uma relação semelhante, calculando o total de horas de sono do idoso em 6,6, contra 8,1 horas nos restantes indivíduos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Duração total de sono nos idosos, em horas, segundo vários autores.



Fonte: Dijk et al. (2010).

Araújo et al. (2014) relata que o uso demasiado de dispositivos tecnológicos, em um grande grupo de pessoas incluindo idosos, diminui a produção de melatonina o qual é um hormônio regulador do sono, tal depleção pode causar insônia. Outras disfunções causadas pelo uso de televisão, computadores e telefones celulares são o aumento de peso e doenças como Diabetes Mellitus e câncer de mama.

Em revisão de estudos realizados por Santos et al. (2013), o perfil dos idosos que habitualmente cochilam é constituído predominantemente por mulheres, casadas e aposentadas, das quais possuem idade média de idade de 73 anos e cochilam em média 5,9 dias por semana, com duração de 53,5 minutos por cochilo. Nestes idosos (em geral), muitos demonstraram sofrer de algum tipo de distúrbios do sono noturno, alterações do ciclo sono-vigília estando estes, relacionado à mortalidade, doença cardiovascular, doenças mentais, acidente vascular encefálico e câncer. Estudos

sugerem que dependendo do horário e da duração do cochilo, este poderá ser benéfico à saúde do idoso, diminuindo em duas vezes o índice de mortalidade.

Quanto à relação de sono e qualidade do sono em idosos relacionados à exercício físico, Freire e colaboradores (2014), concluíram através da utilização do Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (IQSP) que idosos praticantes de atividade física apresentaram menores scores no IQSP, dos quais 6% das praticantes de atividade física apresentam algum distúrbio do sono contra 42% das idosos sedentárias. Ao avaliar a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) concluiu-se que as praticantes de atividade física apresentaram menores scores com cerca de 52% de normalidade contra 36% do grupo sedentário.

Mansano-Schlosser (et al., 2014) verificou em estudo que 70% dos idosos informam ter sono de boa qualidade, mas quando submetidos à avaliação 81% destes apresentam queixas compatíveis com sono de má qualidade, dos quais 32% afirmaram demorar entre dez e 30 minutos para conciliar o sono, 19% demoram entre 40 e 60 minutos e outros 19% relatam que esse intervalo variava entre 70 e 180 minutos. Entre eles 81% queixou-se de possuir sono “leve”, devido a fatores como: ir ao banheiro à noite (92%), ouvir o ronco dos companheiros de quarto (16%), presença de pernilongos (13%) e claridade (5%).

Em estudo com objetivo de mensurar a qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização, utilizou-se o IQSP para o domicílio e a Escalas Visuais Análogas de Sono para a hospitalização. O IQSP indicou sono de má qualidade no domicílio (69,4%), destacando-se a fragmentação enquanto a Escalas Visuais Análogas de Sono indicou sono de qualidade satisfatória e sonolência diurna moderada (MONTEIRO; CEOLIM, 2014).

Segundo Raposo (2015), as alterações do sono no idoso correlacionam-se, também, com manifestações sistêmicas de disfunção. Alguns exemplos são a degradação da capacidade cognitiva e, mais particularmente, da memória, a disfunção metabólica, com surgimento de obesidade, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, bem como patologias de índole psiquiátrica, como a depressão. De um modo geral, a análise de alguns artigos também permitiu concluir que a manutenção de uma boa qualidade de sono, objetiva ou subjetiva, é um fator importante que medeia a qualidade de vida do idoso.

Considerações Finais

Diante dos achados observados na presente revisão, ressalta-se que as alterações do sono nos idosos são um evento previsível na população geriátrica, mas que podem gerar disfunção. São relatadas em cerca de 50% dos idosos.

No entendimento e a observância de um sono restaurador, como fator necessário à manutenção da saúde da pessoa idosa, é um requisito básico para a prevenção dos distúrbios do sono nessa parcela da população. Este estudo apontou para a necessidade de um olhar mais atento das famílias, da sociedade e das políticas públicas para ações que permitam a manutenção de uma boa qualidade de vida dos idosos.

Referências

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de et al. Health indicators associated with poor sleep quality among university students. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1085-1092, 2014.

BUYSSE, Daniel J. et al. Circadian patterns of sleep, sleepiness, and performance in older and younger adults. **Sleep**, v. 28, n. 11, p. 1365-1376, 2010.

CASTILHO, Carla Prado et al. A privação de sono nos alunos da área de saúde em atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e suas consequências. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 2, p. 113-119, 2015.

DE OLIVEIRA ARAÚJO, Claudia Lysia; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 619-626, 2010.

DIJK, Derk-Jan et al. Age-related reduction in daytime sleep propensity and nocturnal slow wave sleep. **Sleep**, v. 33, n. 2, p. 211-223, 2010.

DOS SANTOS, Ariene Angelini et al. Perfil dos idosos que cochilam. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1345-1351, 2013.

FERREIRA, Suiane Costa; DE JESUS, Thaianne Barbosa; DOS SANTOS, Adailton da Silva. Qualidade do sono e fatores de risco cardiovasculares em acadêmicos de enfermagem. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 1, p. pag. 390-404, 2015.

FREIRE, Ana Lúcia Lima et al. Análise comparativa da qualidade do sono em idosas praticantes e não praticantes de atividade física na zona Sul de Teresina – Piauí. Saúde do Idoso *in*: **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, p.3101-3114. 2014.

GLOZIER, Nicholas. Maybe it's quality not length that matters. **Sleep**, v. 35, n. 3, p. 313, 2012.

HAIMOV, Iris; SHATIL, Evelyn. Cognitive training improves sleep quality and cognitive function among older adults with insomnia. **PLoS One**, v. 8, n. 4, p. e61390, 2013.

HIRSHKOWITZ, Max et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, v. 1, n. 1, p. 40-43, 2015.

KESSLER, Ronald C. et al. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. **Sleep**, v. 34, n. 9, p. 1161, 2011.

MAGALHÃES, Carlos Pires; FERNANDES, Adília; ANTÃO, Celeste. Sono e envelhecimento. **X Jornadas de Saúde Mental no Idoso: Implicações da Saúde Mental no Envelhecimento Ativo**, 2012.

MANSANO-SCHLOSSER, Thalyta Cristina et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 610, 2014.

MAZZOTTI, Diego Robles et al. Human longevity is associated with regular sleep patterns, maintenance of slow wave sleep, and favorable lipid profile. **Frontiers in aging neuroscience**, v. 6, 2014.

MILAGRES, Maria Patricia et al. Pesquisa Mercadológica-Qualidade do Sono da População de Viçosa-MG. **Saúde em Revista**, v. 14, n. 36, p. 3-12, 2015.

MONTEIRO, Natália Tonon; CEOLIM, Maria Filomena. A qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 356-364, 2014.

PETERS, Kevin R. et al. Age differences in the variability and distribution of sleep spindle and rapid eye movement densities. **PloS one**, v. 9, n. 3, p. e91047, 2014.

RAPOSO, Francisco Miguel de Ornelas. **As alterações do sono no idoso**. 2015.

ROEPKE, Susan K.; ANCOLI-ISRAEL, Sonia. **Sleep disorders in the elderly**. 2010.

SILVA E COSTA, Zilma Maria Severino et al. Brazilian-Portuguese translation and cultural adaptation of the sleep and wake disturbances domains of the Patient-Reported-Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1391-1401, 2014.

TRINDADE-FILHO, E. M.; CARVALHO, L. N. A.; GOMES, E. O. Estudo da qualidade do sono na população adulta de Maceió. **Neurobiologia**, v. 71, n. 1, p. 93-97, 2010.

WOLKOVE, Norman et al. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. **Canadian Medical Association Journal**, v. 176, n. 9, p. 1299-1304, 2010.

ZANUTO, Everton Alex Carvalho et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 42-53, 2015.

Autor: Cláudio Sérgio da Costa

E-mail: claudiopoeta@yahoo.com.br

ANSIEDADE: UM ESTUDO SOBRE FOBIA SOCIAL

Epidemiologia e políticas de saúde

**Amanda Kesting¹; Débora Mendes Corrêa¹; Kermelin Aparecida Alves¹;
Cláudio Sérgio da Costa¹; Adalberto Alves de Castro¹**

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O presente artigo buscou diferenciar a ansiedade normal da ansiedade patológica, investigando seus aspectos neurológicos e sociais. Destacou-se ainda aspectos da fobia social, visto que esta é uma das doenças que mais acomete os brasileiros. Devido ao fato de o seu portador pensar sempre estar sendo julgado de forma negativa por outras pessoas, acaba por se isolar, evitando o contato social. A ansiedade e a fobia social possuem aspectos sintomáticos bem visíveis, pois estes expressam-se no físico do indivíduo, deixando-o desconfortável quando estes são percebidos por outros. A pesquisa realizada fez uso de artigos científicos encontrados em banco de dados.

Palavras-chave: Ansiedade. Fobia social. Transtornos mentais.

Introdução

Existem descrições clínicas daquilo que hoje chamamos de “estados ansiosos”, desde os séculos que antecederam o nascimento de cristo (PEREGRINO,1997). Entretanto, é apenas a partir de finais do século XIX que a ansiedade passa a despertar o interesse da medicina, sendo então abordada como um quadro patológico específico (VIANA, 2010).

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana os transtornos de ansiedade são vários, tais como Transtorno de Pânico, Fobia Social, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo, entre outros, porém esse artigo procura focar no transtorno de ansiedade social, ou fobia social, que é um medo persistente e excessivo de ser criticado e julgado em situações sociais e de desempenho.

A fobia social é incluída como categoria distinta nos dois critérios diagnósticos mais usados – no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 5ª edição (DSM-V), a fobia social está incluída nos “Transtornos de Ansiedade”; na

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde, 10^a Revisão (CID-10), na classificação de transtornos mentais e comportamentais está agrupada como “Transtornos Fóbicos de Ansiedade”.

Atualmente, sabe-se que a fobia social é um dos transtornos mentais mais predominantes na população geral, com prevalência em torno de 13,3% ao longo da vida, trazendo muito sofrimento para seu portador (MAGEE et al., 1996). Pessoas que sofrem de fobia social acreditam que serão avaliados de forma negativa, em situações onde tenham que desempenhar atividades sendo observados, com medo de se sair mal e fazer algo errado; ficam ainda mais assustados quando alguém nota algum sintoma. O medo dessas situações é tão grande, que leva o indivíduo a evitar atividades sociais e situações que possam causar algum desconforto.

Procedimentos Metodológicos

Para a elaboração do presente artigo foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando como fonte artigos nos bancos de dados Scielo, Pubmed e Portal Capes, que investigaram a ansiedade e seus aspectos neurológicos, patológicos e sociais. Foram utilizadas como palavras-chave: “ansiedade”, “transtorno de ansiedade” e “fobia social”.

Características neurofisiológicas do Transtorno de Ansiedade Social

Holmes (1997 apud NASCIMENTO, 2013) ressalta que é importante entender a diferença entre medo e fobia. A fobia caracteriza-se por níveis intensos e que de algum modo prejudicam a vida do indivíduo. A fobia (medo patológico) se diferencia do medo normal por não ter uma razão objetiva (sem sentido); não ser real.

Os autores Crake e Barlow (1994) colocam que ansiedade é a reação a algum tipo de perigo ou ameaça, a qual caracteriza-se por reações de luta e fuga, tendo como objetivo principal proteger o organismo. De acordo com a Revista de Psicofisiologia (1997), estímulos externos que possam sugerir perigo ou ameaça ao indivíduo, são respondidos com medo, principal emoção envolvida nas experiências de ansiedade. O medo é, por sua vez, desencadeado por uma série de reações cognitivas, sensório-perceptivas e neurovegetativas. Partindo desse princípio, a ansiedade pode ser compreendida como uma condição orgânica que possibilita ao indivíduo preservar sua integridade.

De acordo com Kaplan (2003 apud NASCIMENTO, B.R.C), a ansiedade pode ser observada em dois níveis, a normal e a patológica. Para ele, “a ansiedade consiste numa sensação que se caracteriza por um sentimento duradouro, desagradável que envolve apreensão, agitação, inquietação, temor e medo”. Holmes (1997 apud NASCIMENTO, B.R.C [2013]) apresenta a ansiedade da seguinte maneira:

[...] podemos sentir ansiedade em diversas situações como, por exemplo: apresentar um seminário, se relacionar afetivamente, entrevista de emprego, primeiro dia de trabalho e ou aula, antes de uma viagem, ir ao psicólogo ou médico pela primeira vez, problemas familiares, entres outros. Em determinadas circunstâncias é vantajoso responder com ansiedade em certas situações ameaçadoras, visto que ele estimula, impulsiona e encoraja o indivíduo. Existem três fatores que devem ser considerados ao fazer distinção entre ansiedade normal e patológica. A primeira característica a ser observada é o nível da intensidade. O segundo a considerar é a justificativa que se da diante das situações temidas, se realmente é realista ou não. E por último a ansiedade anormal gera prejuízo sócio ocupacional no âmbito de vida do sujeito.

Segundo Andrade e Gorenstein (1998 apud BRAGA et al., 2010) a ansiedade patológica é aquela em que os comportamentos de fuga e esquiva em situações da vida (seja ela acadêmica, social ou profissional) causam prejuízo ao indivíduo. A ansiedade é constituída por aspectos emocionais/comportamentais e fisiológicos. Como aspecto emocional/comportamental pode-se apresentar o medo, a insegurança, o pensamento catastrófico e outros. Enquanto que do ponto de vista da fisiologia, a ansiedade é considerada “um estado de funcionamento cerebral em que ocorre ativação do eixo hipotálamo hipófise-adrenal”, o que faz com que o paciente tenha sintomas neurovegetativos. (MACKENZIE, 1989; ANDRADE, GORESTEIN,1998; GIUNTINI, 2006 apud BRAGA et al., 2010).

Para os autores Crake e Barlow (1994), a ansiedade está particularmente envolvida com o sistema nervoso autônomo, o qual possui duas subsecções: o sistema nervoso simpático e o parassimpático. Ambos

“[...] estão diretamente relacionadas no controle dos níveis de energia do corpo e de sua preparação para a ação. Colocado de uma forma mais simples, o sistema nervoso simpático é o sistema da reação de luta e fuga que libera energia e coloca o corpo pronto para ação; enquanto que o parassimpático é o sistema de restauração que traz o corpo a seu estado normal.”

As pesquisas realizadas por Graeff e Hetem (2004 apud BRAGA et al., 2010) mostram que o estado de ansiedade está relacionado aos mecanismos de defesa dos animais diante de situações de perigo ou ameaça. Para eles, a ansiedade patológica, assim como a ansiedade normal, envolve dois sistemas cerebrais: o Sistema Cerebral de Defesa (SCD) e o Sistema de Inibição Comportamental (SIC).

O SCD é constituído por um conjunto de estruturas nervosas, longitudinalmente organizadas, formado pela Amígdala, Hipotálamo Medial (HM) e Matéria Cinzenta Periaquedutal (MCP). A amígdala possui conexões nervosas com o neocórtex, com estruturas límbicas mais profundas e funciona como interface sensorio-emocional entre elas, avaliando e classificando o tipo e grau do estímulo. O resultado é transmitido ao HM e MCP. Esta, então, seleciona e organiza as reações comportamentais e fisiológicas de defesa apropriadas. O HM regula o funcionamento da hipófise que, através da secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) estimula as glândulas suprarrenais a secretar glicocorticóides, como cortisol, norepinefrina e epinefrina. Como as situações de ameaça geralmente necessitam de atividade vigorosa (luta ou fuga) a ativação do córtex adrenal, bem como do ramo do sistema nervoso autônomo, ao levarem a liberação de glicocorticóides, cujas ações nos tecidos-alvos são catabólicas, ajudarão a promover a mobilização de fontes de energia do corpo para enfrentamento da situação ameaçadora (GRAEFF, HETEM, 2004; SILVA, 2001 apud BRAGA et al. 2010).

O sistema septohipocampal, principal substância neural do SIC, é ativado por sinais condicionados de punição, frustração, estímulos ameaçadores ou situações novas, que provocam a inibição de qualquer movimento que o animal esteja realizando, para assim, aumentar o estado de vigilância, atenção e preparo para ação (GRAEFF; HETEM, 2004 apud BRAGA et al., 2010).

Se o estímulo corresponde ao esperado, então o comportamento não é controlado pelo SIC. Entretanto, caso o estímulo não corresponda ao esperado, o SIC é “acionado” e há a inibição do comportamento para um aumento da atenção ao meio, direcionando a vigilância a possíveis perigos (GRAEFF, 1994; SILVA, 2001 apud BRAGA et al., 2010).

Por atuarem como moduladores e reguladores de comportamentos defensivos, os neurotransmissores também estão implicados nos Transtornos de Ansiedade. Entre eles destacam-se as aminas biogênicas (noradrenalina, serotonina e dopamina), aminoácidos (Ácido α -Aminobutírico-GABA, glicina), peptídeos (fator de liberação de corticotropina, corticotropina, colecistocinina) e esteroides

(corticosterona) (RIBEIRO; BUSNELO; KAPCZINSKI, 1999; GRAEFF; HETEM, 2004 apud BRAGA et al., 2010).

Diferença entre Timidez e Fobia Social

A Timidez é uma característica bastante comum na população e é um termo utilizado para uma grande diversidade de situações. É uma situação comum em determinadas fases da vida, na maioria dos casos não interfere com o funcionamento social da pessoa e não conduz ao evitamento dessas situações (MAGALHÃES, 2010). A fobia social é o medo de interações sociais. A timidez pode ser considerada uma forma moderada de fobia social.

Tem sido difícil delimitar as fronteiras entre fobia social e timidez pelos os seguintes motivos: não há consenso sobre a definição de timidez; elas têm muitos aspectos comportamentais, cognitivos e fisiológicos comuns; elas se originam de diferentes tradições de pesquisa com a timidez sendo estudada por psicólogos sociais, da personalidade e do aconselhamento enquanto a fobia social é um tema de pesquisa na psicologia clínica e suas diferenças podem ser de natureza mais quantitativa do que qualitativa (BRUCH; CHEEK, 1995; p.163-182).

As pessoas com fobia social têm mais sintomas e são mais afetados pelo seu desconforto nos eventos sociais que os tímidos (HEISER et al., 2009). Pode-se considerar também que em relação à timidez não há uma interferência no desempenho social, pois conseguem focar a atenção na tarefa social ao invés dos fóbicos sociais que tendem a focar a atenção em si mesmos, monitorizando os seus sinais somáticos de ansiedade e o seu desempenho, que sofre interferência severa (PINTO GOUVEIA, 2000).

No quadro 1 proposto por Turner, Beidel e Townsley (1990), mostra-se aspectos característicos da timidez e fobia social.

Quadro 1 – Características da timidez e da fobia social

Timidez	Fobia Social
Traço de personalidade normal	Transtorno psiquiátrico
Primariamente inibição e discrição social	Presença de acentuada ansiedade, mesmo pânico, em situações de avaliação social
Pode se envolver socialmente quando necessário	Maior probabilidade de exibir desempenho social deficiente
Menor probabilidade de evitar situações sociais	Esquiva de situações sociais mais frequente e difusa
Altamente prevalente na população	Taxa de prevalência mais baixa
Curso mais transitório para muitos indivíduos	Duração mais longa, mais crônica e constante
Início mais precoce talvez nos anos pré-escolares	Início mais tardio, do início a metade da adolescência
Menor prejuízo na vida diária	Maior prejuízo social e ocupacional

Fonte: NASCIMENTO (2013).

Sintomatologia do Transtorno de Ansiedade Social

A vantagem sobre o diagnóstico e tratamento da Ansiedade Social, é que ela é diagnosticada já nas suas premissas. Fazemos parte de uma sociedade porque somos, por natureza seres sociáveis (COLLIN et al., 2012), logo o indivíduo que desenvolve a fobia social é percebido com certa facilidade por meio das pessoas mais próximas.

O transtorno de ansiedade é caracterizado, segundo o DSM V, por:

Ansiedade inclui transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. *Medo* é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os *ataques de pânico* se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo (NASCIMENTO, 2013, p. 199).

Dos sintomas descritos acima, são considerados transtorno de ansiedade somente quando o paciente não está inserido numa resposta fisiológica pelo uso de alguma substância desencadeadora ou acometido por alguma doença mental. Caso contrário os procedimentos são outros. Quanto ao diagnóstico, o paciente é caracterizado ansioso, de fato, após o período adaptativo, no caso de qualquer mudança abrupta. O período adaptativo é de até seis meses. O transtorno de ansiedade dos mais latentes correspondem àqueles desenvolvidos na infância não tratados. Necessário enfatizar que o transtorno está relacionado mais com o gênero feminino, independente do sexo (NASCIMENTO, 2013).

Considerando os transtornos desencadeados por:

- **Mutismo seletivo:** caracterizado pela fobia ao fracasso, medo de falar em público, na perspectiva que será humilhado;
- **Fobia Social:** fobia ao julgamento negativo alheio;
- **Transtorno do pânico:** o indivíduo teme sofrer novos ataques que são caracterizados por qualquer alteração no comportamento adaptativo.
- **Agorafobia:** Fobia a locais lotados e apertados.
- **Transtorno de ansiedade generalizado:** corresponde a uma fobia generalizada;
- **Fobia de separação:** Sofrimento excessivo por separação as figuras de apego.
- **Transtorno compulsivo obsessivo:** compulsão excessiva por algum tipo de organização causando perturbação na não concretização deste.

Já na Fobia Social, a sintomatologia aparece de maneira um pouco diferente:

As manifestações somáticas englobam sintomas físicos ou somáticos relacionados à hiperatividade autonômica (boca seca, taquicardia, hiperpnéia, falta de ar, sudorese, náusea, diarreia, disfagia, entre outros), hiperventilação (tontura, pressão no peito, parestesia, entre outros) e tensão muscular (tremores, dores, dispnéia por contração diafragmática, entre outros). As manifestações comportamentais são expressas por meio da insônia, inquietação, comportamentos fóbicos e rituais compulsivos (BERNIK, 1999 apud BRAGA et al., 2010).

Tratamentos do Transtorno de Ansiedade Social

Sabe-se que as abordagens psicológicas são muitas e necessárias para o tratamento da ansiedade. Primeiramente é necessário identificar o tipo da fobia social e, logo dar sequência na identificação dos fatores decisivos neste estado. É

importante identificar o grau da fobia e verificar a existência de situações mais latentes como alucinações, paranoia, ou até mesmo risco de suicídio. Levando em consideração cada caso, fatores como necessidade de tratamento químico precisam ser avaliados.

Segundo estudo, uma das abordagens que mais teve resultados significativos, até por ser uma das mais procuradas, foi a cognitivo-comportamental. Dentre uma média das suas abordagens, a estabilização do paciente varia entre 12 e 16 sessões (BECKER; HEISEMBERG; BELLACK, 1987).

Quanto ao tratamento químico são usados principalmente:

- **Benzodiazepínicos (BZD):** Usado devido a ação ansiolítica e sua ligação com os próprios receptores BZD ou ômega localizado nos receptores de cloro (receptores GABA). Este ansiolítico inibe a ação GABA e, conseqüentemente, a hiperpolarização das células no influxo de cloro. Importante o uso em associação a terapia. Por ser um fármaco que promove a inibição metabólica, seu uso e desuso devem ser feitos gradualmente e com orientação médica (BELL;NUTT;POTOKAR, 2000). O seu uso abusivo ou errôneo pode intensificar o quadro de ansiedade (GRAEFF; GUIMARÃES, 1999).
- **Buspirona:** Quanto aos mecanismos de ação atuação nos receptores pré-sinápticos somato-dendríticos (auto-receptores), diminuindo a frequência de disparos do neurônio serotoninérgico pré-sináptico; e atuação como agonista parcial nos receptores pós-sinápticos, competindo com a serotonina por esses receptores e, conseqüentemente, reduzindo sua ação (GÖTHERT; SCHLICKER, 2000; ANDREWS; BROEKKAMP, 1993; BALLENGER, 1999). Aparentemente, a buspirona não acarreta riscos de abuso, dependência ou abstinência, não interage com o álcool ou outras drogas hipnóticas e não apresenta sedação ou prejuízo psicomotor (JANICACK; MARDER; PAVULURI, 2011). Apesar desse perfil favorável, o uso clínico da buspirona não conseguiu superar os BZD (UHLENHUTH et al., 1999).
- **Antidepressivos (Imipramina):** em relação à imipramina, estudo recente encontrou que seu emprego aumenta significativamente a taxa de sucesso da tentativa de retirada gradual de BZD (KALLMAN, 2008), que como já descrito, causa certa dependência o que, no processo de retirada do medicamento, pode promover certo risco.

Ansiedade e a dificuldade de lidar com o público

Segundo D'El Rey (2001) e Lamberg (1998) a fobia social é um transtorno mental grave, caracterizado pelo medo de enfrentar situações sociais, ou seja, ser observado, interagir, comer, beber, falar ao telefone e demais situações que envolva público. Quando uma pessoa com fobia social está em alguma situação social, muda todo o seu comportamento e estabelece estratégias para enfrentar tal situação, que é percebida como fonte de perigo (CLARK; WELLS, 1995). Os sentimentos ansiosos são comuns em muitas pessoas, porém os fóbicos sociais vivenciam constantemente esse medo.

Os indivíduos fóbicos socialmente vêem os outros como pessoas hiper-críticas, humilhadoras, pensam que os outros podem ter expectativas e padrões sociais superiores, preocupando-os e influenciando-os emocional e comportamentalmente. Não conseguem lidar com elogios ou opiniões boas a seu respeito. Menosprezam resultados positivos alcançados durante alguma tarefa social (MAGALHÃES, 2010).

Consequências da Ansiedade Social para a vida pessoal e profissional

Considerando os principais transtornos de ansiedade pelo DSM-V e suas respectivas descrições, por si só já é perceptível o impacto que estas têm na vida do indivíduo ansioso (NASCIMENTO, 2013).

É demasiadamente destrutivo a proposição de um ansioso estar inserido num ambiente de trabalho, locais públicos, pois como a ansiedade trata de um transtorno caracterizado por medo e paranoia, eis que, levando em consideração de cada grau e espécie de ansiedade, o ambiente social lhe causa todos esses sentimentos reciprocamente. É devidamente relacionado a isso, que uma das principais características do transtorno de ansiedade é a fobia social, isto é, o isolamento. Bem como isto é um fator pelo qual o ansioso é identificado, a tratamento parte do mesmo princípio de isolamento, levando em consideração que no estado de abalo do ansioso, a vida em sociedade lhes é de extremo malefício (OLLENDICK; KING; YULE, 1994).

Considerações Finais

Visto que a ansiedade patológica é causadora de um enorme sofrimento ao indivíduo, deve-se, portanto, ter o cuidado de perceber quando a ansiedade deixou de ser normal e tornou-se patológica. A fobia social, uma de suas derivações, mostrou-se controladora da vida do indivíduo, tendo-se em consideração a grande

preocupação que a pessoa possui com relação aos pensamentos dos outros sobre si mesma. Dessa forma, o “portador” da fobia social acaba por se excluir do meio social, acadêmico e profissional, estando assim, em constante sofrimento. Os sintomas desse transtorno vão além de um medo passageiro e comum de serem percebidos em situações desconhecidas ao indivíduo e que, de certa forma, o colocam frente a circunstâncias que possam lhe parecer ameaçadoras. A fobia social é caracterizada por muitos sintomas psicossomáticos, já que o paciente não possui nenhuma doença fisiológica que possam acarretar hiperapneia, falta de ar, náuseas e outros, mas esses são provocados por sentimentos e pensamentos que incomodam profundamente o indivíduo.

É notável a defasagem em relação a pesquisas e projetos abordando transtornos psicológicos. Embora seja uma área de pesquisa extensa, ainda há uma grande demanda por elucidações relacionadas a tal tema. A fobia social se tornou um grave problema de saúde pública, saber identificar precocemente seus sinais é de extrema importância para os profissionais da saúde. Focando no âmbito psicológico, é fundamental que o profissional da psicologia compreenda a linha tênue formada entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica, a fim de diagnosticar e encaminhar esse paciente. O acompanhamento médico, psicológico, terapias alternativas e o apoio e o carinho da família carregam igual importância, e juntos iram garantir o sucesso do tratamento.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders**. 5th ed. DSM-V. Washington: American Psychiatric Press; 2013.

ANDREWS, James S; BROEKKAMP, C. L. E. **Procedimentos para identificar agentes ansiolíticos ou ansiogênicos**. Publicado em: Sahgal A. Comportamental neurociência: Uma abordagem prática. Volume II. Oxford. Pag. 37 a 54. 1993.

BALLENGER, J. C. **Os tratamentos atuais do transtorno de ansiedade em adultos**. Biol Psiquiatria. Carolina do Sul. Pag. 46 a 94. 1999.

BECKER, Robert E.; HEINSEMBERG, Richard. G.; BELLACK, Alan S. **Terapia comportamental cognitiva para transtorno de ansiedade social: estudo atual das direções futuras**. Editora Guide Books, 1º edição. Vashon Inslad, 1987.

BELL, Caroline; NUTT, David; POTOKAR, J. Ansiolíticos não benzodiazepínicos que atuam no receptor de GABA. Publicado em: **Farmacoterapia para o humor, ansiedade e distúrbios cognitivos**. Washington (DC); pag. 451-463, 2000.

BRAGA et al. Ansiedade Patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 14; número 2; Pag. 93-100, 2010.

BURATO, K. R. da S., CRIPPA, J. A. de S., & LOUREIR, S. R. **Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança**: uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(2), 167–174, 2009.

COLINN, Catherine et al. **O livro da psicologia: Somos, por natureza, seres sociáveis**. Traduzido por Ana Luiza Martins e Clara H. Hermeneto. Editora Globo. São Paulo. Pag. 240. 2012.

CRAKE; BARLOW. **Fisiologia e psicologia do medo e da ansiedade**. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?client=firefox-b-ab&q=fisiologia+da+ansiedade&oq=fisi&gs_l=serp.1.0.35i39j0i67l3j0i67l2j0i131j0l2.10822.17163.0.19908.25.10.0.0.0.244.1193.2-5.5.0...0...1c.1.64.serp..20.4.949.0..30i10.CbZVzeGqOZM> Acesso em: 06/06/2016.

D’El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. **Medo de falar em público em uma amostra da população**: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 21(2), 237–242, 2005.

GÖTHERT, M; SCHLICKER, E. **Regulação da libertação de 5-HT no SNC por pré-sinápticos de 5-HT e por auto-receptores 5-HT heteroreceptores**. Editora Springer, USA. Pag. 308. 2000.

GRAEFF, Frederico Guilherme; GUIMARÃES, Francisco S. **Fundamentos em psicofarmacologia**. Editora Atheneu, 2ª edição. São Paulo. Pag. 123-160. 1999.

JANICAK, Philip G; MARDER, Stephen R; PAVULURI, ManiN. **Princípios e prática da psicofarmacoterapia**. Editora Lippincott Williams & Wilkins, 5ª edição. Chicago. 2011.

KALLMAN, Mary Jeanne. **Descoberta de drogas e Avaliação: Ensaios farmacológicos**. Editora Springer, 4ª edição, Volume I. Nova York. Pag. 1172. 2008.

MAGALHÃES, R. T. **Da timidez à fobia social. Estudo Geral**, 1–61, 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18589>> Acesso em: 03/06/2016.

NARDI, A. E. O tratamento farmacológico da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 249-257, dez 1999.

NASCIMENTO, B.R.C. **Fobia social: a incidência em estudantes universitários**. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psi-quicos/fobia-social-a-incidencia-em-estudantes-universitarios>>. Acesso em: 03/06/2016.

NASCIMENTO, Maria Inês et al. **DMS V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Pag. 164. Editora Artmed, 5ª edição. Rio Grande do Sul. 2013.

OLLENDICK, Thomas H.; KING, Neville J; YULE, William. **Manual Internacional de fóbico e transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes**. Editora Springer. Mixigan. 1994.

SILVA, A. B. B. As formas da ansiedade patológica: Transtorno de ansiedade, In **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva. p. 19-22. 2011.

VIANA, M. B. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “Angstneurose” ao DSM-IV**. Tese (Doutorado em Filosofia). Programa de pós-graduação, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Dados para contato:

Autor: Cláudio Sérgio da Costa

E-mail: claudiopoeta@yahoo.com.br

APROFUNDANDO A PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA: VIVÊNCIAS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS DE GRAVATAL E ORLEANS SC

Educação e Promoção de Saúde

**Danielle Engels da Silva¹; Izadora Eger de Moraes¹; Juliana Cidade Soares¹
Karine da Silva Holthasen¹; Rodrigo Moraes Kruehl¹**

¹ Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: Este artigo tem como objetivo realizar um relato de experiência, baseado no estágio obrigatório na Psicologia Social, os locais de estágios são os Centros de Referências da Assistência Social - CRAS de Orleans e Gravatal SC, as intervenções que foram realizadas enfatizaram o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, no CRAS de Gravatal foram realizadas campanhas preventivas, busca ativa de famílias em situação de vulnerabilidade e grupos de convivência. No CRAS de Orleans foram elaborados dois projetos. Os princípios teóricos da Psicologia Social Comunitária nortearam este estudo, pois estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade.

Palavras-chave: Família. Fortalecimento de vínculos. Psicologia social. Políticas públicas de assistência social.

Introdução:

A Psicologia surgiu na Alemanha 1879, com um pesquisador de laboratório chamado Wundt. Ele e seus alunos no Laboratório de Psicologia Experimental realizavam intensas pesquisas acerca das contradições do humano (Psicologia), mas sem enquadrá-la em uma ciência unificada, foi aí que surgiu a necessidade de utilizar um método dialético na qual se utilizou de duas psicologias: A Psicologia Experimental e a Psicologia Social (SOARES, 2010).

A Psicologia Social Comunitária dedica-se a estudar, compreender e intervir no cenário de questões psicossociais que caracterizam uma comunidade. Salienta-se por sua praticidade e pela diversidade das opções teóricas e intencionalidades que estruturam seus fazeres (...) o profissional precisa priorizar a construção de espaços para a constituição de vínculos, de valorização de projetos coletivos nos quais os

conhecimentos sejam instrumentos emancipatórios e, ao mesmo tempo, objetos de análise e produção de pensamento (SCARPARO; GUARESCHI, 2007).

Assim na medida em que se considera a comunidade como uma categoria de análise e intervenção relevante no campo da psicologia, este tem sido um campo que denota diversidades tanto na esfera filosófica quanto na política, tendo em vista os contextos de inserção e os projetos sociais e políticos que legitimam suas práticas (FREITAS, 2004).

Pode-se aplicar a Psicologia onde existem pessoas e, conseqüentemente, relações humanas. O campo Social é um espaço abrangente e promissor para a prática desta ciência psicológica, pois comporta problemáticas psicossociais necessitadas de um olhar diferenciado e qualificado. Surgem então redes móveis e extremamente complexas de relações, cuja natureza necessita ser investigada, descrita e se possível explicada. É nesta zona mais subterrânea de mediações, profundamente relacionada, contudo, com a superfície que ao mesmo tempo ela cobre e revela, que reside o psicossocial (JOVCHELOVITCH, 2004).

Segundo Lane (2004), na década de 1950, foi elaborado sistematizações em relação à Psicologia Social a partir de duas tendências: uma tendência, dos Estados Unidos, intervindo nas relações grupais com o intuito de alterar e/ou criar atitudes, harmonizar as relações e assim resultando na produtividade dos grupos; outra tendência, de tradição filosófica europeia, que tem suas raízes na fenomenologia, com modelos científicos como o de Lewin e sua teoria de campo.

Assim na medida em que se considera a comunidade como uma categoria de análise e intervenção relevante no campo da psicologia, este tem sido um campo que denota diversidades tanto na esfera filosófica quanto na política, tendo em vista os contextos de inserção e os projetos sociais e políticos que legitimam suas práticas (FREITAS, 2004).

Para que ocorra o trabalho do Psicólogo Social no CRAS, local da prática do estágio relatado deste artigo é necessário que o mesmo se enquadre nas Políticas Públicas. As Políticas Públicas são um conjunto de decisões, planos, metas e ações governamentais (seja a nível nacional, estadual ou municipal) voltados para a resolução de problemas de interesse público – que podem ser específicos, como a construção de uma ponte ou gerais, como melhores condições na saúde pública. (FREITAS; 2015).

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

A inclusão da Assistência Social no capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988 e com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, que a caracterizou como uma política não contributiva e de direito inalienável para qualquer cidadão em situação de vulnerabilidade e desproteção social (YAZBEK 1995).

Em 2005, é instituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) descentralizado e participativo, que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira. A proposta do SUAS quanto às ações da Assistência é a oferta de seguranças que visam a responder ao caráter emergencial da situação de pobreza e de desigualdade, por meio dos programas de transferência de renda, sem deixar de proceder no acompanhamento de indivíduos e famílias cujos vínculos familiares e sociais se encontrem fragilizados e/ou rompidos (MACEDO, 2011).

A criação de políticas sociais está muito ligada garantir a cidadania das pessoas e com isso faz se necessário à inserção de psicólogos nessas políticas. Segundo a Norma Operacional Básica/Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS (MDS, 2005).

O SUAS organiza-se em um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico de assistência social no campo da proteção. Para atingir seus objetivos, o SUAS viabiliza várias ações a fim de reduzir e prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais, surgidos em decorrência do ciclo de vida, da fragilidade dos vínculos afetivos e familiares e comunitários (BATISTA; MATOS, 2008).

O Sistema Único de Assistência Social é uma das políticas públicas que surgiram com a ampliação e transformação dos direitos sociais presentes na Constituição de 1988 e visa garantir direitos de cidadania com a proposta de superação do assistencialismo e organiza os serviços em: sobrevivência (renda e autonomia); acolhida (inserção na rede de serviços e provisão das necessidades

humanas); convívio familiar, comunitário e social; desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social; e sobrevivência a riscos circunstanciais (ALMEIDA; RIZZOTTI, 2011).

Nesta concepção, o SUAS é a organização de uma rede de serviços, ações e benefícios de diferentes complexidades que se reorganizam por níveis de proteção social: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A Proteção Social Especial está relacionado com a violação de direitos e o equipamento público que oferta seus serviços é o CREAS, já Proteção Social Básica, objetiva prevenir as situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, destinado à população em situação de vulnerabilidade social, em decorrência da pobreza, privação, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos relacionais (discriminações etárias, étnicas, de gênero, ou por deficiências), os serviços, projetos e benefícios da rede de proteção básica são desenvolvidos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). (YAZBEK; 2008).

Tendo assim como área de atuação os CRAS e CREAS, que ambos têm seus propósitos prevenção e proteção de demandas sociais que merecem atenção, pois necessitam de fortalecimento de vínculos, em alta vulnerabilidade e necessitam de proteção quando se há um direito violado. Trata se, pois, de demandas profissionais que desafiam os profissionais sociais a formular mediações teóricas, técnicas, éticas e políticas, na perspectiva da competência crítica diante das exigências burocráticas e administrativas que lhe são requeridas, de modo a não sucumbir ao discurso competente (RAICHELIS, 2010).

O presente artigo está relacionado com o CRAS, dentro os serviços oferecidos pelo CRAS podem destacar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos que objetiva o desenvolvimento do protagonismo e autonomia de seus participantes por meio de um conjunto de ações que envolvam principalmente a cidadania e a inclusão de crianças e adolescentes que estão sob risco de violações de direitos (BRASIL, 2010). Este pode ser dividido em categorias conforme a faixa etária: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças até 6 anos; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de 6 a 15 anos; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de 15 a 17 anos; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos (BRASIL; 2010).

O CRAS também oferece o serviço de Proteção e Atendimento Integral a família, o PAIF, o qual oferta ações sócio assistenciais de prestação continuada, por

meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social e tem como objetivos: fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas; promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades; promover os acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços sócio assistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social; promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos; apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares (DOS SANTOS, 2014).

Portanto, dentro do contexto de que a amplitude da Psicologia e a especificidade da Psicologia Social Comunitária aliam ferramentas para um produtivo trabalho interdisciplinar com a assistência social no CRAS, é que se buscou vivenciar através de intervenções práticas o que foi repassado e aprendido dentro da disciplina.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo foi realizado na forma de relato de experiência, por acadêmicas do curso de Psicologia da 7ª fase durante a realização do Estágio Obrigatório no campo sócio educacional, com a supervisão e acompanhamento do professor responsável. Foram identificados fatores determinantes para a efetivação dos objetivos preconizados pelo CRAS, observando-se aspectos pessoais e motivacionais das famílias que frequentam o CRAS para intervenções, bem como a elaboração de projetos que atendessem as necessidades. A população de estudo foi composta de membros de famílias que apresentavam algum tipo de vulnerabilidade social e estavam inseridas em algum dos CRAS, dos municípios de Gravatal e Orleans.

Os encontros acontecem quinzenalmente, as famílias atendidas em Gravatal e Orleans são aproximadamente quinze em cada CRAS, porém existe uma variação muito grande, pois nem sempre todas as famílias comparecem nas datas estabelecidas, os grupos são fechados, porém quando é encaminhada uma família com vulnerabilidade, logo ela é inserida nos grupos.

As atividades sócio educativas ocorreram nos meses de março a junho de 2016.

Resultados e Discussão

É neste contexto que iniciaremos com os relatos de atividades sócio educativas realizadas no CRAS de Gravatal, no qual foram feitas intervenções de diferentes modos.

É por meio do CRAS que a proteção social da assistência social se territorializa e se aproxima da população, reconhecendo a existência das desigualdades sociais interurbanas e a importância da presença das políticas sociais para reduzir essas desigualdades. Previne situações de vulnerabilidade e risco social, bem como identificam e estimulam as potencialidades locais, modificando a qualidade de vida das famílias que vivem nas localidades (ALAGOAS, 2016).

Uma das intervenções realizadas continuamente, em pelo menos duas noites no mês, foi em reuniões com famílias pertencentes ao PAIF, nesses encontros presenciamos a participação das famílias juntamente com a equipe do CRAS nos serviços de convivência e fortalecimento de vínculo (SCFV). Os encontros foram feitos para aproximação das famílias aos serviços oferecidos, afim de criar vínculos e reciprocidade com a equipe, bem como aperfeiçoar as vivências das crianças que frequentam o espaço, e obter a devolutiva do andamento das atividades desenvolvidas com as mesmas no Espaço do Ser. O desenvolvimento da atividade ocorria à partir temáticas especificadas por nós e correlacionávamos com relatos dos membros.

Desenrolamos inicialmente, uma denominada “roda de conversa”, onde ocorriam conversações, reflexões e trocas de experiências com a participação de todos. Posteriormente aplicávamos dinâmicas enquadradas na temática do dia e fechávamos com importantes palavras reflexivas e um café onde interagíamos descontraidamente com os participantes. A partir desta vivência, podemos salientar a importância da equipe do CRAS diante das problemáticas que o grupo familiar apresenta, atuando no resgate das potencialidades destas famílias.

De acordo com as Técnicas e Orientações do Centro de Referência de Assistência Social-CRAS (2009). Ao estabelecer o PAIF como prioridade dentre os demais serviços, programas e projetos da proteção social básica, que tem como principal foco de ação o trabalho com famílias, bem como ao territorializar sua esfera

de atuação, o CRAS assume como fatores identitários dois grandes pilares do SUAS: a matricialidade sócio familiar e a territorialização.

Outra intervenção realizada, desta vez através de observações, foi em uma atividade denominada “Cinema na Comunidade”, que já fazia parte da rotina do CRAS, onde quinzenalmente, era realizada em uma comunidade de Gravatal uma apresentação de filmes acompanhados de pipocas e posteriormente efetuado, pela Psicóloga da equipe, uma reflexão acerca do filme exposto.

Também foram feitas visitas domiciliares de acompanhamento continuado com as famílias em situações de vulnerabilidade social e de ruptura de vínculos, com o propósito de junto à família, encontrar possibilidades para que as mesmas procurassem o fortalecimento para novamente inserir-se na sociedade com ajuda da equipe do CRAS.

E por último, tivemos a oportunidade de auxiliar a equipe do CRAS na execução de um projeto sobre a prevenção do Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. No primeiro momento, foram utilizados panfletos e caixas de som em frente ao CRAS, nós e a equipe paramos carro por carro para convidar ao evento que seria realizado no sábado daquela semana. O dia da ação social ocorreu com o intuito de informar, orientar e conscientizar as crianças e adolescentes, através de linguagens lúdicas – brincadeiras, músicas, palavras e vídeos - sobre o que é o Abuso e a Exploração Sexual e como sinalizar estes atos e posteriormente evita-los.

Nesse íterim Costa (2010) afirma que o psicólogo busca na identificação e prevenção das vulnerabilidades sociais uma escuta qualificada, podendo assim modificar as problemáticas do dia-a-dia. Sempre utilizando a subjetividades e a intersubjetividade visando a facilitação dos processos de atendimento.

Nas observações e intervenções realizadas no CRAS de Gravatal, constatamos que através desses múltiplos modos de atuação, as famílias que eram beneficiadas com o programa PAIF buscavam uma melhoria familiar e com as reuniões era firmado o compromisso desse fortalecimento. Já no cinema na comunidade percebemos a importância de se abordar assuntos através de filmes em um ambiente com roda de conversas e discussões. Nas visitas domiciliares podemos frisar a necessidade que essas famílias têm de um acompanhamento contínuo e de como essas são carentes de atenção. Finalizamos com o projeto de prevenção de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes são necessários para a população se conscientizar através de linguagens lúdicas. Pelo fato de que essas não estariam

cientos, foi uma maneira fácil e divertida de trabalhar esse tema. Em virtude do que foi mencionado, ressaltamos a importância da abrangência que o psicólogo tem no âmbito Social-Comunitário.

Complementando o CRAS de Orleans, juntamente com as estagiárias de Psicologia do UNIBAVE desenvolveram dois Projetos: *Mamãe... Lê para mim* e *Cozinhando com Amor*.

Os projetos surgem devido às necessidades de capacitação e valorização de mulheres em situação de vulnerabilidade do município de Orleans, buscando recuperar o despreparo pessoal como requisito básico para uma boa convivência no meio familiar. Através do projeto *Mamãe... Lê para mim* buscar por meio da leitura com os filhos o fortalecimento de vínculos familiares. E no projeto *Cozinhando com Amor* incentivar as mães a preparem refeições saudáveis para a família, conseguindo aproveitar e reaproveitar todos os ingredientes que vem na cesta básica.

Os dois projetos têm como finalidade desenvolver o potencial do grupo de mulheres, aumentando a autoestima, melhorando a capacidade protetiva e educativa junto aos filhos, contribuindo para que elas conquistem seu próprio espaço, tornando-as agentes ativas de seu processo de crescimento e de empoderamento pessoal, social e comunitário. Desenvolver o potencial de empregabilidade, melhorando as condições sociais econômicas das mulheres e de suas famílias (OLIVEIRA, 2015).

O projeto *Cozinhando com Amor* irão auxiliar as mães do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de 0 a 6 anos e usuárias do PAIF utilizarem e reaproveitarem alimentos que possivelmente seriam desperdiçados e junto disso aprenderem receitas básicas, com os alimentos que são recebidos na cesta básica. Sabe-se que os hábitos alimentares exercem influência no crescimento, desenvolvimento e saúde dos indivíduos (WHO, 2003).

O curso será ministrado na cozinha industrial do Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE por uma cozinheira da instituição, tendo as receitas orientação de uma nutricionista. Os encontros serão realizados duas vezes por semana no período vespertino, durante um mês.

O Projeto *Mamãe... Lê pra mim* visa oferecer as crianças do Serviço de Convivência de 0 a 6 anos um contato diferenciado com suas mães ou responsáveis por meio da contação de histórias, utilizando os livros disponibilizados pelo CRAS. Proporcionando também um espaço onde mães e filhos possam expor seus sentimentos e automaticamente amenizar problemas de ordem dos relacionamentos

peçoais e familiares. Uma história contribui para o conhecimento e desenvolvimento da criança e no adulto a sua afetividade e seus aspectos sociais.

A imagem criada pelo ilustrador, apesar de dirigir o “olhar [do leitor] para o ponto que o artista lhe apontou, [dá a possibilidade de olhar] pela fresta que ele abriu” (CROCE, 2001, p. 35), permitindo ao leitor enxergar o verbal a partir de uma outra ótica e criar novas imagens a partir da interação com o que vê/lê. E essas novas imagens permitem a passagem a um novo “estado das coisas”, o deslumbramento que provoca a fratura na cotidianidade e atrai o olhar (GREIMAS, 2002, p. 26-27). A fresta aberta pela imagem, neste caso a ilustração, torna-se, portanto, uma brecha para viver experiências sensoriais, imaginativas, desafiadoras, estéticas e de total fruição.

Os contos são uma grande ferramenta que possibilita abrir espaços com grande potencial lúdico e terapêutico para as crianças. Psicólogos que utilizam os contos infantis em seus consultórios podem revelar que crianças após esta intervenção, apresentam maior capacidade de verbalização, imaginação e otimismo em relação a sua própria vida. Essas crianças também conseguem falar de suas dificuldades de forma mais aberta e saudável.

Através disso será feito um *Tesouro*, um baú no qual serão selecionados livros sobre diversos assuntos, cada semana uma mãe levará esse tesouro para casa e contará as histórias para seus filhos com a família reunida. No próximo encontro ela compartilhará a experiência com as demais mães do grupo, formando assim um ciclo de motivação. Quando todas as mães realizarem essa experiência será feito um livro contando a história de cada uma.

O processo de observação no CRAS de Orleans abriu um leque de possibilidades no qual foi possível fazer um levantamento das necessidades das usuárias, começou-se então o processo de parcerias com a instituição e a universidade no qual aderiu à ideia com êxito e a parceria deu certo. O projeto *Cozinhando com Amor* se tornou possível graças ao empenho de todos, juntamente com o apoio do Centro Universitário UNIBAVE. O projeto Mamãe... Lê para mim, surgiu quando em estágio obrigatório, visualizamos que o CRAS de Orleans, fez uma grande aquisição de livros. Viu-se aí a possibilidade de estarmos utilizando esses materiais para com os usuários do Serviço de Convivência de 0 a 6 anos. Para então trabalharmos, o fortalecimento de vínculos familiares através da leitura, e com isso

trabalhar temas que se fazem presentes na rotina das famílias. Ao final do projeto, as famílias farão a história de suas vidas, que serão agrupadas em um livro.

Considerações Finais

Os objetivos do CRAS, enquanto equipamento público é fortalecer vínculos familiares e comunitários e também emancipar as famílias e indivíduos, ou seja, que por meio destes projetos e atividades ofertamos a estas pessoas uma forma de descobrirem seu potencial, elevar a autoestima, e principalmente enaltecer o protagonismo e a autonomia que se dá através do empoderamento pessoal e comunitário.

A importância do projeto e das atividades desenvolvidas pelas estagiárias vem de encontro com os objetivos do CRAS que são: fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade, desenvolvimento de potencialidades e aquisições, ampliação dos acessos de direito à cidadania.

Julgamos essencial a participação da Psicologia no campo social, por possuir amplitude teórica e metodológica nas problemáticas psicossociais. O profissional psicólogo dispõe de um olhar diferencial e de uma escuta qualificada junto às interações dos indivíduos dentro do meio em que estão inseridos.

Consideramos relevante a continuação de mais estudos e práticas no âmbito das políticas públicas de Assistência Social, por ser uma área nova e que carece ser aprofundada em prol das necessidades percebidas no decorrer deste estudo.

Referências

ALAGOAS. Governo do Estado de Alagoas. **Qual a importância do CRAS para a proteção social e para as famílias**. 2016.

ALMEIDA, Andréia Cristina; RIZZOTTI, Maria Luiza Amaral. **Seguranças sociais na política de assistência social: Um caminho em construção**. 2011.

DYE, Thomas D. Understanding Public Policy. **Englewood Cliffs**, N.J.: PrenticeHall. 1984.

BATISTA, M. H. & Matos, T. G. R. **Centro de Referência da Assistência Social-CRAS: uma proposta libertadora ou Assistencialista?** [Resumo]. In 9 CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DE LA LIBERACIÓN (pp. 1-10). 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos: prioridade para crianças e adolescentes integrantes do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Brasília: Secretária Nacional de Assistência Social, 2010.**

CAMPOS, R. Trinta anos de regulamentação: Análise de Regina Helena Freitas Campos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 12(1), 05-07, 1992.

COSTA, Ana Flávia de Sales; CARDOSO, Claudia Lins. Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social-CRAS. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 223-229, 2010.

CROCE, Benedetto. O que é arte? In: _____. **Breviário de Estética**. São Paulo: Ática, 2001. p. 31-51.

DOS SANTOS, Diego Henrique et al. A importância da família como suporte na formação do cidadão: A contribuição do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) no trabalho com famílias no Centro de Referência de Assistência Social-CRAS III de Três Corações. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 2, n. 2, 2014.

FREITAS, M. Desafios contemporâneos à Psicologia Social Comunitária: Que visibilidade e que espaços têm sido construídos? **Psicologia e Argumento**, v.22, n.36, p.33-47, 2004.

FREITAS, Lucilene. **Incompetência ou falta de gestão?** . 2015. Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/incompet%C3%A2ncia-ou-falta-gest%C3%A3o-lucilene-freitas>> . Acesso em: 26 abr. 2016.

GUARESCHI, Pedrinho. **Psicologia social crítica**. Porto Alegre: Mundo Jovem, 2004.

GREIMAS, Algirdas Julien. **Da imperfeição**. São Paulo: Hacker Editores, 2002.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 20-31, 2004.

LANE, Silvia T. M. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. In: LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley. (Orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**. 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 10-19.

LYNN, L. E. Designing Public Policy: **A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Califórnia: Goodyear, 1980.

MACEDO, Joao Paulo et al. O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos. **Psicologia em estudo**, v. 16, n. 3, p. 479-489, 2011.

MEAD, L. M. "Public Policy: Vision, Potential, Limits", **Policy Currents**, Fevereiro: 1-4. 1995.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. 2005.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Técnicas, Orientações. Centro de Referência de Assistência Social-CRAS**. Brasília. 2009.

OLIVEIRA, Márcia; BOSCOLI, Maria Bernadete; COSTA, Maria Lúcia Ribeiro. PROJETO OFICINA IPÊ ROSA: REINVENTANDO VIDA SABORES E ARTES. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**-ISSN 21-76-8498, v. 7, n. 7, 2015.

PETERS, B. G. American Public Policy. Chatham, N.J.: **Chatham House**. 1986.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Serviço Social & Sociedade**, v. 104, p. 750-772, 2010.

SCARPARO, Helena; DE FÁTIMA GUARESCHI, Neuza Maria. Psicologia social comunitária e formação profissional. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 19, 2007.

SOARES, Antonio Rodrigues. A psicologia no Brasil. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. SPE, p. 8-41, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. A política social brasileira nos anos 90: a refilantropização da questão social. **Cadernos Abong**, n. 3, p. 7-18, 1995.

WHO – World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **Report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Geneva, 2003.

Dados para contato:

Autor: Rodrigo Moraes Kruel

E-mail: rmkpsico@hotmail.com

AROMATERAPIA: POSSIBILIDADES PARA O TRATAMENTO DA ANSIEDADE

Educação e Promoção da Saúde

Fernando Mateus Scremin¹; Morgana Maria Cascaes Montanha¹; Fabrício Eládio Felisbino¹; Candice Steckert da Silva¹; Jéssica Guizoni Felisbino Alves¹

¹.Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: A aromaterapia é uma técnica terapêutica que se baseia no uso de óleos essenciais. A patologia denominada ansiedade, pode estar presente na vida de uma pessoa ao longo de toda a sua existência e causa sentimentos de medo, insegurança, apreensão e alteração dos estados de vigília ou alerta. O presente estudo teve como objetivo investigar na literatura científica nacional e internacional possibilidades para o tratamento da ansiedade com o uso da aromaterapia. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Foram selecionados estudos publicados entre 2005 e 2015, nas bases de dados Pubmed, Scielo, Periódicos CAPES, também foram consultados livros, teses, dissertações, anais de congresso, legislação nacional e internacional. Apesar de a grande maioria dos artigos revisados apresentarem diminuição da ansiedade, ainda, são necessários a realização de mais estudos para identificar os possíveis mecanismo de ação e estudos clínicos que garantem segurança e eficácia.

Palavras-chave: Ansiedade. Aromaterapia. Óleos essenciais. Terapias complementares.

Introdução

As Terapias Complementares também denominadas de Terapias Naturais ou Alternativas são definidas como: “todas as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que utilizem basicamente recursos naturais”. São consideradas práticas alternativas, quando usadas em substituição à medicina convencional ou quando aliadas à técnica médica alopática (GNATTA et al., 2011; LIMA et al., 2012).

O crescimento dessas terapias está relacionado não apenas à sua eficácia e baixo custo, mas também ao modo de assistência que, neste caso, tem seu foco na atenção voltada ao indivíduo, como um todo e não apenas à doença, proporcionando uma abordagem holística de assistência (GNATTA et al., 2011). Além disso, trata-se de uma prática de cuidado alternativa ao consumo de medicamentos, desestimulando

o fenômeno de medicalização social (DOMINGOS; BRAGA, 2014; CAVAGLIER; MESSEDER, 2014).

Dentro das terapias complementares e alternativas existe a aromaterapia que é uma técnica terapêutica que está baseada no uso de óleos essenciais (OE). *Aroma* significa cheiro agradável e *terapia* significa tratamento que visa à cura de uma indisposição física, emocional ou mental (GNATTA et al., 2014).

É certo que a aromaterapia, como outras Terapias Complementares, propõe-se a melhorar o bem-estar físico, mental e emocional de um indivíduo (GNATTA et al., 2014). E os óleos essenciais, utilizados na aromaterapia, são descritos como produtos com grande potencial terapêutico e farmacológico (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011).

As propriedades farmacológicas atribuídas aos óleos essenciais são diversas e algumas são preconizadas por apresentarem vantagens importantes, quando comparadas a outros medicamentos, como, por exemplo, a sua volatilidade, que os torna ideal para uso em nebulizações, banhos de imersão ou simplesmente em inalações. A volatilidade e o baixo peso molecular de seus componentes, possibilitando assim que eles sejam rapidamente eliminados do organismo através das vias metabólicas (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011).

Santos e Freitas (2013) destacam que nos últimos anos, tem-se assistido a um grande avanço no tratamento farmacológico dos transtornos da ansiedade e muitos dos compostos testados e utilizados para estes transtornos incluem compostos derivados de produtos naturais. Sendo que, muitos destes compostos podem apresentar perspectiva de uso clínico, por se apresentarem mais seguros e possivelmente com menores efeitos adversos se comparados aos tratamentos adotados na prática clínica.

Machado e Fernandes Junior (2011) também destacam a importância da aromaterapia por ser menos invasiva e com grandes potenciais terapêuticos.

Diante do exposto, a aromaterapia representa uma importante ferramenta terapêutica em potencial nas mãos dos profissionais de saúde, podendo pluralizar suas práticas e qualificar o cuidado com o resgate do humano, do empoderamento e da autonomia do cliente em relação à sua saúde (DOMINGO; BRAGA, 2013).

Dentro deste conceito o objetivo desse artigo foi realizar uma revisão sobre o uso de óleos essenciais no tratamento da ansiedade.

Procedimentos Metodológicos

Com o intuito de buscar possíveis tratamentos para o tratamento da ansiedade pelo uso de óleos essenciais foi realizada uma revisão bibliográfica. Buscando na literatura técnico-científica, dados que comprovem e garantam a segurança e eficácia do uso de óleos essenciais no tratamento da ansiedade.

Realizando um levantamento sobre os métodos de pesquisa descritos pelos autores, direcionamos essa pesquisa para uma revisão da literatura do tipo narrativa, usando uma abordagem descritiva e qualitativa.

Diante disso foi eleita a base de dados Pubmed da *National Library of Medicine*, Scielo – *The Scientific Electronic Library Online*, Periódicos CAPES – *Portal Brasileiro de Informação Científica* e Medline – *Medical Literature Analysis and Online* como base de dados para pesquisa. Ainda, foram consultados livros, teses, dissertações, anais de congresso, legislação nacional e internacional.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas de 2005 a 2015; contemplando 10 anos de publicações. Os descritores em português que foram utilizados na pesquisa são: óleo essencial, aromaterapia, plantas medicinais, ansiedade. Os descritores foram utilizados também em inglês e foram selecionados e combinados de forma a encontrar o maior número de informações sobre o uso de óleos essenciais no tratamento da ansiedade.

Aromaterapia

É a terapia que utiliza óleos essenciais para a manutenção e promoção da saúde (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011). Aroma significa cheiro agradável e terapia significa tratamento que visa à cura de uma indisposição física, emocional ou mental. Essa prática utiliza concentrados voláteis extraído das plantas – denominados óleos essenciais – e tem como objetivo modificar os comportamentos ou o humor de uma pessoa (GNATTA et al., 2014).

Essas substâncias aromáticas são utilizadas a mais de 4500 anos pela medicina chinesa, sendo utilizada em rituais espirituais e medicinais no Egito e também durante a Idade Média para prevenir infecções e pragas (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011).

Em 1927 o químico francês René- Maurice Gattefossé concebeu termo aromaterapia por ocasião em que sofreu uma grave queimadura em sua mão onde acabou mergulhando acidentalmente em óleo essencial de lavanda e observou

melhoras que facilitaram na recuperação do ferimento. Este acontecimento foi um estímulo considerável para a continuidade de seus estudos sobre as propriedades terapêuticas dos diferentes óleos essenciais (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011).

A aromaterapia pode ser utilizada conjuntamente com a massagem e é absorvida pelo corpo via pele ou sistema olfatório. Estudos encontraram que o estímulo olfatório produz mudanças em parâmetros tais como pressão arterial e mudança na temperatura da pele (GNATTA et al., 2014).

Atualmente, a aromaterapia é utilizada não somente pelos efeitos antimicrobianos, antivirais e anti-inflamatórios, mas também por seus efeitos sobre os estados emocionais e mentais (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011).

Óleos essenciais

Os Óleos Essenciais são produzidos a partir dos materiais destilados de vegetais, como raízes, caules, folhas, flores, frutos, sementes e resinas. São compostos por moléculas químicas de alta complexidade que a sua aplicação pode ser diretamente na pele, por inalação ou ingestão. Quando o contato é cutâneo os Óleos Essenciais atravessam a barreira da pele devido a suas moléculas pequenas sendo de baixo peso molecular, e são absorvidos caindo na circulação sanguínea que os transporta para os tecidos e órgãos do corpo. E, finalmente, quando ingeridos, as moléculas dos óleos essenciais são absorvidas pelo intestino e levadas aos diversos tecidos corporais (GNATTA; DORNELLAS; SILVA, 2011, GNATTA et al., 2014).

As extrações desses óleos podem ocorrer por destilação de arraste a vapor, que é a técnica mais empregada, compressão de vegetais ou uso de solventes (TRANCOSO, 2013, ANDRADE et al., 2014, GNATTA et al., 2014).

Esses óleos têm grande importância industrial e são empregados nas indústrias de perfumaria, cosmética, alimentícia e farmacêutica, sendo geralmente os componentes de ação terapêutica de plantas medicinais. Algumas substâncias presentes nos óleos essenciais possuem alto valor comercial, neste caso, essas substâncias podem ser isoladas do óleo ou mesmo sintetizadas em laboratório, o mentol das espécies de menta é um exemplo disso. Vale ressaltar que nem todos os óleos essenciais possuem aroma agradável e nem sempre as espécies que os contêm apresentam propriedades terapêuticas (TRANCOSO, 2013).

Qualquer vegetal que possua óleos voláteis aromatizados pode ser utilizado como matéria-prima para a extração de óleos essenciais (TRANCOSO, 2013). A composição e a qualidade podem variar em função da região de cultivo, do clima, do relevo, da idade do terreno, do processo de colheita e do método de extração (SANTOS; FREITAS, 2013).

É importante salientar que os óleos essenciais contêm a verdadeira essência proveniente da planta da qual foram extraídos, sendo altamente concentrado o que significa que uma pequena quantidade proporciona grande resultado. Sendo assim, é importante ter cuidado, podendo causar sérios danos quando usados de forma incorreta, visto o seu amplo espectro de ação (ANDRADE et al., 2014).

Andrei, Peres e Comune (2005) mencionam que a inalação prolongada dos óleos essenciais pode causar dores de cabeça, náuseas, alergias e outros sintomas (já que os óleos essenciais atingem o sistema nervoso). Ao cheirar uma mistura de óleos essenciais, o risco de efeito prejudicial não será como se fossem vários óleos separadamente, pois a combinação é harmônica, de forma que um óleo aromático “completa” as propriedades do outro (ANDREI; PERES; COMUNE, 2005).

Os óleos essenciais possuem odores característicos, têm densidade menor que a água, elevado índice de refração, são geralmente opticamente ativos e sensíveis à luz e ao ar (ANDREI; PERES; COMUNE, 2005).

Esses óleos são originados do metabolismo secundário das plantas e são constituídos por centenas de substâncias químicas, como álcoois, aldeídos, ésteres, fenóis e hidrocarbonetos. Também, estes óleos são formados por monoterpenos, sesquiterpenos, fenilpropanóides, ésteres e outras substâncias de baixo peso molecular, normalmente são usados “in natura”, isto é, como misturas, pois as propriedades organolépticas estão associadas a vários componentes que forma o “bouquet” de cada óleo em particular (ANDRADE et al., 2014).

Constituem os elementos voláteis contidos em muitos órgãos vegetais, e, estão relacionados com diversas funções necessárias à sobrevivência vegetal, exercendo papel fundamental na defesa contra microrganismos (OLIVEIRA et al, 2006).

Os monoterpenos são importantes constituintes dos óleos essenciais e são altamente voláteis, sendo arrastados pelo vapor de água livres de outros componentes, sendo utilizados por suas características organolépticas marcantes. As substâncias majoritárias encontradas nos óleos essenciais nem sempre são os

componentes responsáveis pelas propriedades que estes demonstram (MACHADO; FERNANDES JUNIOR, 2011).

A maior importância econômica e ecológica é atribuída aos terpenos, que são incolores, amarelados (se associados aos carotenóides) ou esverdeados (se associados às clorofilas). Apesar do termo “óleo”, não são obrigatoriamente gordurosos, e diferenciam-se dos óleos vegetais por serem altamente voláteis. As principais qualidades dos óleos essenciais são o aroma e suas propriedades terapêuticas (ANDREI; PERES; COMUNE, 2005).

Óleos essenciais utilizados no tratamento da ansiedade

Esta revisão lida com plantas medicinais ricas em óleos essenciais que apresentam efeitos sobre a ansiedade. Contudo, devido a grande quantidade de plantas citadas na literatura, decidimos selecionar algumas para o estudo e focar a nossa atenção sobre elas.

Crocus sativus

Em um estudo realizado por Fukui, Toyoshima e Komaki (2011) com o óleo de açafrão (*Crocus sativus*) no Japão na área de Ginecologia/ Saúde da Mulher, com objetivo de examinar a exposição em curto prazo sobre sintomas da Tensão Pré-Menstrual (TPM).

O método adotado foi: ensaio clínico não controlado. As análises das concentrações salivares de cortisol e testosterona apresentaram resultados positivos com significância estatística. À análise psicológica, foi aplicado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), com diminuição estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade após a intervenção. Pode-se concluir que a aplicação em curto prazo de Óleo Essencial de açafrão para mulheres com sintomas de TPM demonstrou benefícios positivos imediatos, incluindo alterações nas concentrações hormonais (FUKUI; TOYOSHIMA; KOMAKI, 2011).

Rosmarinus officinalis

O alecrim (*Rosmarinus officinalis*) é um arbusto nativo do Mediterrâneo, empregado na medicina popular como tratamento para ansiedade, enxaqueca, hipertensão, dores musculares, reumatismo, doenças hepáticas, fadigas, entre outros. Além disso, o óleo essencial obtido das folhas é valorizado pela indústria alimentícia

e de cosméticos devido suas propriedades organolépticas e farmacêuticas (JALALI-HERAVI et al., 2011).

Citrus bergamia

Óleo essencial de bergamota *Citrus* é amplamente usado na aromaterapia para reduzir o stress e ansiedade. Efeitos ansiolíticos de bergamota foram estudados por administração a ratos submetidos a comportamentos relacionados com a ansiedade, o labirinto em cruz elevado e os ensaios de buraco-de tabuleiro, e, em seguida, medindo os níveis induzidos pelo stress de corticosterona no plasma em comparação com os efeitos do diazepam. Bergamota e diazepam exibiram efeitos ansiolíticos e atenuou a resposta ao estresse agudo à corticosterona (SAIYUTHONG; MARSDEN, 2011).

Já em outro estudo, Ndao (2012) e seus colaboradores realizaram um estudo nos Estados Unidos na área de Oncologia Pediátrica com o objetivo de determinar os efeitos da administração respiratória do óleo essencial de bergamota sobre a ansiedade de pacientes com câncer em infusão de células-tronco e seus pais. O método abortado foi ensaio clínico controlado e os resultados entre o grupo intervenção e controle não demonstrou significância estatística. A aromaterapia aplicada como pulverização, utilizando óleo essencial de bergamota, não apresentou benefícios para a pacientes com câncer e seus familiares.

Na Itália, *Citrus bergamia* também conhecido como "bergamota," uma planta endêmica da região de Calabria, é empregada em perfumes, cosméticos, alimentos e confecções. Esse óleo também tem sido tradicionalmente usado na medicina popular italiana para preparações tópicas como antissépticos e auxiliar na cura de ferimentos leves. Navarra (2015) e colaboradores, em um estudo de revisão, com o intuito de analisar efeito ansiolítico desse óleo, observaram uma diminuição na ansiedade.

Lavandula angustifolia

Com o intuito de verificar o uso de óleo essencial de Lavanda e Gerânio na alteração da percepção da ansiedade e comparar sua eficácia Gnatta; Dornelas; Silva, (2011), realizaram um estudo de campo experimental e com abordagem quantitativa. O estudo durou 60 dias de uso de gel com o óleo. Ao término deste estudo, pode perceber uma melhora nos índices do grupo que utilizou lavanda, sendo que neste estudo a intensidade da ansiedade era moderada. Já o grupo que utilizou gerânio teve

um aumento. Contudo, ainda não se pode afirmar que este é um resultado definitivo, já que as diferenças das médias não foram expressivas estatisticamente.

Em outro estudo realizado recentemente também com esses óleos, com o objetivo de compreender o significado da intervenção de massagem com aromaterapia em saúde mental para o usuário durante a internação psiquiátrica. O método adotado foi pesquisa qualitativa. Dos dados qualitativos, emergiram duas categorias: “identificando os benefícios da aromaterapia” e “possibilitando o autoconhecimento”. Os óleos essenciais eleitos foram lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Pelargonium graveolens*), pois, tais óleos possuem ação tranquilizante e calmante, sendo ambos indicados para situações ansiogênicas. O período deste estudo foi realizado em seis sessões de massagens com duração de 20 minutos, três vezes na semana em dias alternados. Pode-se concluir que a intervenção com aromaterapia na internação psiquiátrica em hospitais gerais trouxe melhorias em diversas esferas, como a diminuição dos sintomas ansiosos e no enfretamento do transtorno mental, e foram acessadas por meio da percepção que o usuário atribui ao cuidado de enfermagem e ao tratamento (DOMINGOS; BRAGA, 2014).

Já em outro estudo, a inalação de vapor com óleo essencial de limão tem um efeito anti estresse maior quando comparado aos óleos essenciais de lavanda e rosa. Esse estudo observou que o óleo de limão teve efeito ansiolítico e antidepressivo em ratos nos testes de nado forçado (FST) e do labirinto (EPM). Esses efeitos foram explicados pela atuação do óleo essencial de limão na modulação das atividades dos receptores 5HT (5hidroxitriptamina, receptor de serotonina) e DA (receptor de dopamina). O óleo aumentou a atividade dos neurônios serotoninérgicos e conseqüentemente diminuiu a atividade dos neurônios dopaminérgicos. É importante lembrar que esse foi um estudo pré-clínico, sendo que não há certeza de que possamos comparar efeitos em animais ao ser humano (KOMIYA; TAKEUCHI; HARADA, 2006).

Segundo Bradley e colaboradores (2006) lavanda (*Lavandula angustifolia*) não demonstrou diminuir efeitos da ansiedade com inalação. Esse estudo foi feito com ratos Gerbilos (espécie mais semelhante ao ser humano) da Mongólia. Adaptada do labirinto em cruz elevado que observou uma diferença entre os sexos, na qual as fêmeas tinham uma maior diminuição de ansiedade do que os machos. Foram expostos a inalação com lavanda durante 24 h, em um período de sete dias. Estes

resultados sugerem que o efeito de tipo ansiolítico da lavanda não diminuiu com a exposição repetida, mas parece aumentar. Deve-se notar que os dados foram analisados estatisticamente usando um teste unilateral, que pode ter influenciado as conclusões.

Em uma revisão sistemática dos efeitos ansiolítico de óleos essenciais em modelos animais. O óleo essencial com o melhor perfil é *Angustifolia Lavendula*, que já tem sido testado em ensaios clínicos controlados com resultados positivos (SOUSA et al., 2015).

Umezú e colaboradores (2006) com o intuito de avaliar os principais constituintes químicos da lavanda, realizaram um estudo com ratos. Pode-se concluir que linalol é o principal constituinte ativo farmacológico envolvido no efeito ansiolítico de óleo de lavanda.

Lavandula angustifolia (lavanda) tem sido utilizada na medicina popular para o tratamento de ansiedade. Um estudo realizado com ratos com o objetivo de medir o efeito ansiolítico da lavanda com estudo labirinto em cruz elevado, 5% de óleo essencial de lavanda inalação aumentou a porcentagem de tempo gasto em e número de entradas nos braços abertos comparados com os controles. Pode-se concluir que os resultados indicam um papel importante para o sistema serotoninérgico no efeito ansiolítico de óleo essencial de lavanda (CHIOCA et al., 2013).

Já em outro estudo, com o objetivo de investigar os efeitos de óleo de lavanda inalado sobre o comportamento ansiedade relacionada de ratos no campo aberto e compará-los com os efeitos do clordiazepóxido (CDP), uma droga ansiolítica típica. Os resultados reforçam a sugestão de que a inalação de óleo de lavanda tem efeitos comportamentais ansiolíticos, mas eles são mais fracos do que os efeitos das benzodiazepinas (SHAW; NORWOOD; NORWOOD, 2011).

Em outro estudo realizado com óleo essencial de *Lavandula officinalis* com o objetivo de revelar a influência da estimulação olfativa, e determinar se o sistema serotoninérgico está envolvido no efeito ansiolítico quando inalado, foi comparado os comportamentos de camundongos, concluindo-se que a neurotransmissão de serotonina desempenha um importante papel nas propriedades ansiolíticas (TAKAHASHI et al., 2014).

Piper guineense

Piper guineense é um tipo de pimenta utilizada como tempero aromático. Em um estudo realizado no Japão em ratos através de administração por inalação, e foram identificados compostos ativos, onde os principais compostos encontrados no óleo foram linalol (41,8%) e 3,5-dimethoxytoluene (10,9%) que desempenham um papel importante na atividade sedativa. Foram utilizados um teste de campo aberto e teste de transição claro / escuro para avaliar o efeito do sedativo e ansiolítico deste óleo essencial. Esse óleo essencial mostrou atividade significativa sedativa e com potente efeito ansiolítico. Pode se concluir que o uso desse óleo teve efeito tranquilizante leve (TANKAM; ITO, 2013).

Própolis

Li e colaboradores (2012) estudaram o efeito do óleo essencial de própolis camundongos machos estressados submetidos ao labirinto em cruz elevado, administrando por via oral, durante 14 dias. No estudo pode concluir fortemente que o óleo tem efeitos terapêuticos sobre a ansiedade através da antagonização da hiperfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e melhorar a capacidade de antioxidação no tecido cerebral.

Em outro estudo também mostrou efeito ansiolítico para o óleo essencial de própolis. Reis e colaboradores (2014) observaram que os ratos do sexo feminino tratados com própolis aumentaram a exploração no centro do campo aberto, e exploração dos braços abertos nos testes de labirinto em cruz elevado. Pode ser observado efeito estimulante, ansiolítico e antidepressivo sobre o sistema nervoso central e atividade antioxidante em ratos, destacando própolis como um potencial terapêutico composto por imparidade comportamento de ansiedade e depressão.

Ylang ylang

Com descrito na literatura ylang ylang é indicado para ansiedade, frustrações, tensão nervosa, medos e depressão. Em um estudo piloto realizado recente por meio de aplicação cutânea ou inalatória com o intuito de verificar a alteração da percepção da ansiedade e da autoestima e os parâmetros fisiológicos como pressão arterial e temperatura. Onde participaram 34 profissionais da equipe de enfermagem randomizados em três grupos: um recebeu via cutânea, o segundo o recebeu via

inalatória e o terceiro (placebo). Após o termino houve diferença significativa para os três grupos na variável autoestima. Não houve diferenças nas análises entre grupos para a ansiedade ou para os parâmetros fisiológicos (GNATTA et al., 2014).

Considerações Finais

Os óleos essenciais vêm sendo utilizado desde a Antiguidade, conhecido Nacionalmente e Internacionalmente, devido à procura dos consumidores não só pelos efeitos ansiolíticos mais também pelos efeitos relaxantes, e também devido aos efeitos psicológicos e na melhoria da qualidade de vida. Pode-se considerar que a aromaterapia é uma das terapias mais bem aceitas pela população por ser de agradável aplicação, menos invasiva e benéfica para o tratamento/prevenção da ansiedade. Podemos destacar os óleos de lavanda e ylang ylang pelo seu aroma relaxante e agradável e respectivamente.

Atualmente, a maioria dos óleos essenciais estudados está acessível para compra no mercado brasileiro, sendo também com um baixo custo relativo comparado aos tratamentos medicamentosos, e podendo ainda serem utilizados tranquilamente com confiança. Deve ter cuidado na compra do óleo, pois é extremamente importante que seja de boa procedência e que esteja com certificação de um teste de qualidade, pois é preciso assegurar as propriedades farmacêuticas e reações no usuário.

De acordo com a análise dos artigos científicos, as grandes maiorias dos óleos essenciais possuem ação ansiolítica. Podemos concluir que a maioria dos estudos se mostraram positivos para o tratamento da ansiedade, mais ainda é necessária realização de mais estudos para identificar os possíveis mecanismos de ação e estudos clínicos que garantem segurança e eficácia.

Referências

ANDRADE, Antonio Marcos de et al. Mapeamento tecnológico da utilização de óleos essenciais para a produção de cosméticos. **Cadernos de Prospecção**, [s. L.], v. 7, n. 3, p.416-420, 2014. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/nit/article/viewArticle/11941>>. Acesso em: 20 set. 2015.

ANDREI, Patrícia; PERES, Aparecida; COMUNE, del. Aromaterapia e suas aplicações. **Cadernos • Centro Universitário S. Camilo**, São Paulo, v. 11, n. 4, p.57-68, dez. 2005. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/cadernos/36/07_aromaterapia.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRADLEY, BF et al. Efeitos ansiolíticos do Lavandula angustifolia odor no gerbil da Mongólia labirinto em cruz elevado. **J. Ethnopharmacol**, Lancashire, Reino Unido, v. 111, n. 3, p.517-525, maio 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17289317>>. Acesso em: 02 out. 2015.

CAVAGLIER, Maria Cristina dos Santos; MESSEDER, Jorge Cardoso. Plantas Medicinais no Ensino de Química e Biologia: Propostas Interdisciplinares na Educação de Jovens e Adultos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, [s. L.], v. 14, n. 1, p.55-71, 2014. Disponível em: <<http://revistas.if.usp.br/rbpec/article/viewFile/436/360>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CHIOCA, Lea R. et al. Efeito ansiolítico de inalação óleo essencial de lavanda em camundongos: Participação de serotonérgica, mas não GABA A / benzodiazepina neurotransmissão. **Journal Of Ethnopharmacology**, Curitiba, Paraná, v. 147, n. 2, p.412-418, maio 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23524167>>. Acesso em: 10 out. 2015.

DOMINGO, Thiago da Silva; BRAGA, Eliana Mara. Aromaterapia e ansiedade: revisão integrativa da literatura. **Cad. Naturol: Terap. Complem**, Vera Cruz, v. 2, n. 2, p.73-81, 2013. Disponível em: <<http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/1855/1326>>. Acesso em: 20 set. 2015.

DOMINGOS, Thiago da Silva; BRAGA, Eliana Mara. Significado da massagem com aromaterapia em saúde mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 579-584, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002014000600579&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2015.

FUKUI, Hajime; TOYOSHIMA, Kumiko; KOMAKI, Ryoichi. Efeitos psicológicos e neuroendocrinológica de odor de açafraão (*Crocus sativus*). **Phytomedicine**, Odawara, Japão, v. 18, n. 8-9, p.726-730, Não é um mês valido! 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21242071>>. Acesso em: 20 set. 2015.

GNATTA, Juliana Rizzo et al. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1113-1120, Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2015.

GNATTA, Juliana Rizzo et al. Aromaterapia com ylang ylang para ansiedade e autoestima: estudo piloto. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, São Paulo, v. 48, n. 3, p.492-499, 2014. Fap UNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-492.pdf>. Acesso em: 06 out. 2015.

GNATTA, Juliana Rizzo; DORNELLAS, Eliane Vasconcellos; SILVA, Maria Júlia Paes da. O uso da aromaterapia no alívio da ansiedade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 257-263, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 out 2015.

KOMIYA, Migiwa; TAKEUCHI, Takashi; HARADA, Etsumori. Vapores de óleo de limão provoca um efeito anti-stress via modulação das atividades 5-HT e DA em camundongos. **Behavioral Brain Research**, Ebetsu, Japão, v. 172, n. 2, p.240-249, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16780969>>. Acesso em: 04 out. 2015.

LIMA, Marília Olivindo et al. Análise do conhecimento sobre a regulamentação e a utilização das terapias complementares na fisioterapia. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p.353-359, 2012. Disponível em: <<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1646>>. Acesso em: 06 out. 2015.

MACHADO, Bruna Fernanda Murbach Teles; FERNANDES JUNIOR, Ary. Óleos essenciais: aspectos gerais e usos em terapias naturais. **Cad. Acad.**, Tubarão, v. 3, n. 2, p.105-127, 2011. Disponível em: <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Cadernos_Academicos/article/view/718>. Acesso em: 20 set. 2015.

NAVARRA, Michele et al. Óleo essencial de Citrus bergamia: da pesquisa básica à aplicação clínica. **Frontiers In Pharmacology**, Messi, v. 6, p.1-7, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345801/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

NDAO, Deborah H. et al. Aromaterapia inalação em crianças e adolescentes submetidos à infusão de células-tronco : resultados de um estudo duplo- cego, controlado com placebo. **Psycho-oncology**, v. 21, n. 3, p.247-254, mar. 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22383266> >. Acesso em: 05 out. 2015.

OLIVEIRA, Rinalda A. Guerra de et al . Estudo da interferência de óleos essenciais sobre a atividade de alguns antibióticos usados na clínica. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa , v. 16, n. 1, p. 77-82, mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2006000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2015.

REIS, JS et al. Antidepressivo e ansiolítico atividades de um óleo de extrato de própolis em ratos. **Phytomedicine**, Guarapuava, Pr, v. 21, n. 11, p.1466-1472, set. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25012909>>. Acesso em: 06 set. 2015.

SAIYUTHONG, Somrudee; MARSDEN, Charles A.. Efeitos agudos do óleo de bergamota no nível de comportamento e corticosterona relacionada com ansiedade em ratos. **Phyther. Res.**, Bangkok, Tailândia, v. 25, n. 6, p.858-862, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21105176>>. Acesso em: 05 out. 2015.

SANTOS, Pauline Sousa; FREITAS, Rivelilson Mendes. Atividades ansiolíticas e anticonvulsivante de constituintes de óleos essenciais. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 105-111, 2013. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/14>>. Acesso em: 06 out. 2015.

SHAW, D.; NORWOOD, K.; NORWOOD, K.. Clordiazepóxido e óleo de lavanda alterar a expressão de c-fos induzida por ansiedade não condicionado no cérebro de rato. **Behavioural Brain Research**, Irlanda do Norte, Reino Unido, v. 224, n. 1, p.1-7, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21641938>>. Acesso em: 02 out. 2015.

SOUSA, Damião Pergentino de et al. Uma revisão sistemática dos efeitos ansiolítico de óleos essenciais em modelos animais. **Moléculas**, Curitiba, Pr, v. 20, n. 10, p.18620-18660, out. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614803>>. Acesso em: 05 out. 2015.

TAKAHASHI, Mizuho et al. Efeito ansiolítico da inalação do óleo essencial de *Lavandula officinalis*: investigação de mudanças no volume de negócios de 5-HT e o envolvimento de estímulo olfativo. **Natural Product Communications**, S.l, v. 9, n. 7, p.1023-1026, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230519>>. Acesso em: 03 out. 2015.

TANKAM, Joan Manjuh; ITO, Michiho. A inalação do óleo essencial de *Piper guineense* dos Camarões mostra efeitos sedativos e ansiolíticos-como em camundongos. **Biol. Pharm. Bull**, Quioto, Japão, v. 36, n. 10, p.1608-1614, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088255>>. Acesso em: 05 set. 2015.

TRANCOSO, Marcelo Delena. Projeto Óleos Essenciais: extração, importância e aplicações no cotidiano. **Práxis**, [s. L.], v. 9, p.89-96, jun. 2013. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/09/89-96.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

UMEZU, Toyoshi et al. Anticonflito efeitos de óleo de lavanda e identificação de seus componentes ativos. **Pharmacol. Biochem. Behav**, Tsukuba, Japão, v. 85, p.713-721, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17173962>>. Acesso em: 05 out. 2015.

Dados para contato:

Autor: Fernando Mateus Scremin

E-mail: screminfm@yahoo.com.br

BOMBEIRO MILITAR: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO

Educação e promoção de saúde.

**Yasmin Vicente Rafael¹; Adriana Zomer de Moraes¹; Felipe Basso¹; Pollyana
Feldhaus Schlickmann¹**

¹ UNIBAVE

Resumo: O papel de qualquer trabalho militar traz por si um status para toda a sociedade em geral. O trabalho realizado pelos bombeiros militares pode ser citado como responsável por grande relevância, pois envolve o salvamento de vidas e atendimentos de emergência. Esta pesquisa foi realizada em uma corporação do Corpo de Bombeiros Militar do Sul de Santa Catarina composta por 16 indivíduos que corresponde a 100% da amostra. Esta corporação está inserida em uma cidade do sul de Santa Catarina, com a população de 20.859 habitantes. Esta utilizou uma entrevista semiestruturada durante o período de trabalho dos indivíduos.

Palavras-chave: Corpo de bombeiros. Carreira militar. Representação social.

Introdução:

A profissão de bombeiro militar exige um risco eminente e diário em relação às tarefas realizadas diariamente por estes indivíduos, sendo muitas vezes confundidos com super-heróis ou salvadores de vidas. Para compreender esta profissão, torna-se imprescindível a compreensão do conceito de trabalho que para fins deste estudo apoia-se na visão de Borges e Tamayo, indicando que o trabalho é permeado por sentidos subjetivos e coletivos (sociais), os quais denotam a importância do trabalho não do ponto de vista econômico, mas, também de sua importância para a vida daquele que trabalha.

O trabalho, por sua vez, é rico de sentido individual e social. É meio da produção da vida de cada um, provendo a subsistência, criando sentidos existenciais ou contribuindo na estruturação da personalidade e da identidade. Também é categoria central da própria organização societal[...]. (BORGES; TAMAYO, 2001, p.13).

Dentro desta perspectiva, focou-se o estudo no trabalho dos bombeiros. Para compreender o início do trabalho exercido por estes profissionais se faz necessário identificar quais as origens desta organização. A origem da palavra bombeiros vem do latim, tendo como significado “Bomba” (Bombus), ressaltando que na antiguidade o controle dos incêndios era realizado através da utilização de bombas d’água. E, existe também, registros da Grécia Antiga (300 a.C), onde os escravos realizavam esta atividade (CAMPOS, 1999). Em relação ao corpo de bombeiros, tem-se como primeiro registro a data de 27 a.C, em Roma, onde eram denominados como “Cohortes Vigilium”, no reinado de César Augusto com aproximadamente sete mil homens, de acordo com a Fundação da Universidade de Contestado (1999).

No Estado de Santa Catarina, a fundação do Corpo de Bombeiros ocorreu em 16 de Setembro de 1919, quando foi sancionada a lei n.1288 pelo governador do Estado Dr. Hercílio Luz, criando a seção de Bombeiros que era constituída por elementos de Força Pública. Porém, só houve a real instalação da Unidade sete anos depois. Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002), atribuímos como funções do profissional do corpo de bombeiros as seguintes atividades:

Atuam na prevenção e normatização de sistemas e equipamentos de prevenção e combate a incêndio. Planejam atividades operacionais e administrativas e administram recursos humanos, financeiros e logísticos. Desenvolvem atividade de ensino e instrução e cuidam das informações e da comunicação social no corpo de bombeiros. (BRASIL, 2002 s.p.)

Pode-se perceber a relevância das atividades enfrentadas diariamente, classificada como risco eminente e diário entre eles pode citar situações de emergência, mortes, acidentes de trânsito, afogamentos.

A realização deste trabalho justifica-se dado o fato da profissão de bombeiro ser um trabalho rápido, preciso e necessário para toda a sociedade de modo geral. Esta profissão está presente em todas as situações de risco e todas as pessoas esperam destes profissionais uma atuação sem falhas. Doravante, verifica-se a necessidade de realizar uma autopercepção destes profissionais que lidam diariamente com riscos eminentes e mortes.

Como toda profissão, esta, possui uma relevância perante a sociedade. Estes profissionais lidam diariamente com situações de tragédias, mortes, casos de emergências, dentre outras situações, traz em si, a possibilidade de contribuir

socialmente com a qualidade de vida destes profissionais ao mesmo tempo em que cria possibilidades científicas de compreender tal fenômeno, denotando relevância social e científica.

Como problemática da pesquisa foi realizada a seguinte questão: Quais as representações sociais acerca da atuação dos profissionais do corpo de bombeiros em uma cidade do sul de Santa Catarina?

No viés desta problemática, esta pesquisa teve como objetivo identificar qual a representação social acerca da atuação dos profissionais do corpo de bombeiros, avaliar as dificuldades e também as realizações presentes no trabalho deste profissional.

Procedimentos Metodológicos

Este artigo foi construído com base em uma pesquisa de campo, norteadas pelo método descritivo de natureza qualitativa, possuindo como instrumento para a coleta de dados uma entrevista semi-estruturada. Os resultados desta pesquisa foram analisados por meio da abordagem qualitativa que, conforme González Rey (2005) é uma maneira de se produzir o conhecimento através de uma forma epistemológica e teórica, que estará debruçada sobre o conhecimento de um objeto complexo e se constitui de forma interpretativa.

A partir desta perspectiva metodológica realizou-se uma entrevista com 16 bombeiros militares de uma cidade da região sul de Santa Catarina, dos quais todos aceitaram participar. Inicialmente foi realizado contato com o Comandante do Batalhão Militar. As entrevistas ocorreram no local de trabalho, onde foram esclarecidos todos os procedimentos da pesquisa, ressaltando todos os aspectos éticos desta, ressaltando que o projeto de pesquisa passou por aprovação na Plataforma Brasil, conforme número do parecer: 1.166.101.

Seguindo os esclarecimentos foi realizada a entrevista, esta de natureza semi-estruturada contendo 10 questões, que possuíam, como objetivo, identificar as representações sociais acerca da profissão de bombeiro militar. Devido à demanda foram realizadas questões sobre os dados gerais como sexo, idade, escolaridade, tempo na corporação e profissão, escolha profissional, percepção dos indivíduos acerca da profissão, olhar como herói para a profissão, dificuldades e realizações, atendimento de emergência e inserção do profissional de psicologia. Mediante a autorização prévia dos depoentes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido as entrevistas foram gravadas para posterior realização de transcrição e análise.

Toda pesquisa científica, para manter o rigor científico, deve se orientar por uma trajetória metodológica claramente definida. Ressalta-se a importância de uma pesquisa com um olhar quantitativo acerca dos dados que serão apresentados pelos profissionais, e qualitativa para que se verifique de forma teórica o objetivo destes profissionais.

O município do sul de Santa Catarina onde ocorreu a pesquisa possui uma população de 20.859 habitantes e uma área territorial km² conforme Santa Catarina, 2015¹.

Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa foram sistematizados em dados por meio de princípios matemáticos / estatísticos simples e, assim como, os conteúdos foram analisados à luz da teoria.

Em relação à faixa etária dos indivíduos entrevistados, utilizada nesta pesquisa, observa-se que o maior percentual dos funcionários desta corporação (44%) possui uma faixa etária de 21 a 30 anos, enquanto 25% possui faixa etária entre 31 a 40 anos, 19% possui entre 41 a 50 anos e 12% está entre 51 a 60 anos.

Em relação ao sexo dos entrevistados participantes, observa-se que a população entrevistada se caracteriza pela predominância de 100% dos entrevistados do sexo masculino. Vale ressaltar que não há a presença de mulheres bombeiras militares nesta corporação, porém há a participação de mulheres como bombeiras comunitárias através do serviço gratuito realizado mensalmente com o período de 24 horas.

Entre as relações de trabalho existentes entre homens e mulheres, temos a manifestação em diversos âmbitos, como o salarial e familiar, a divisão de tarefas, em critérios que iram definir a qualificação, na própria disciplina e também no controle de trabalho.

Perrot (2002) destaca que as mulheres geralmente ocupam postos de trabalhos, que não são norteados pela técnica, mas, por questões de status que:

¹http://orleans.sc.gov.br/2013/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=638. Acesso em: 09 de Outubro de 2015.

“(...) atribuem aos homens os postos de comando, de administração, as ferramentas complicadas e às mulheres as tarefas de auxiliares, de ajudantes, os trabalhos de execução, efetuados com mãos sem luvas, pouco especializados, e até mesmo manuais, e sempre subordinados” (PERROT apud Hirata, 2002, p. 218).

Entretanto no local da pesquisa, a corporação não possui mulheres devido ao fato de não possuir candidatas para este cargo.

Em relação ao nível de Escolaridade é possível verificar que 88% dos entrevistados possuem o Ensino Superior Completo e 12% representam o Ensino médio Completo. O nível de escolaridade apresenta-se bastante positivo, possivelmente, em função do plano de carreira e critérios de progressão.

Na categoria de estado civil, o casado apresenta predominância entre os indivíduos com um percentual de 56%, seguido da categoria solteiro com 38% e por último a união estável com 6%.

Em relação a denotação da profissão, ou seja, o nome, todos os entrevistados responderam como bombeiro militar, sendo que durante o processo de observação foi possível identificar que há alguns cargos específicos como o sargento, e comandante do corpo de bombeiros militar.

Verifica-se na categoria de tempo de atuação na corporação, que 50% da corporação apresentamos tempo de atuação de no máximo cinco anos. Observando-se aqui uma renovação do efetivo, o que para a função garante a dinâmica do próprio organismo público e, pode contribuir para atender as demandas sociais.

Quanto à realização na profissão, observou-se que todos os entrevistados são realizados em seu trabalho, e um entrevistado enfatizou ser muito realizado. Perfazendo um percentual de 94%, respondendo como realizado em sua profissão e 6% como muito realizado.

Conforme estudos em uma amostra composta por 260 bombeiros verificou-se que estes profissionais eram satisfeitos em seu trabalho, associando a raros sinais de problemas psicológicos crônicos. (KALIMO et al,1980).

Nota-se que não há um acompanhamento contínuo acerca de cuidados de saúde físico e psicológico através dos profissionais de medicina e psicologia. Em relação a esta questão 100% dos entrevistados mostraram-se favoráveis a necessidade de um profissional de psicologia em seu ambiente de trabalho.

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida na França por Serge Moscovici (CHAMON; MORAES, 2011). Esta teoria tem suas origens, no viés das disciplinas de Sociologia e Antropologia através de Durkheim e de Lévi-Bruhl (MOSCOVICI, 1994). Inicialmente a teoria das representações sociais se referia a uma representação coletiva acerca da elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento básico (WERBA; OLIVEIRA, 1998).

A representação Social tem como objetivo verificar qual a representação de determinado fator, a profissão perante um grupo dentro na sociedade e qual o significado atribuído a estes indivíduos.

Ao focalizar um trabalho sobre o corpo de bombeiros, precisa-se ter em pauta que o mesmo se constitui no campo da esfera militar e, que a ideia de corpo, possivelmente denota ao conceito de integralidade no que concerne à atividade. Para esta compreensão, torna-se fundamental incluir a atividade profissional no corpo de bombeiros. O profissional do corpo de bombeiros é definido como aquele que coloca em risco sua própria vida para salvar a vida de outras pessoas, além de defender também os cidadãos diante de situações de emergência, de risco e também desastres em geral (NATIVIDADE, 2009).

Os bombeiros estão propícios não apenas a elementos que podem ter vários efeitos adversos sobre o seu organismo, como gases e substâncias tóxicas, altas temperaturas, materiais perfuro-cortantes (LANDRIGAN et al, 2004). Mas, também, as situações que são potencialmente traumáticas, como acidentes envolvendo crianças, pessoas com ferimentos graves ou queimaduras (SMITH; ROBERTS, 2003).

Vivenciando situações de riscos, mortes e tragédias, as sobrecargas físicas e psicológicas deste trabalho sinalizam danos que atingem vários sentidos desde a capacidade de controlar a intensidade do sofrimento perante a situação, sendo percebido isto como uma possível falha ou inabilidade de lidar com as frustrações do trabalho ou percebido como cansaço e/ou uma lesão. Mediante todos estes fatores englobados neste trabalho, se enfatiza a importância da presença do profissional da psicologia, com o objetivo de proporcionar um momento de alívio e acolhimento mediante toda a demanda que envolve este indivíduo sendo ele um ser biopsicossocial (ARANTES, 2002).

Através da rotina diária vivenciada por estes profissionais, existe a necessidade de estar em alerta. O Estado de Alerta é um requisito necessário para o profissional do corpo de bombeiros, pelo fato de seu trabalho não obter uma rotina

delimitada. Pode-se caracterizar o estado de alerta, como a presença de níveis de atenção e concentração elevados que ocorrem devido eventos críticos, sendo que é composto por alguns sinais nos trabalhadores como sudorese, agitação e ansiedade, que podem aparecer antes ou após o atendimento de emergência, ressaltando a necessidade de tomada de decisões rápida. O Estado de Alerta permanente acontece a partir da manutenção destes sintomas mesmo quando indivíduo está fora do ambiente de trabalho (GONZALES et al, 2006).

Nota-se que o estado de alerta está presente em grande parte destes profissionais, conforme a pesquisa com 24 funcionários entrevistados 22 deles (91,66%) afirmaram que trabalham em estado de alerta enquanto que apenas 2 (2,84%) afirmam não trabalhar em estado de alerta (GONZÁLES et al, 2006).

A escolha da profissão de bombeiro militar ocorre através de diversos fatores, como a classe social, onde haverá mais ou menos facilidade em escolher sua profissão, destacando que não há a significação de que pessoas mais pobres não possam passar pelo processo de ascensão social, identificando que “(...) a possibilidade de mudança, de alteração histórica, ao reconhecer que os indivíduos podem, de certo modo, intervir sobre as condições sociais, por meio de ações pessoais e/ou coletivas” (BOCK, 2002, p. 69).

Existem vários fatores que influem na escolha de uma profissão, de características individuais entre as convicções políticas e religiosas, valores e crenças, e também a situação político-econômica dos pais, a família e também os pares. A família caracteriza-se como um dos principais fatores que ajudam ou então se dificultam durante o momento da escolha profissional e na decisão do jovem como um fator transformado deste núcleo familiar. O indivíduo pertence a uma família que possui características e histórias próprias (BOCK; AGUIAR, 1995).

Em uma das perguntas realizadas na entrevista, os profissionais foram questionados quais as dificuldades acerca do trabalho realizado. Quanto às dificuldades apresentadas por estes entrevistados se caracteriza a falta de profissionais, ou efetivo na corporação, a falta da valorização interna seguida pelos riscos que a profissão apresenta como o risco de vida.

Em contraponto as dificuldades apresentadas no trabalho destes profissionais, questiona-se aos profissionais quais as realizações. Na análise quantitativa foi possível perceber que todos os profissionais desta corporação são realizados em seu

trabalho. Porém nota-se que a palavra vem incorporada através do significado de uma realização correta durante um atendimento prestado.

Durante o período de observação foi possível notar que todos os profissionais possuem um número elevado de tarefas para realização, no entanto os aspectos negativos inseridos no dia a dia deste profissional não são incompatíveis com o prazer que é proporcionado através da realização que é obtida no trabalho (DEJOURS & JAYET, 1994).

Oliveira destaca que:

Por longo tempo, os Corpos de Bombeiros no mundo inteiro tiveram suas origens na tarefa de combater incêndios. Com a incorporação de novas missões, os bombeiros passaram a atuar em outras áreas além do combate ao fogo, as quais exigiram desses profissionais novos conhecimentos. [...] Somente graças ao grande avanço dos Corpos de Bombeiros no campo da prevenção é que temos conseguido manter índices aceitáveis de incêndios nas grandes cidades (OLIVEIRA, 2005, p. 04).

A profissão militar responde a demanda da sociedade como detentores de superpoderes e vistos como super-heróis. O bombeiro representa para toda a sociedade o ideal de potência total, sendo responsável pelo desenvolvimento de uma crença de indivíduos salvadores e também supercompetentes, isto irá significar uma pressão maior a que o profissional pode suportar, ocasionando desta maneira, uma forte pressão psicológica que pode afetar sua saúde (BARCELLOS, 2006).

Quanto à percepção da sociedade acerca da representação social desta profissão, são vistos como compostos por dois órgãos diferentes, geralmente associado mais vezes ao salvamento, atendimento de emergências e também a parte técnica que engloba toda a parte burocrática desta profissão.

A construção da profissão de bombeiro acontece durante todo o processo de constituição do sujeito, se “[...] via atividade, o ser humano se apropria da cultura e concomitantemente nela se objetiva, constituindo-se assim como sujeito.” (ZANELLA, 2005, p. 99), ressaltando que a constituição do indivíduo ocorre através da cultura do local onde vive e, subsequentemente nela, como sujeito. O sujeito é autor e também ator de sua própria história, sendo que há “forças sociais” que agem sobre este indivíduo, porém, sobre as quais há a interferência de si próprio (JACQUES 2001, CIAMPA 1997; ZANELLA, 2004).

Quanto ao atendimento de emergência, é possível constatar que o profissional tem a necessidade de apresentar comportamentos adequados à situação proposta. O comportamento de indiferença, distância afetiva, ou então manifestação irônicas para com aqueles a qual socorrem que são apresentados por alguns profissionais, são componentes pertencentes ao sistema defensivo que é desenvolvido com base na história de vida de cada indivíduo e nos recursos que são adquiridos com os treinamentos e experiência profissional (MASLACH; LEITER, 1999).

Em qualquer âmbito profissional, em especial no Corpo de Bombeiros, tem-se um receio acerca desta temática que envolve a perda da vida. Porém, foi possível constatar que os profissionais de uma maneira geral lidam normalmente com este fato e tentam diversas vezes não atribuir significado para que isso os impeça de fazer seu trabalho corretamente.

Considerações Finais

A partir da presente pesquisa teve como objetivo identificar qual a representação social apresentada por uma corporação de bombeiros militares do sul de Santa Catarina. A profissão de bombeiro militar envolve várias questões inerentes a este profissional, como a exposição a riscos, o estado de alerta proporcionado pelo atendimento de emergências, o atendimento a demanda apresentada pela sociedade, as dificuldades e realizações da profissão.

Os objetivos acerca deste trabalho foram atingidos, dentre eles foi possível realizar a avaliação das dificuldades e das realizações acerca deste trabalho, obter o conhecimento da rotina de trabalho para que desta forma poder-se-ia analisar sua rotina.

A caracterização da população estudada apresentou-se como 100% de predominância do sexo masculino, com a idade entre 21 a 30 anos, a qual se constitui o percentual de (44%). O nível de escolaridade apresentou um grande número de profissionais com nível superior, somando um total de 88% da população. Em relação ao tempo de atuação de corporação o maior percentual de profissionais se caracterizou pelo tempo de atuação entre 2 a 5 anos, compondo desta forma profissionais jovens e com pouco tempo de atuação e todos os profissionais desta corporação, são realizados em seu trabalho.

Observou-se que todos os bombeiros militares participantes deste estudo acreditam na necessidade do profissional de psicologia em seu âmbito de trabalho,

bem como a participação de outros profissionais da área da saúde, como: médicos e enfermeiros. Percebeu-se a importância e necessidade da inserção do psicólogo em âmbitos militares como o bombeiro militar.

A pesquisa proporcionou um momento de ampliação acerca dos conteúdos desenvolvidos na graduação, e possibilitou aos participantes deste estudo um momento de percepção acerca do trabalho que é realizado de forma rotineira e diariamente por estes. O estudo apresentado proporciona conteúdo para desenvolvimento de novas pesquisas.

Referências

- ABRIC, J.C. **As representações sociais: aspectos teóricos. Práticas e Representações Sociais**. Paris: Presses Universidade da França. (1994).
- ARANTES, V.A. DE ARAÚJO. **Cognição. Afetividade e moralidade**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v 26, n2, p137-153, 2000.
- BARCELLOS, P. **Revista Emergência**. Editora: Paula Barcellos. Rio Grande do Sul, julho de 2006.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br>. Acesso em 13 de outubro, 2002,
- BRASIL. Presidência da República. **Estado Maior das Forças Armadas**. A profissão militar. Caderno de divulgação. Brasília, DF, 1995.
- BOCK, A. M. & Aguiar, W. M. **Por uma prática promotora de saúde em Orientação Vocacional**. Em A. M, 1995.
- BOCK, S. D. **Orientação profissional: A abordagem sócio-histórica**. São Paulo: Cortez 2002
- BOCK, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. A psicologia e as psicologias. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**, 15-30, 1999.
- BORGES, Livia de Oliveira; TAMAYO, Álvaro. **A estrutura cognitiva do significado do trabalho**. Ver. Psico.Organ.Trab. Florianópolis.v.1, n.2,dez.2001. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572001000200002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 23 Jun 2016.
- CAMPOS, C. C. DE. **O estresse profissional e suas implicações na qualidade de vida no trabalho dos bombeiros militares de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso não publicado, Curso de Graduação em Serviço Social, UFSC, Florianópolis. (1999).

CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira; MORAES, Pedro Milton de. **A representação social do risco em atividades potencialmente perigosas.** Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 Jun. 2016.

CIAMPA, A. C. Identidade. Em S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.). **Psicologia Social - O homem em movimento.** São Paulo: Brasiliense, p. 58-75, 1997.

DEJOURS, C., & JAYET, C. **Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: Metodologia aplicada a um caso.** In M. I. S. Betiol. (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho – Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo, SP: Atlas, p. 67-118, 1994.

FERREIRA, A. B. H., 1975. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO CONTESTADO. **O Corpo de Bombeiros da Polícia do Estado de Santa Catarina e Legislação pertinente.** Florianópolis. (1999).

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2005.

GONZALES, Rosa Maria Bracini et al. **O estado de alerta: um exploratório com o corpo de bombeiros.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 370-377, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 1 Jul. 2016.

HIRATA, Helena. **Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade.** São Paulo: Boitempo, 2002.

JACQUES, M. G. (2001). Identidade. Em: M. N. Strey e colaboradores. **Psicologia social contemporânea: Livro – texto.** (pp.159-167). (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.

KALIMO, R. **O estresse no trabalho : análise conceitual e um estudo de prisão é pessoal.** Escandinavo Jornal de Trabalho, Meio Ambiente e Saúde, 6 (3 Sup.) : 1-148. (1980)

LANDRIGAN, P.J. et al. Saúde e consequências ambientais da catástrofe do World Trade Center. **Environ perspectivas de saúde mental**, v.112, p.731-739, 2004

MASLACH, C. e LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa.** Trad. Mônica Saddy Martins. Campinas (SP): Papyrus, 1999.

MIRABETE, J. F. **Processo Penal.** São Paulo: Atlas, 1998.

MOSCOVICI, S. **A Representação coletiva do representações sociais : Elementos para uma história.** Em D.Jodelet (Org .) , Representações sociais (pp. 62-86) . Paris. Universidade da França. (1994)

MUGNY, G. CARUGATY , F. **A inteligência no plural.** Cousset: Delval. (1985).

NATIVIDADE, Michelle Regina da; BRASIL, Vanderlei. A escolha profissional entre os bombeiros militares. **Rev. bras. orientac. prof**, São Paulo , v. 7, n. 1, jun. 2006 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 Jun. 2016.

OLIVEIRA, Katya Luciane de; SANTOS, Luana Minharo dos. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. **Sociologias**, Porto Alegre , v. 12, n. 25, dez. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222010000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 Jun. 2016.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

ROBERTS, K. & SMITH, R. (2003). **Intervenções para transtorno de estresse pós-traumático e aflição psicológica em pessoal de ambulância de emergência: uma revisão da literatura.** *Jornal de medicina de emergência*, 20 (1), 75-78

ZANELLA, A. V. **Atividade, significação e constituição do sujeito: Considerações à luz da Psicologia Histórico-Cultural.** *Psicologia em Estudo*. Maringá, 9(1), p. 127-135, 2004.

ZANELLA, A. V. **Sujeito e alteridade: Reflexões a partir da psicologia histórico-cultural.** *Psicologia e Sociedade*, 17 (2), p. 99-104, 2005.

Dados para contato:

Autor: Yasmin Vicente Rafael

E-mail: yasminpsico@hotmail.com

CONDIÇÕES DE TRABALHO E FATORES OCUPACIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ONCOPEDIATRIA: UM ESTUDO EM UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA

Educação e Promoção de Saúde

Morgana da Silva Del Canalle¹; Kelli Pazeto Della Giustina¹; Dandara da Silva Walter¹; Jaqueline Caetano¹; Morgana Maria Cascaes Montanha¹

¹Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE

Resumo: O presente estudo tem o objetivo de compreender o contexto de trabalho da equipe de enfermagem no setor de oncopediatria de um hospital do Sul Catarinense. Trata-se de um estudo descritivo, tendo como procedimento uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. A população pesquisada foi a equipe de enfermagem do referido setor, a qual respondeu a uma entrevista semi-estruturada. Resultados apontam dificuldade de aceitação do diagnóstico por parte dos pais; dificuldades de gestão de recursos e de relacionamento interpessoal; adaptação dos profissionais quanto ao enfrentamento diário no trabalho. A pesquisa atendeu aos objetivos propostos.

Palavras-chave: Trabalho. Equipe de enfermagem. Oncologia. Pediatria.

Introdução

Os profissionais da área da saúde que trabalham com pacientes oncológicos lidam diariamente com diferentes situações, sendo estas boas ou ruins, podendo abranger do início ao fim do tratamento dos mesmos. A partir disto, teve-se a pretensão de conhecer o contexto da oncologia pediátrica, para ter a possibilidade de vivenciar essas situações com os profissionais, principalmente, da equipe de enfermagem.

Durante o tratamento do câncer, muitas vezes a criança necessita de internação para realização do mesmo, procedimento no qual consiste na sua entrada no hospital, o que geralmente acaba criando uma situação de estresse, tanto para ela, quanto para a família, pois ambos estão em um ambiente diferente do seu habitual (GARIJO et al., 2001), além do receio com o tratamento e recuperação.

Neste momento, o profissional de enfermagem que atende a criança, é peça fundamental no alívio da tensão e do medo do paciente e seus familiares, sendo que

deve haver uma boa comunicação e relacionamento para que seu trabalho seja efetivo. Surge a partir deste contexto, a notável importância de uma assistência de qualidade a todos os envolvidos no tratamento oncológico infantil.

Para tanto, o profissional de enfermagem deve estar bem amparado psicologicamente para poder prestar sua assistência com qualidade e segurança.

Este profissional precisa também saber lidar com os sentimentos, que nesse setor e com esta faixa etária de paciente, são diversos, e das mais variadas formas, podendo citar a alegria em ver a criança bem, mas em outro momento, a tristeza, em ver o sofrimento dela e da família, além da importância de saber driblar essas emoções e situações vivenciadas no trabalho, para que não interfira no seu convívio familiar.

Assim, a pesquisa foi proposta a partir da seguinte questão norteadora: Qual a rotina da equipe de enfermagem da oncopediatria de um hospital da região Sul de Santa Catarina?

Como objetivo geral da pesquisa, foi necessário compreender o contexto de trabalho da equipe de enfermagem no setor de oncopediatria de um hospital do Sul Catarinense. Os objetivos específicos incluem: verificar as funções da equipe de enfermagem da oncopediatria; identificar as principais dificuldades dos profissionais de enfermagem frente ao tratamento quimioterápico; verificar as dificuldades encontradas pelo paciente e seus familiares durante o tratamento e/ou internação, na visão dos profissionais de enfermagem; e, identificar formas de enfrentamento da equipe de enfermagem frente ao paciente oncológico infantil e seus familiares.

Durante a disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente, na graduação em Enfermagem, a oportunidade de realizar uma visita ao setor de oncopediatria de um hospital de grande porte da região Sul de Santa Catarina, despertou-me o desejo de um maior aprofundamento a respeito do papel da equipe de enfermagem frente a essas crianças durante o tratamento oncológico. Para mim, as crianças são seres apaixonantes, sempre me prendem a atenção; e as crianças oncológicas, em especial, me despertaram a vontade de verificar como a equipe de enfermagem lida diariamente com este tipo de paciente.

Os profissionais de enfermagem que cuidam de crianças oncológicas precisam ter um bom enfrentamento, sabendo lidar com as vitórias, mas também com as perdas. Essas, infelizmente, acabam sendo situações ainda comuns vivenciadas na oncologia. Assim, é importante que o profissional de enfermagem consiga lidar com

as emoções, e, ao mesmo tempo, fazer a assistência diária, tendo a certeza de que sempre deve ser feito o que for necessário pela criança e sua família.

Existem diferentes modalidades de tratamento para o câncer, incluindo a quimioterapia, estando ou não associada à radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, e também a cirurgia (COSTA; LIMA, 2002).

O tratamento quimioterápico afeta tanto as células normais, quanto as acometidas pelo câncer, ou seja, as cancerígenas. É uma modalidade de tratamento sistêmico, que acaba afetando mais as células cancerígenas do que as normais. Por esse motivo, é utilizado como forma de tratamento muitas vezes em combinação com outros tipos de tratamento, como a radioterapia ou a cirurgia. A quimioterapia acaba tendo uma resposta mais eficaz quando aplicada em crianças do que em adultos, pois a maioria dos cânceres pediátricos é quimiossensível (MOSCATELLO; FERREIRA, 2011).

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada (BRASIL, 1993).

O câncer possui também como forma de tratamento, a intervenção cirúrgica, a qual é considerada “[...] a modalidade de tratamento mais antiga e mais definitiva, principalmente quando o tumor está em estágio inicial e em condições favoráveis para sua retirada.” (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015a, s/p).

Assistência de Enfermagem

Pela função e formação profissional do enfermeiro, ele acaba realizando além das funções vinculadas à gestão, o papel também de educador da equipe, do paciente e de seus familiares. A equipe de enfermagem permanece mais tempo com o paciente do que os outros profissionais, o que acaba permitindo e resultando em uma observação mais minuciosa, ou seja, o paciente deve ser visto, não como uma doença, mas como uma pessoa que tem outras necessidades; essas, vão muito além do tratamento a ser realizado (MOSCATELLO; FERREIRA, 2011).

A equipe de enfermagem tem grande responsabilidade ao assumir um setor de oncopediatria, pois as atividades assistenciais estão relacionadas a pacientes mais

vulneráveis, em que a criança é altamente dependente do outro, principalmente quando falamos de segurança. Nestes casos, a enfermagem precisa redobrar a atenção quanto às quedas, retirada acidental de acessos venosos e outros dispositivos, por exemplo. A equipe pode prevenir detectando riscos potenciais e explicando aos pais a importância de tal prevenção (BACK, 2005).

Diante desse contexto, a criança internada e sua família implicam em diversos cuidados da equipe de enfermagem, em níveis sócio-econômico, biológico e psicoespiritual, indicando preparo profissional adequado.

É importante que o profissional de enfermagem consiga lidar com esses sentimentos diversos, já que após sua jornada de trabalho, o mesmo retorna ao seu domicílio, para seu contexto familiar, muitas vezes relutando para não remeter à sua família o que ele vive diariamente em seu trabalho. A partir deste contexto, é importante cuidar além dos pacientes, ou seja, cuidar também dos profissionais que exercem essa função de cuidar, que trabalham em setores tão dispendiosos, quanto o que atende crianças oncológicas. Percebe-se que o dia-a-dia de trabalho da equipe pode ser desgastante para o profissional, quando este, não obtiver estratégias suficientes para separar os seus sentimentos da vida familiar e da profissional.

Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa, na qual se tem a realização de análises mais profundas em relação ao tema estudado, com enfoque à complexidade da situação a ser pesquisada, analisando desta forma, algumas variáveis e processos vivenciados por determinados grupos sociais (BEUREN et al., 2014).

Para o alcance do objetivo da pesquisa, foi utilizado o método de pesquisa descritiva. De acordo com Gil (2002, p. 42) “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

A pesquisa foi classificada como pesquisa de campo, a qual pode ser considerada aquela utilizada com o intuito de obter informações ou conhecimentos sobre um determinado problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que precisa ser comprovada, ou, ainda, de descobrir novas relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Este estudo foi realizado em uma instituição hospitalar de grande porte, localizada em um município da região Sul do Estado de Santa Catarina, mais especificamente, no setor de oncopediatria, que atende crianças oncológicas de 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias. Esta instituição é um hospital geral, que possui serviço de alta complexidade em oncologia, ou seja, conta com serviços de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia.

A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem do setor da oncopediatria, que inicialmente envolvia um enfermeiro e sete técnicos em enfermagem. No decorrer da coleta de dados, verificaram-se alterações na equipe, em virtude da cobertura de férias da enfermeira e ingresso de duas técnicas de enfermagem recém contratadas no setor. Portanto, participaram da pesquisa, um total de duas enfermeiras e nove técnicas de enfermagem. Gil (2008, p. 89) define universo ou população como “[...] um conjunto de elementos que possuem determinadas características”.

A presente pesquisa não possui um cálculo amostral, pelo fato de contemplar toda a equipe de enfermagem da oncopediatria, caracterizando a amostra do tipo intencional. Nesta, o pesquisador se baseia na opinião dos elementos representativos de uma determinada população, sendo utilizada esta técnica, conforme um conhecimento mínimo antecipado da população de estudo (BEUREN et al., 2014).

Neste estudo, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada. Segundo Marconi e Lakatos (2010), pode-se dizer que entrevista é uma fala entre duas pessoas, em que uma irá coletar informações através de um assunto específico. É realizada geralmente para ajudar em um diagnóstico ou na resolução de algum problema.

Optado pela entrevista do tipo semi-estruturada, por permitir uma maior flexibilidade junto ao participante, sendo esta uma entrevista que valoriza a presença do entrevistador e parte da concepção que o informante pode usar toda a sua espontaneidade, e assim, possibilitar maior exatidão para a pesquisa através de suas respostas. Na entrevista semiestruturada o informante é integrante fundamental, influenciando em toda a elaboração do conteúdo da pesquisa (BEUREN et al., 2014).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos constantes na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi avaliado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição de ensino e da instituição

hospitalar, sob pareceres n^{os}. CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 46211915.5.0000.5598 e CAAE 46211915.5.0000.5598, respectivamente.

Resultados e Discussão

Para análise de dados desta pesquisa, utilizou-se a categorização proposta por Minayo, que propõe categorias para análise de dados qualitativos. As categorias foram definidas após a coleta de dados, o que implica que o pesquisador realize uma fundamentação teórica mais concreta (GOMES, 2004).

A coleta de dados da presente pesquisa durou cerca de quarenta horas, no setor de oncologia pediátrica, onde foi possível obter as informações necessárias para o alcance dos objetivos propostos. Os participantes da pesquisa foram duas enfermeiras e nove técnicas de enfermagem, todas do sexo feminino, com faixa etária entre vinte e sessenta anos de idade, e com dois meses a oito anos de atuação no setor de oncopediatria, na mesma função e categoria profissional.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, os participantes foram classificados com diferentes siglas. A letra “E” representa as Enfermeiras, e as letras “TE” representam as Técnicas de Enfermagem; as letras foram numeradas de acordo com o número de profissionais de cada categoria, facilitando a exposição das falas das participantes ao longo da pesquisa.

Assim, de acordo com as dimensões propostas no instrumento de coleta de dados, surgiram as seguintes categorias de análise, conforme metodologia de análise de dados proposta por Minayo: Funções da equipe de enfermagem durante o período de tratamento e/ou internação; Dificuldades dos profissionais da equipe de enfermagem frente ao tratamento quimioterápico; e, Enfrentamento dos profissionais frente ao tratamento oncológico infantil.

A seguir serão apresentados os resultados obtidos.

Funções da equipe de enfermagem durante o período de tratamento e/ou internação

Costuma-se dizer que uma equipe bem orientada é fator fundamental no cuidar, principalmente em se tratando de pediatria oncológica. As orientações devem iniciar no momento da admissão da criança e da família no setor, em que se expõem à família, estratégias do processo de cuidar, as características da unidade e se explica

a importância do cumprimento de determinadas regras para o bem-estar da criança (SOUZA, 1995).

“[...] No primeiro momento a gente acomoda o paciente e o responsável no quarto, explica onde fica cada coisa, o horário dos lanches, horário de visitas, o limite de entradas e saídas, e a médica vem e explica sobre o tratamento. Sendo que aqui no setor, a gente considera muito importante que a criança principalmente, se sinta a vontade onde está, pois irá permanecer provavelmente por longos períodos de internação no setor.” (TE 2)

Nesta fala, percebe-se a importância que a técnica em enfermagem dá ao momento da internação da criança e sua família, pois é no momento do acolhimento que eles sanam as possíveis dúvidas. Para as funcionárias do setor, de forma geral, quanto maior o conhecimento da família sobre o diagnóstico e possibilidades de tratamento, melhor é a contribuição no cuidado prestado pela equipe, cabendo à equipe de enfermagem grande parte dessas orientações.

Quanto aos questionamentos sobre as funções de cada categoria profissional, foi respondido que o enfermeiro exerce mais a função de coordenador e supervisor do trabalho do técnico de enfermagem, bem como a parte burocrática e de gestão do setor. Dentre os principais procedimentos realizados pelo enfermeiro, pode-se citar o manuseio da quimioterapia, bem como a punção e manuseio do *port-a-cath*. Já o técnico de enfermagem tem a função de realizar os procedimentos de enfermagem menos invasivos, como verificação de sinais vitais, administração de medicações, curativos, etc. No setor, estas atividades são organizadas por escala de rodízios semanais.

A maioria das crianças que inicia tratamento na oncologia coloca um *port-a-cath*. O *port-a-cath* é um cateter totalmente implantado, que fica localizado na veia cava superior, o qual é indicado para pacientes em tratamento de longa duração, pois facilita a administração de medicamentos, a hidratação do paciente e até mesmo, as coletas de sangue, preservando desta forma, as veias da criança (PAULA, 2014). Em se tratando dos inúmeros procedimentos, o *port-a-cath* é, sem dúvidas, uma perfeita opção para o manuseio das crianças em tratamento oncológico, sem contar na diminuição da dor das temidas picadas, pois segundo relato da E2, a agulha utilizada para punção do cateter, pode permanecer até sete dias no paciente.

No local pesquisado, para os pacientes internados, existe uma rotina para a instalação da quimioterapia: a prescrição médica é encaminhada à farmácia de

manipulação, a qual manipula e condiciona a medicação; posteriormente encaminha novamente ao setor de oncologia pediátrica, onde o enfermeiro instala a medicação no paciente, conforme prescrição médica.

O tratamento quimioterápico causa algumas reações adversas; as mais citadas foram náusea, vômito, diarreia, sonolência, mal-estar, cansaço, cefaleia, reação alérgica na pele e neutropenia, em alguns casos. Além disso, a alopecia, que acontece na maioria dos casos, foi observada como uma das reações que mais causa o desespero ao iniciar o tratamento, principalmente nas meninas, por serem mais vaidosas e se compararem muitas vezes, às bonecas e princesas, as quais possuem longos cabelos.

“[...] Aqui na onco, a gente chegou a cortar o cabelo das barbies, para as nossas meninas ficarem mais felizes, e se sentirem ainda princesas, mesmo carequinhas!” (TE 5).

“[...] Lembro como se fosse hoje a alegria das pequenas ao ver as barbies iguais a elas!” (TE 9).

Ao citar essas falas das técnicas de enfermagem, que tiveram essa bela atitude, pode-se observar a preocupação com o bem-estar físico e a autoestima das crianças internadas na oncopediatria.

Algumas crianças em tratamento do câncer tem um prognóstico ruim e necessitam dos cuidados paliativos. Quando questionado os profissionais da enfermagem do setor a respeito, responderam que não se tem uma rotina ou cuidados específicos para esta fase; é realizada analgesia e o máximo de conforto possível para a criança e para a família.

Os cuidados paliativos são aqueles focados na oferta de melhor assistência para que haja uma qualidade de vida, e não um prolongamento de sua duração. A equipe nesse momento se une para oferecer o final mais confortável possível para o paciente e sua família. Pode-se afirmar que os cuidados paliativos tratam a pessoa, e não mais a doença (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015c).

Quanto a esses cuidados, apesar de não se tratarem de paliativos efetivamente, algumas técnicas de enfermagem demonstraram interesse e maior leveza em lidar com essa situação.

“[...] Procuramos tratar da mesma forma que os outros pacientes, até mesmo porque não tem mais o que fazer, apenas tentamos aliviar a dor e oferecer o máximo de conforto possível.” (TE 8).

Esta frase citada pela técnica de enfermagem não deve ser entendida como uma indiferença, mas sim, como uma forma de enfrentamento e uma melhor adaptação à realidade do momento. Em se tratando que esta funcionária tem filhos, ela se refere desta forma como um meio de não criar um vínculo afetivo extremamente forte, a ponto de transferir o sofrimento para seu lar e seus filhos, e como forma de preparo no momento da partida desta criança.

Encerrando a análise da categoria quanto às funções dos profissionais de enfermagem na internação da criança oncológica, é preciso expor algumas dificuldades encontradas, referidas pelos mesmos.

Dificuldades dos profissionais da equipe de enfermagem frente ao tratamento quimioterápico

Existem diversas dificuldades decorrentes de problemas com recursos humanos e materiais, relacionamento interpessoal, desconhecimentos de rotinas, etc., que podem ser encontradas no dia a dia da atuação profissional, principalmente em se tratando de setores tão delicados, como no caso da oncopediatria. Notou-se que as respostas aos questionamentos sobre as dificuldades dos profissionais, foram mais voltadas à gestão de recursos e ao relacionamento, e talvez, não tão direcionadas ao tratamento quimioterápico em si.

Os profissionais do setor enfrentam dificuldades com os familiares no dia-a-dia de trabalho, que se resumem à falta de compreensão dos pais, na questão de restrição de pessoas do setor fechado, e segundo algumas funcionárias, uns não respeitam os limites e horários de entradas e saídas.

Assim, “O esclarecimento das dúvidas e a verdade em relação ao prognóstico e aos efeitos adversos dos tratamentos fazem com que o paciente tenha mais confiança na equipe e participe mais ativamente do tratamento. ” (SOARES; GERELLI; AMORIM, 2010, p. 150). Enfatizar aos pais sobre a necessidade de restrição de pessoas e de horários para proteção da criança, geralmente é um bom argumento para essa situação. Uma boa conversa a respeito da rotina e regras do setor faz com que a família entenda o verdadeiro objetivo destes cuidados, o que irá refletir no tratamento da criança.

A fase terminal também foi citada como uma dificuldade a ser enfrentada, pois segundo a TE 1, durante o tratamento quimioterápico, elas criam uma grande aproximação com a criança e com sua família, e até mesmo, por vezes, um vínculo.

Então, se torna muitas vezes difícil cuidar de uma criança, em que já se sabe que o prognóstico não é bom.

A falta de recursos para se trabalhar também foi uma dificuldade citada pelas profissionais. De acordo com a TE 3, a falta de recursos também dificulta o trabalho diário. Nesta fala, a Técnica de Enfermagem se referiu à falta de um apoio psicológico ao profissional, pois em caso de perda de um paciente, este profissional também acaba sofrendo, assim como todos os profissionais do setor, devido ao carinho surgido ao longo do tratamento. “A falta de recursos para o profissional trabalhar o seu estado psicológico resulta em traumas e barreiras, que por vezes se tornam intransponíveis.” (PARO; PARO; FERREIRA, 2005, p. 153).

E do mesmo modo que os profissionais possuem dificuldades, a criança e seus familiares, também podem ter as suas, diante do tratamento.

Enfrentamento dos profissionais frente ao tratamento oncológico infantil

Quando os profissionais foram questionados a respeito do enfrentamento do dia-a-dia no setor, todos responderam que no começo foi difícil a adaptação, principalmente para as funcionárias que tem filhos pequenos, pois acabam levando parte das preocupações do trabalho para a vida pessoal e fazendo surgir sentimentos de medo e insegurança.

“[...] Eu chorei muito quando me falaram que eu viria pra cá, pois tenho filhos, e isso me atrapalhou no início; mas hoje, eu amo isso aqui!” (TE 4).

“[...] No início, pensei que não iria suportar a pressão psicológica que esse setor oferece, mas hoje, já não me vejo trabalhando em outro setor, com outros pacientes.” (TE 6).

Muitas vezes, a situação e dor vividas pela criança e sua família, se acentua para o profissional, fazendo com que misturem o trabalho com a vida pessoal, pois transferem esse sofrimento a membros da família, principalmente filhos. Ao mesmo tempo, outras profissionais já afirmaram que sempre se viram muito felizes, trabalhando na oncopediatria.

“Ao mesmo tempo em que vemos coisas ruins, também presenciamos muitas coisas boas, a gente nunca perde a esperança.” (TE 2).

Segundo elas, a esperança sempre deve existir, e ser o sentimento mais fortemente predominante em todos os envolvidos no tratamento oncológico infantil.

“Eu adoro tudo isso, amo vir trabalhar, até mesmo porque eu trabalho pelas crianças, e não por mim, e a fé que esses anjos têm, me fortalece todos os dias.” (E 1).

Enfim, nota-se que as profissionais de enfermagem possuem um bom enfrentamento diário, para atuar na oncologia pediátrica, e que, mesmo que em algum momento, tiveram dificuldades com as emoções e os sentimentos, hoje as superaram e atuam com alegria e satisfação.

Uma das técnicas de enfermagem ressaltou que utiliza de duas estratégias de enfrentamento para amenizar as situações difíceis vivenciadas no dia-a-dia de trabalho no setor:

“[...] Eu sempre rezo muito, ao entrar e sair do setor, procurando sempre deixar as energias negativas aqui, e procuro não absorver isso para a minha vida pessoal e familiar.” (TE 7).

Ao final da coleta de dados, percebe-se que, de todas as categorias da pesquisa, esta é a que mostra efetivamente o amor, a dedicação e o comprometimento do profissional ao trabalho, pois é após permanecer ao lado da criança e sua família, que o profissional saberá identificar sua aptidão para trabalhar com a oncologia pediátrica, em relação ao enfrentamento, ao saber ou não se sobressair em algumas situações, ou neutralizar alguns sentimentos que o envolvem diariamente, de forma a não afetá-lo (pelo menos tanto) pessoalmente e/ou profissionalmente.

Considerações Finais

Ao finalizar esta pesquisa, foi possível conhecer a rotina da equipe de enfermagem da oncopediatria de um hospital da região Sul de Santa Catarina, podendo compreender o contexto das condições de trabalho da equipe de enfermagem, e assim atender aos objetivos da pesquisa. E conhecer o contexto da oncologia pediátrica, para ter a possibilidade de vivenciar essas situações com os profissionais, principalmente, da equipe de enfermagem.

Quanto aos dados pesquisados, notou-se que nas funções da equipe as tarefas são bem distribuídas e organizadas entre as profissionais. As dificuldades dos profissionais da equipe frente ao tratamento quimioterápico são mais voltadas à questão de relacionamento com os pais, ainda que poucas, já que os profissionais conseguem superá-las a cada dia, devido ao diálogo e argumentação quanto às rotinas. Sobre as dificuldades encontradas pelo paciente e seus familiares durante o

tratamento, na visão dos profissionais de enfermagem, a principal citada é a dificuldade na aceitação do diagnóstico, além do entendimento das rotinas relacionadas a isso; com o tempo, acabam entendendo os benefícios para a criança.

Outras dificuldades dizem respeito também à gestão de recursos humanos. No enfrentamento da equipe de enfermagem foi citada a adaptação ao setor e a questão de driblar as ocorrências vivenciadas no setor, para que não afete a vida pessoal destes profissionais, ainda que todos tenham relatado superar essa dificuldade através de formas de enfrentamento próprias.

É visível e chega a ser emocionante ver o amor com que essas profissionais falam do trabalho delas, e das crianças que cuidam. E isso é o mais importante no dia-a-dia de trabalho no setor de oncologia pediátrica, a fé, e o amor pela profissão escolhida.

Com certeza a realização desse estudo trará subsídios para novas pesquisas na área de oncologia pediátrica diante da diversidade de possibilidades de novas produções de conhecimento na área.

Enfim, sugiro à instituição um novo olhar perante os profissionais do setor de oncologia pediátrica, bem como a contratação e um maior suporte psicológico a esses profissionais extremamente dedicados. Sugiro também ao setor de oncopediatria, a contratação de um enfermeiro fixo para o horário noturno, para melhor continuidade da assistência às crianças.

Referências

BACK, H. E. H. A Enfermagem e a Segurança do Paciente na Unidade Pediátrica. In: SCHMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 205-211.

BACK, H. E. A.; SCHMITZ, E. M. R. A Enfermagem Pediátrica e a Quimioterapia Antineoplásica: Cuidados e Manejo. In: SCHMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 429-438.

BELTRÃO, Marcela Rosa Lins Rodrigues; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante. A criança com Câncer e a Família: contexto, descoberta e ação. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Editora Martinari, 2011. p. 21-34.

BEUREN, I. M. et al. **Como elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática**. 3 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer: o que é**. 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. INCA: Instituto Nacional do Câncer. **Particularidades do Câncer Infantil**. 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Incidência, mortalidade e sobrevida do câncer da infância no Município de São Paulo**. São Paulo: Registro de Câncer de São Paulo, 2004.

_____. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2 ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Oncologia: Manual de bases técnicas**. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER. **Tratamento**. 2015. Disponível em: <<http://www.cccancer.net/site/index.php/o-que-e-radioterapia/>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

COSTA, Juliana Cardeal; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, p. 321-333, mai.-jun. 2002.

FREIRE, Maristela Do Carmo Barbosa; PETRILLI, Antônio Sérgio; SONSOGNO, Maria Cecília. Humanização em oncologia pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil. **Revista de Saúde Pública**. p. 225-236, 2015.

GARIJO, C. et al. A criança no hospital. In: _____. **Pediatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2001. p. 11-49.

GIL, A. C. **Como classificar as pesquisas?** In: _____. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. p. 41-57.

GIL, A. C. Amostragem na Pesquisa Social. In: _____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008. p. 89-99.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES,

Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 67-80.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Quimioterapia e os efeitos colaterais**. 2015. Disponível em: <<http://www.hcancerbarretos.com.br/quimioterapia-2/33-paciente/opcoes-de-tratamento/quimioterapia/108-quimioterapia-e-os-efeitos-colaterais>>. Acesso em: 11 out. 2015.

IGLESIAS, Simone Brasil de Oliveira; KREBS, Vera Lúcia Jornada. Sociedade de Pediatria de São Paulo. **Cuidados Paliativos em Pediatria e Neonatologia**. 2010. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/site/index.php/defesaprofissional-lista/765-cuidados-paliativos-em-pediatria-e-neonatologia>>. Acesso em: 10 out. 2015.

INSTITUTO ONCOGUIA. **O que são cuidados paliativos?** 2015c. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-sao-cuidados-paliativos/7742/112/>>. Acesso em: 11 out. 2015.

_____. **Tratamentos do Câncer**. 2015a. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Informações ao paciente sobre Port-A-Cath (Cateter totalmente implantado)**. 2015b. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/informacoes-ao-paciente-sobre-portacath-cateter-totalmente-implantado/246/107/>>. Acesso em: 26 out. 2015.

LIMA, Helena Flávia Cuba de Almada. **Oncológica: informação, diagnóstico precoce e prevenção do câncer. Efeitos colaterais comuns da quimioterapia**. 2012. Disponível em: <<http://www.cancerinfo.com.br/artigo/efeitos-colaterais-comuns-da-quimioterapia.html>>. Acesso em: 11 out. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. In: _____. Fundamentos de Metodologia Científica. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 157-197.

MELDAU, Débora Carvalho. **Infoescola: Navegando e aprendendo. Antieméticos**. 2015. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/farmacologia/antiemeticos/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

MOSCATELLO, E.; FERREIRA, G. Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente durante a Quimioterapia. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 41-46.

PARO, Daniela; PARO, Juliana; FERREIRA, Daise L. M. O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. **Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**, São José do Rio Preto, p. 151-157, jul.-set. 2005.

PAULA, Lucimeli Cristina R. Sardinha. **Cebrom: Medicina Oncológica**. Apoio ao paciente. 2014. Disponível em: <<http://www.cebrom.com.br/site/apoio-ao-paciente.php?sc=61&id=492>>. Acesso em 11 out. 2015.

RAMALHO, Myrian Aydar Nascimento; MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Vivências de Profissionais de Saúde da Área de Oncologia Pediátrica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, p. 123-132. jan.-abr. 2007.

SMELTZER, S. C., et al. Oncologia: Cuidado de enfermagem no tratamento do câncer. In: _____. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2009. p. 319-373.

SOARES, M. A. M.; GERELLI, A. M.; AMORIM, A. S. Cuidados de enfermagem a indivíduos com câncer. In: _____. **Enfermagem: Cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado**. São Paulo: Artmed Editora S.A., 2010. p. 147-152.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá. **No cuidado com os cuidadores**: em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire. 1995. 110 p. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis. 1995.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. Sobre a história social do Câncer. In: _____. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-24.

VALADARES, Maria Thereza Macedo; MOTA, Joaquim Antônio César; OLIVEIRA, Benigna Maria. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Revista Bioética**, p. 486-493, 2013.

Dados para contato:

Autor: Morgana da Silva Del Canalle.

E-mail: morgana81@hotmail.com.

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SERRANA DE SANTA CATARINA SOBRE AS HEPATITES B E C

Educação e promoção de saúde

**Jailson Rodrigues¹; Leonardo de Paula Martins¹; Alexandre Piccinini¹; Ana
Paula Bazo¹**

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: As infecções pelo vírus da hepatite B e da hepatite C são problemas de saúde pública, responsáveis por grande número de casos de cirrose hepática e carcinoma do fígado. Dentro deste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde com relação às hepatites. Os dados foram obtidos a partir de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário com questões abertas e fechadas. Com relação ao conhecimento dos entrevistados sobre as patologias, concluiu-se que estes conhecem formas básicas de prevenção e tratamento das hepatites B e C.

Palavras-chave: Hepatite B. Hepatite C. Sistema Único de Saúde.

Introdução

As infecções pelo vírus da hepatite B (HBV) e da hepatite C (HCV) são problemas mundiais de saúde pública. A hepatite B é uma infecção viral com distribuição geográfica heterogênea. Ela é responsável por grande número de casos de cirrose hepática e carcinoma primário do fígado, em consequência da inflamação crônica que parte de suas vítimas desenvolve. As principais vias de transmissão da hepatite B são: sanguínea, sexual, vertical e por contato íntimo com portadores (SOUTO et al., 2004).

A hepatite crônica causada pelo HBV tem se revelado uma doença complexa, de difícil manejo, em função de peculiaridades na relação vírus-hospedeiro, heterogeneidade viral e diversidade das formas clínicas, entre outros fatores (ANGELO et al., 2007).

Mais de 2 bilhões de pessoas já foram infectadas pelo HBV em todo o mundo, sendo que 350 milhões delas se tornam portadoras crônicas do vírus. A cada ano

ocorrem mais de 4 milhões de novos casos agudos da hepatite B, dos quais cerca de 25% (1 milhão de pessoas) morrem anualmente por hepatite crônica ativa, cirrose ou câncer (LIVRAMENTO et al., 2009).

A hepatite C é uma doença provocada por um vírus que leva a uma inflamação no fígado. O HCV foi inicialmente isolado do soro de uma pessoa, em 1989, e visualizado em imunoeletromicroscopia (BRASIL, 2011; CONTE, 2000; GARCIA, 2012; LA LUNA, 2012). Na sua forma ativa é, geralmente, uma infecção assintomática e quando sintomática é caracterizada por mal-estar, cefaleia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, náuseas, vômitos e desconforto em hipocôndrio direito (BRASIL, 2010). Ainda não existem vacinas contra o HCV (FERNANDEZ et al., 2013).

O Ministério da Saúde estimou que 3% da população mundial, ou seja, 170 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus da hepatite C e no Brasil 1,5 milhões de pessoas. No sistema DATASUS constam 124.570 casos diagnosticados no período entre 2001-2011 e destes só 12 mil recebem tratamento. Esses dados revelam a subnotificação, além do fato de que a maioria das pessoas desconhece seu estado de portador, constituindo importante elo na cadeia de transmissão do vírus HCV, o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão (BRASIL, 2011).

Dentro deste contexto o estudo foi conduzido com base no seguinte problema de pesquisa: Qual o conhecimento dos profissionais de uma unidade básica de saúde de um município da região serrana de Santa Catarina a respeito das Hepatites B e C?

Para que o problema de pesquisa fosse respondido, foi delineado o seguinte objetivo geral: avaliar o conhecimento dos profissionais de uma unidade básica de saúde de um município da região serrana de Santa Catarina. Os objetivos específicos foram: identificar o perfil dos profissionais entrevistados e identificar as principais deficiências com relação ao conhecimento das hepatites B e C.

Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa foi delineada para avaliar o conhecimento dos profissionais de uma unidade básica de saúde da região serrana de Santa Catarina, acerca das hepatites B e C, para isso foi conduzido um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

No desenvolvimento deste trabalho o contexto de pesquisa foi uma unidade de saúde de um município da região serrana de Santa Catarina, local onde trabalhavam três médicos, um dentista, uma farmacêutica, uma psicóloga, três enfermeiras, sete

técnicas em enfermagem e quatro agentes de saúde, totalizando 24 profissionais os quais foram considerados a população do estudo. No entanto, apenas 15 desses profissionais aceitaram participar do estudo.

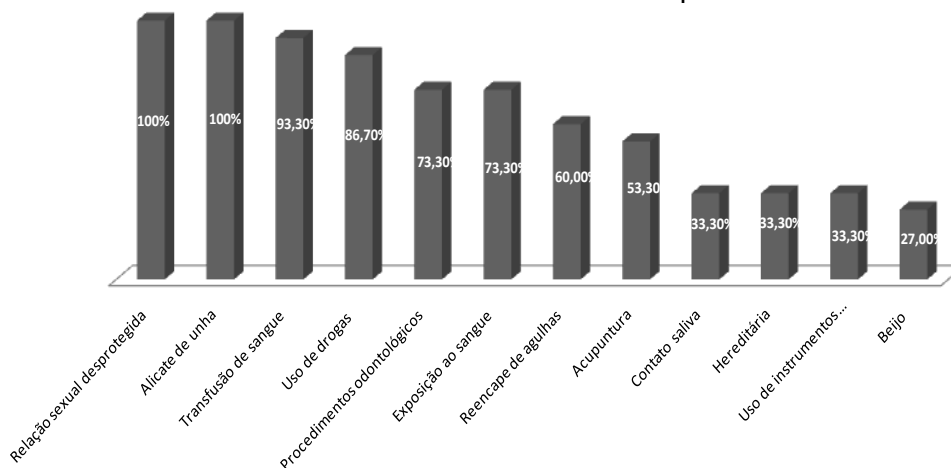
Para coleta de dados, um questionário contendo perguntas abertas e fechadas foi aplicado a cada profissional que aceitou participar do estudo, sendo que todos receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações detalhadas do estudo. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIBAVE (Número do Parecer:1.166.417).

Resultados e Discussão

Dentre os participantes do estudo, a média de idade foi de 39 anos e a maioria (86,7 %) eram mulheres. O tempo médio de profissão e de trabalho na unidade de saúde pesquisada foi de 12,6 e 9,6 anos, respectivamente.

Os dados apresentados e discutidos a seguir são relativos ao conhecimento dos participantes do estudo. Quando questionados sobre quais as formas de transmissão para hepatite B, as opções que se destacaram foram: “relação sexual desprotegida e alicate de unha”, com 100% para cada uma, “transfusão de sangue” com 93,30%, “uso de drogas” com 86,70%, “procedimentos odontológicos e exposição ao sangue” com 73,30% para cada uma (Gráfico 1).

Gráfico 1 –Formas de transmissão relacionadas à hepatite B conforme os entrevistados.



Fonte: Autores (2015).

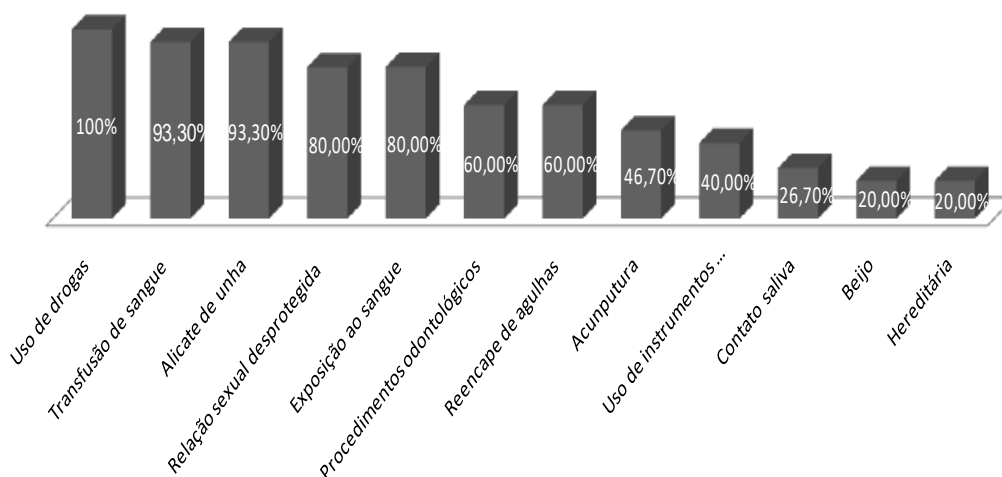
Frente a esses dados é possível salientar que estes profissionais estão esclarecidos a respeito das formas de transmissão da hepatite B. Pelegrini; Barbanera e Gonçalves (2007) nos confirmam que o sexo desprotegido é um comportamento

importante para a transmissão da hepatite B, considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Uma vez que a presença do HBV no sêmen e nas secreções vaginais facilita a passagem de partículas infectantes através das superfícies mucosas, durante a relação sexual (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Outro importante meio de contágio do vírus é a via parenteral. Dentre os profissionais da área da saúde com maior risco de contaminação pelo HBV por essa via, destacam-se os cirurgiões dentistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem, sendo as principais formas de contaminação as punções de agulhas ou exposição a sangue ou a outros fluidos corporais. Estes profissionais têm um risco dez vezes maior de contraírem hepatite B quando comparados a um cidadão comum (SACCHETTO, 2013; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em relação às formas de transmissão da hepatite C, as alternativas mais indicadas foram “uso de drogas” com 100%, “transfusão de sangue e alicate de unha” com 93,30% cada, “relação sexual desprotegida e exposição ao sangue” com 80% cada (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Formas de transmissão relacionadas à hepatite C conforme os entrevistados.



Fonte: Autores (2015).

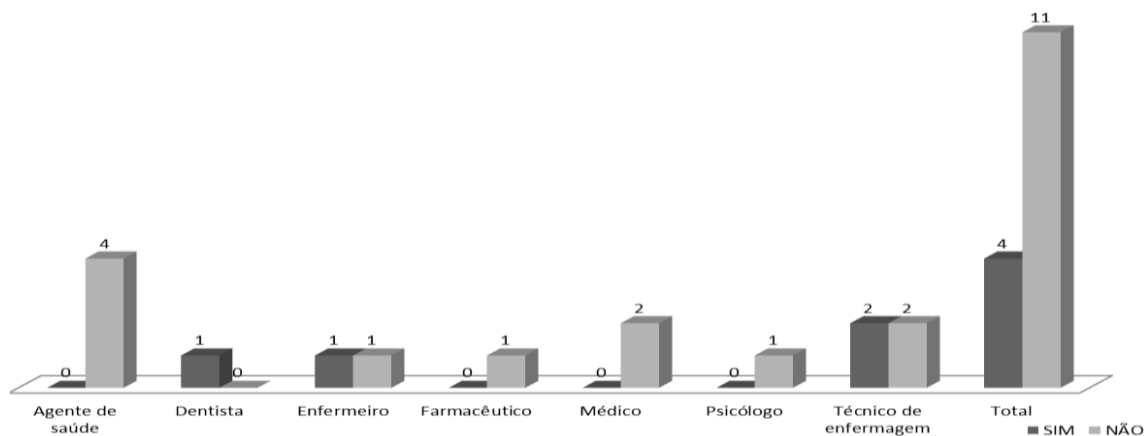
A hepatite C transmite-se majoritariamente por contato direto com sangue, principalmente pela partilha de material utilizado para a injeção de droga (agulhas e seringas com sangue contaminado) (PAIVA, 2013).

Os resultados da presente pesquisa estão de acordo com os de Fernandez et al. (2013), realizado com dentistas e trabalhadores de consultórios odontológicos, na

cidade do Rio de Janeiro - RJ, em que a grande maioria afirmou ser possível contrair Hepatite B e C através de sangue, saliva e aerossol contaminado.

Outro questionamento feito aos profissionais entrevistados foi se eles exerciam alguma atividade na unidade de saúde que oferecesse risco à transmissão da hepatite B ou C, 11 responderam “não” e 4 “sim”. Os que responderam “sim”, foram técnicos de enfermagem, enfermeiro e dentista (Gráfico 3). Relataram que suas atividades de risco estavam relacionadas à utilização de materiais perfuro cortantes e procedimentos odontológicos.

Gráfico 3 – Execução de atividade na unidade de saúde potencializadora para transmissão do vírus da hepatite B e/ou C conforme os entrevistados.

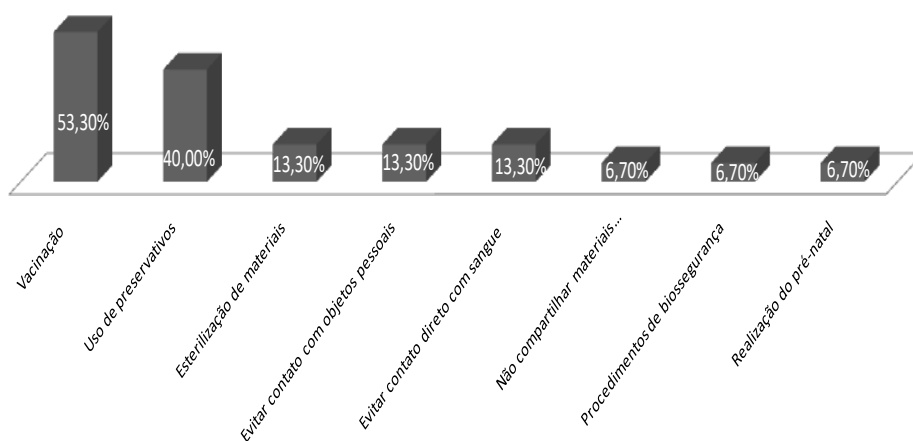


Fonte: Autores (2015).

Observa-se que os resultados são semelhantes ao estudo executado por Fernandez et al (2013), em consultórios odontológicos, o qual afirma que os profissionais de odontologia estão sob constante risco de adquirir doenças no exercício de suas funções, sendo a infecção pelo HBV o maior risco.

No momento em que os participantes da pesquisa são questionados se a hepatite B pode ser prevenida, todos responderam que sim, indicando como formas de prevenção a vacinação (53,3%), uso de preservativo (40,0%), esterilização de materiais, evitar contato com objetos contaminados e contato direto com sangue (13,3% cada) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Meios de prevenção da hepatite B relatados pelos participantes do estudo.

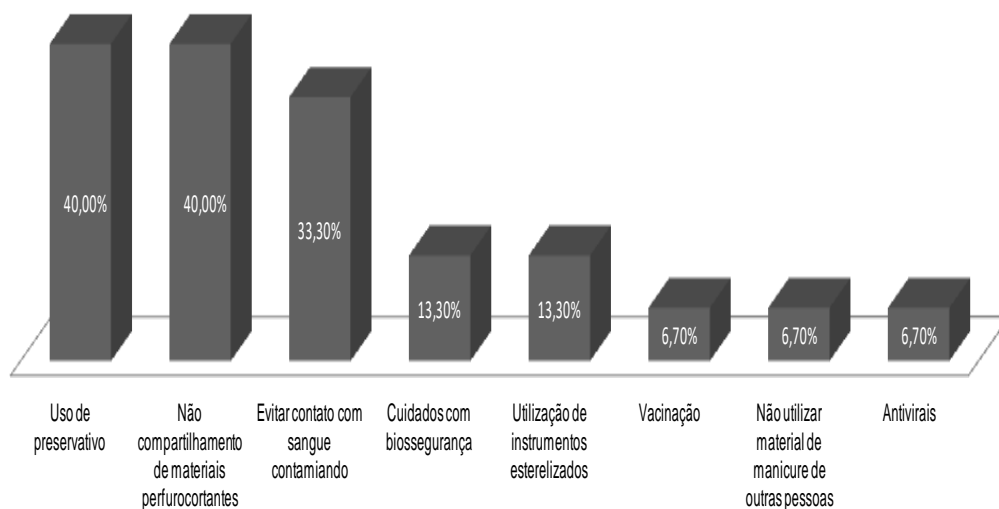


Fonte: Autores (2015).

O presente estudo está de acordo com o estudo realizado por Sacchetto (2013), com alunos do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí, que citaram principalmente o uso de equipamentos de proteção individual, vacinação e a prática de sexo seguro como meios de prevenção contra a hepatite B.

Ao serem também questionados se a hepatite C pode ser prevenida, todos os colaboradores da presente pesquisa responderam que sim e apontaram como formas de prevenção o uso de preservativo e não compartilhamento de materiais perfuro cortantes com 40,0% cada e evitar contato com sangue contaminado (33,3%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Meios de prevenção da hepatite C relatados pelos participantes do estudo.

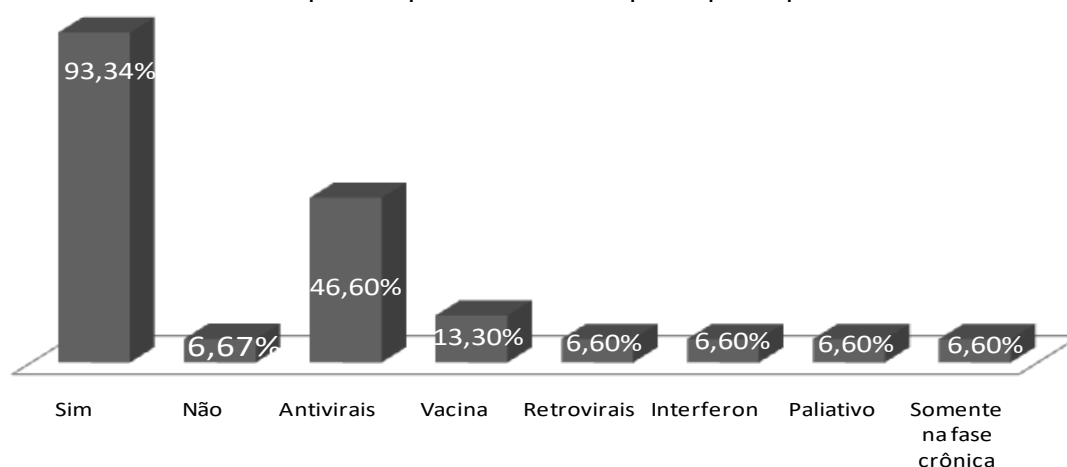


Fonte: Autores (2015).

Não existem vacinas e imunoglobulina específica contra o HCV, nesse caso as medidas de prevenção são: tomar cuidados com material contaminado, evitar uso comum de barbeadores, tesouras, escovas de dente, usar preservativos nas relações sexuais, utilizar materiais médicos-cirúrgicos descartáveis e obedecer às normas de biossegurança (FERNANDEZ et al., 2013; NUNES et al., 2010, PAIVA, 2013).

Outro questionamento aos profissionais de saúde do presente estudo foi se existe tratamento para hepatite B, sendo que 93,3% responderam que sim, indicando como opções de tratamento o uso de antivirais (46,6%) e vacina (13,3%) (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Tratamento para hepatite B relatado pelos participantes do estudo.



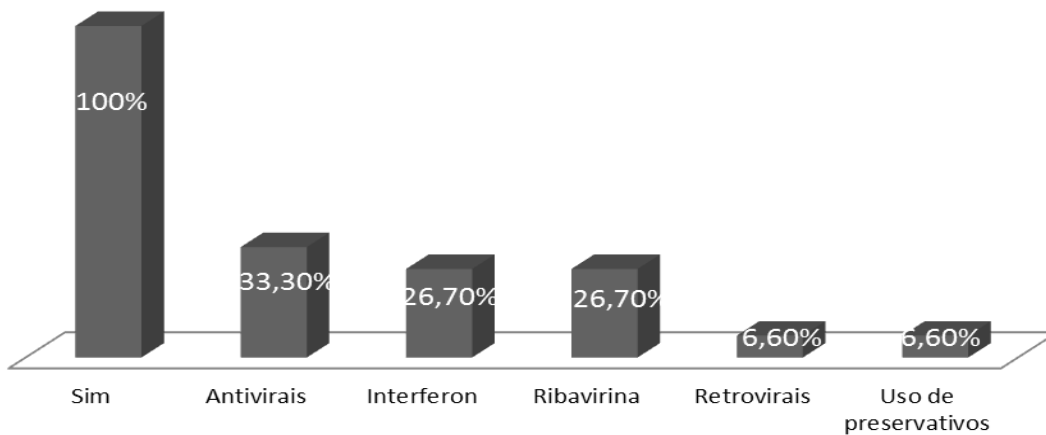
Fonte: Autores (2015).

O objetivo do tratamento para o HBV é melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes, impedindo a evolução da doença para cirrose descompensada, doença hepática em estágio final, hepatocarcinoma e morte. Para isso, a replicação viral do HBV deve ser suprimida, a terapêutica deve garantir um grau de supressão viral que, então, vai levar a uma remissão bioquímica, além disso, melhoria histológica e prevenção de complicações (MALIK; LEE, 2000).

Um estudo realizado por Almeida et al. (2009) analisou a eficácia de medicamentos utilizados no tratamento da hepatite viral crônica B: interferon (convencional e peguado) e lamivudina. Este estudo demonstrou, a partir de uma revisão sistemática da literatura, que o tratamento com interferons convencionais permite a inativação do vírus B por longos períodos de tempo, podendo resultar em soro conversão negativa para o Antígeno de Superfície do HBV (HBsAg). Por outro lado, o tratamento de pacientes com hepatite B crônica com interferon peguado apresentou eficácia superior ao interferon convencional e lamivudina

Em relação ao tratamento para hepatite C, 100% dos entrevistados apontaram que existe tratamento para a doença e, as alternativas de tratamento indicadas por eles, que se destacaram, foram antivirais (33,3%), interferon (26,7%) e ribavirina (26,7%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Tratamento para hepatite C relatado pelos participantes do estudo.



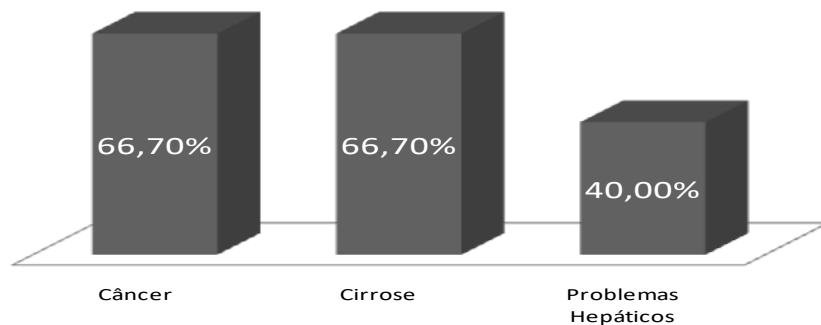
Fonte: Autores (2015).

O tratamento para a hepatite C, assim como o da hepatite B tem como objetivo controlar a progressão da doença hepática por meio da inibição da replicação viral. De forma geral, a redução da atividade inflamatória impede a evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular. O tratamento é realizado na fase crônica e tem diretrizes clínico terapêuticas. De acordo com os critérios do Ministério da Saúde utiliza-se interferon peguilado para o genótipo tipo 1 e interferon convencional para os genótipos tipo 2 e 3 do vírus, associado à ribavirina (BRASIL, 2008; FARAH; JACOB; CUMAN, 2008).

Quando perguntado aos profissionais que participaram do estudo se o tratamento para as hepatites B e C são financiados pelo SUS, 100% responderam que sim. No entanto, deve-se destacar que o maior investimento deve ser em prevenção, pois dessa forma são reduzidos os gastos dos sistemas de saúde com o tratamento, além de diminuir a morbimortalidade. Uma análise econômica relacionada à hepatite C nos EUA, estima entre os anos de 2010 e 2019 cerca de 165.900 mortes por doença hepática crônica, 27.200 mortes por carcinoma hepatocelular e um total de 10,7 bilhões de dólares gastos com despesas médicas diretas relacionadas à doença nesse país (LIVRAMENTO et al., 2009).

Em relação ao questionamento de quais podem ser as consequências da infecção pelo vírus da hepatite B ao portador, descreveram as opções de câncer e cirrose, com 66,7% para cada alternativa e também a opção de “problemas hepáticos”, com 40%, conforme Gráfico 8, sendo que essa pergunta possuía caráter aberto no questionário e os entrevistados informaram mais de uma resposta.

Gráfico 8 - Consequências da infecção pelo vírus da hepatite B à saúde do portador segundo relato dos participantes do estudo.



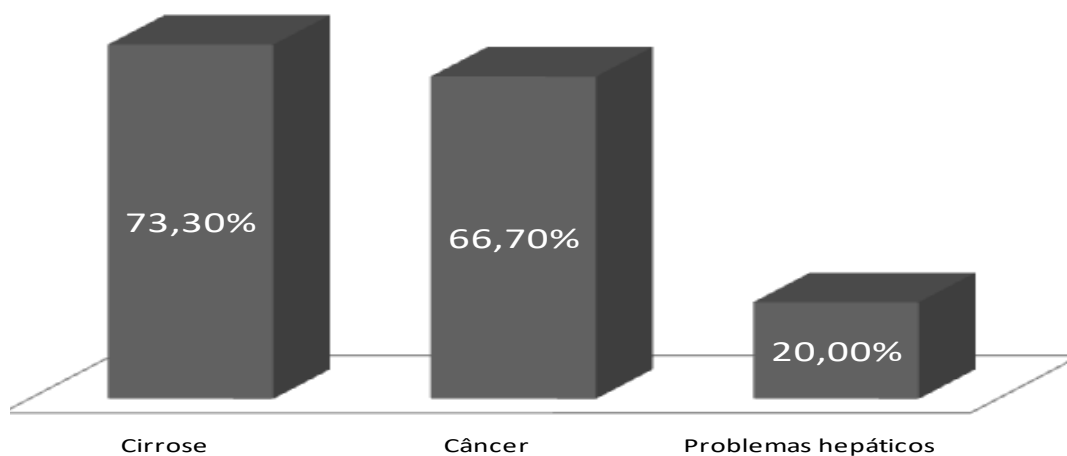
Fonte: Autores (2015).

As infecções pelo vírus da hepatite B são consideradas um sério problema de saúde pública em todo o mundo, pois é um agente determinante importante de formas graves de doença aguda ou crônica do fígado. Segundo a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 2 bilhões de pessoas já foram infectadas pelo HBV no mundo, existindo aproximadamente 325 milhões de portadores crônicos, com 1 a 2 milhões de óbitos por ano devido à hepatite crônica ativa, cirrose ou câncer (LIVRAMENTO et al., 2009; NUNES et al., 2010).

Em relação ao questionamento de quais podem ser as consequências da infecção pelo vírus da hepatite C à saúde do portador, 73,3% indicaram cirrose, 66,7% câncer e 20% problemas hepáticos conforme Gráfico 9, sendo que esta pergunta também possuía caráter aberto no questionário e os entrevistados informaram mais de uma resposta.

As consequências indicadas pelos participantes estão de acordo com o afirmado por Paiva (2013), que aponta a hepatite C como uma das principais causadoras de doença hepática crônica, com alto potencial de desencadear cirrose, sendo a primeira causa de transplante de fígado no mundo.

Gráfico 9 - Consequências da infecção pelo vírus da hepatite C à saúde do portador segundo relato dos participantes do estudo.



Fonte: Autores (2015).

Considerações Finais

Ficou evidente que ao abordar os profissionais da saúde no local do estudo, muitos aceitaram participar da pesquisa entusiasmados e convictos do seu conhecimento, já outros tinham receios de que seus conhecimentos estivessem incorretos, fator esse preocupante, uma vez que esses profissionais são os responsáveis pela promoção de saúde e prevenção de doenças. Assim sendo, a educação continuada deve ser uma importante aliada desses profissionais.

Nesse contexto, ao ser observado o nível de conhecimento acerca das hepatites B e C na população estudada, observou-se que estes profissionais da saúde estão amparados teoricamente a respeito destas patologias, pois conhecem as formas básicas de transmissão, prevenção e tratamento.

Um importante resultado obtido nesta pesquisa é que 100% dos entrevistados informaram que as hepatites podem ser transmitidas por meio de relação sexual sem preservativo, utensílios de manicure contaminados, transfusão sanguínea, procedimentos odontológicos e procedimentos com materiais perfuro cortantes.

Ficou evidente também, a preocupação com a utilização de equipamentos de proteção individual, sendo que o profissional munido do conhecimento das medidas de biossegurança e devidamente treinado pode se tornar um agente de promoção do autocuidado ocupacional, pois a consciência da importância dessas medidas é a

principal barreira de proteção contra os acidentes e a mudança de postura acontece somente quando os profissionais internalizam isso.

Por fim, ressalta-se que as ações educativas podem prevenir doenças e auxiliar a incorporação de práticas corretas no cotidiano das pessoas. Os mesmos ganhos obtidos com as políticas de educação em saúde com relação ao HIV podem ser obtidos com relação às hepatites virais em nosso cotidiano e certamente o desenvolvimento de um trabalho de educação preventiva certamente terá custos muito menores do que o do tratamento de pacientes com a doença, cujas morbidades tendem a se agravar ao longo do tempo.

Referências

- ALMEIDA, A. M. et al. Revisão sistemática da eficácia do interferon alfa (convencional, peguilado) e lamivudina para o tratamento da hepatite crônica B. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1667-1677, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/03.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.
- ANGELO, A.R. et al. Hepatite B: conhecimento e prática dos alunos de odontologia da UFPB. **Pesq. Bras. Odontoped. ClinIntegr**, João Pessoa, v. 7, n. 3, p. 211-216, set-dez. 2007. Disponível em: <http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo2v73.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Coordenação do PNI. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf. Acesso em: 10 out. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites virais. **ABCDE do diagnóstico para as hepatites virais**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ABCDE_diagnostico_hepatites_virais.pdf. Acesso em: 18 out. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Epidemiologia em saúde**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CONTE, V.P. Hepatite crônica por vírus C. **Arq. Gastroenterol.**, v. 37, n. 3, p 187-194, 2000. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/pdf/ag/v37n3/6621.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- CORREA, E. D. et al. **Consenso sobre condutas nas hepatites virais B e C**. 2005. Disponível em: http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/consensos/consenso_redacao_final_b.pdf. Acesso em: 02 out. 2015.

FARAH, G. J.; JACOB, R. J.; CUMAN, R. K. N. Alternativa farmacológica para o tratamento da hepatite C. **Arquivos de Ciência da Saúde da Unipar**. Umuarama, v. 12, n. 2, p. 149-155, maio/ago. 2008. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2391/1941>. Acesso em: 28 set. 2015.

FERNANDEZ, C. S. et al. Conhecimento dos dentistas sobre contaminação das hepatites B e C na rotina odontológica. **Revista Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 192-195, jul.-dez. 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000200019. Acesso em: 20 fev. 2015.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 473-487, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 08 out. 2009.

GARCIA, R.F.L. **Prevalência dos polimorfismos relacionados ao gene IL-28B na população de Joinville e sua relação com a resposta ao tratamento nos pacientes portadores de hepatite C**. 2012. 91 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) – Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville, 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Funiville.edu.br%2Fcommunity%2Fmestrado_saude_meio_ambiente%2FVirtualDisk.html%3Faction%3DdownloadFile%26file%3DRaquel_FL_Garcia.pdf%26current%3D%252Fdissertacao2012&ei=ljDqVMm9LrPGsQSmnIHgDg&usq=AFQjCNGI4j9xtbxdU076wm8-F8hNLgh0EQ. Acesso em: 20 jan. 2015.

LA LUNA, A. **Busca de fatores genéticos associados à resposta ao tratamento HCV genótipo 3**. 76 p. 2012. Tese (Doutorado em Biologia da Relação Patógeno Hospedeiro) – Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2012. Disponível em: <HTTPs://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/42/42135/tde-09112012-105715/pt-br.php>. Acesso em: 27 jan. 2015.

LIVRAMENTO, A. et al. Avaliação do nível de conhecimento de adolescentes a respeito da transmissão e prevenção das hepatites B E C. **Revista de Patologia Tropical**, Florianópolis, v. 38, n. 3, p. 155-163, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/8122>. Acesso em: 29 set. 2015.

NUNES, H. M. et al. Prevalência de infecção pelos vírus das hepatites A, B, C e D na demanda de um hospital no município de Juruti, Oeste do Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amaz de Saúde**, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 105-111, 2010. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232010000200013&script=sci_arttext. Acesso em: 02 out. 2015.

PAIVA, R. R. **Hepatite A, B e C em Lavras-MG: estudo de caso via análise de sobrevivência utilizando modelos encaixados**. 2013. 87f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2013. Disponível em: http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/1699/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_Hepatite%20A%2c%20B%20e%20C%20em%20Lavras-

MG%20_%20estudo%20de%20caso%20via%20an%C3%A1lise%20de.pdf>.
Acesso em: 20 set. 2015.

PELEGRINI, A.; BARBANERA, E. E.; GONÇALVES, F. B. Incidência da infecção e de fatores de risco para os vírus das hepatites B e C em diferentes populações e a associação com diagnóstico sorológico, bioquímico e molecular. **Revista Panamericana de Infectologia**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 32-38, 2007. Disponível em: <http://www.revistaapi.com/wp-content/uploads/2014/02/mat-067.pdf>. Acesso em: 06 out. 2015.

SACCHETTO, M. S. L. S. **Hepatite B: conhecimentos, situação vacinal e soroconversão de estudantes de odontologia de uma universidade pública**. 2013. 56f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em odontologia, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2013. Disponível em: <https://www.sigaa.ufpi.br/sigaa/verProducao?idProducao=199644&key=dfe7363f0e3214f2a20f62baf1bbf5f5>>. Acesso em: 05 out. 2015.

SOUTO, F.J.D. et al. Prevalência da hepatite B em área rural de município hiperendêmico na Amazônia Mato-grossense: situação epidemiológica. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 13, n. 2, p. 93-102. 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n2/v13n2a03.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2015.

TEIXEIRA, A. C.; SILVA, C. S.; OLIVEIRA M. L. C. **Conhecimento, atitude e prática sobre Hepatites B e C por manicures do Gama – DF**. Brasília, p. 1-19, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/5096>. Acesso em: 11 out. 2015.

Dados para contato:

Autor: Ana Paula Bazo

E-mail: apbazo@gmail.com

CONTROLE MICROBIOLÓGICO DE PRODUTOS COSMÉTICOS MANIPULADOS POR ALUNOS DO CURSO DE FARMÁCIA DO UNIBAVE

Educação e promoção de saúde

**Alexandre Piccinini¹; Fernando Matheus Scremin¹; Luiz Fabio Bianco¹;
Cleonice Maria Michelin¹**

¹.Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: As Boas Práticas de Manipulação em Farmácias (BPMF) são essenciais para a garantia da qualidade de um produto cosmético. A qualidade microbiológica de fitoterápicos, de medicamentos e cosméticos é definida por padrões microbianos descritos em compêndios oficiais e normas regulamentadoras. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade microbiológica de produtos cosméticos manipulados por acadêmicos do curso de Farmácia – UNIBAVE. Foi realizada avaliação microbiológica de cinco formulações cosméticas com extratos vegetais. Não foi observado crescimento microbiano em nenhum dos produtos avaliados. Nosso estudo demonstrou que a aplicação das BPMF agregadas aos cuidados considerados essenciais, resulta em produtos com baixo índice de micro-organismos mesófilos.

Palavras-chave: Controle microbiano. Cosméticos. Manipulação.

Introdução:

Um dos requisitos indispensáveis de um produto cosmético é a qualidade microbiológica, pois a presença de contaminantes viáveis além de constituir um risco para saúde do consumidor pode provocar alterações na formulação, como perda da eficácia e aspecto indesejado do produto (PINTO; KANEKO; OHARA, 2000; TONIN; BARELLI; KNORST, 2007).

As Boas Práticas de Manipulação em Farmácias (BPMF) são essenciais para a garantia da qualidade de um produto cosmético. A RDC nº 67/2007, regulamenta as BPMF de medicamentos, farmácias e seus anexos e tem como objetivo fixar os requisitos mínimos necessários para a manipulação, fracionamento, conservação, transporte, dispensação de preparações magistrais e oficinais, alopáticas e ou homeopáticas, e de produtos de interesse da saúde (BRASIL, 2007).

Antigamente, a preocupação com o controle de qualidade microbiológico se estendia somente aos produtos estéreis, porém devido ao risco de contaminação

microbiológica aos consumidores verificou-se a necessidade de realizá-lo também com os produtos não estéreis (CARVALHO; MARTINI; MICHELIN, 2011).

Produtos não estéreis são aqueles nos quais se admite a presença de carga microbiana, embora limitada, tendo em vista as características de sua utilização. O controle dos produtos não estéreis assegura que a carga microbiana presente não comprometa a segurança do paciente ou a qualidade final do próprio produto (MEDEIROS et al, 2007). A presença de cepas patogênicas é proibitiva, pois representa potencial risco de aquisição de quadro infeccioso, ou de transferência de toxinas igualmente indesejáveis (PINTO; KANEKO; OHARA, 2000; MEDEIROS et al, 2007).

A qualidade microbiológica de fitoterápicos, de medicamentos e cosméticos é definida por padrões microbianos descritos em compêndios oficiais e normas regulamentadoras. Limites máximos de presença de micro-organismos no produto e dentre esses, ausências de patógenos estão estipulados (YAMAMOTO et al., 2004; FREITAS, 2007).

A resolução nº 481/99 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe sobre os limites máximos de micro-organismos dividindo as formulações em dois grupos: Tipo 1 e Tipo 2, com limites diferentes. O Tipo 1 é composto por formulações infantis e produtos para a área dos olhos e mucosas. O Tipo 2 corresponde aos demais produtos (BRASIL, 1999).

Além do risco à saúde do usuário, a presença de contaminantes microbianos pode resultar em alterações físico-químicas do produto, comprometendo sua estabilidade. Estas alterações podem se manifestar pela mudança de cor, aparecimento de odor desagradável e mudanças nos valores de pH, mesmo que não afetem o princípio ativo e/ou comprometam a qualidade do produto. Portanto, mesmo em produtos não-estéreis há necessidade de se estabelecer padrões quali e quantitativos de micro-organismos presentes na amostra, a fim de assegurar a estabilidade do produto durante o prazo de validade, de modo a garantir inocuidade e eficácia terapêutica ao paciente (OHARA; SAITO, 1984; MEDEIROS et al, 2007; PINTO; KANEKO; PINTO, 2015).

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade microbiológica de produtos cosméticos manipulados pela turma da quinta fase do curso de farmácia do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, resultado do projeto integrador entre as turmas de farmácia do semestre 01/2016, por meio do

método de contagem de micro-organismos mesófilos viáveis em produtos que dispensam teste de esterilidade.

Procedimentos Metodológicos

Amostras

Foi realizada avaliação microbiológica de cinco formulações cosméticas com extratos vegetais (creme de massagem com *Centella asiática*, loção corporal de *Aloe vera*, gel-creme de *Punica granatum*, gel facial de *Chamomilla recucita* e serum de *Bidens pilosa*) produzidas pelos acadêmicos da quinta fase do curso de farmácia, na disciplina de farmacotécnica.

Preparo das amostras

A embalagem primária foi limpa externamente com algodão embebido em álcool 70°GL. Em seguida, com a utilização de material estéril, 1g de cada uma das amostras foi diluído em 9,0 mL de tampão fosfato pH 7,2 (PBS) estéril. Após, foram adicionados, sob agitação, 1,0 mL de solução de polissorbato 80 (Tween® 80) para inativação do sistema conservante (FARMACOPÉIA BRASILEIRA IV, 1988).

Determinação de Micro-organismos Viáveis Totais:

Contagem de micro-organismos mesófilos: Nas placas para contagem total de bactérias utilizou-se o *Trypticase soy agar* e, para a contagem total de fungos e leveduras, utilizou-se o *Ágar Sabouraud*. Foi semeado 0,1 mL das amostras diluídas em cada placa pela técnica de espalhamento. As placas de caseína-soja foram incubadas em estufa a $35\pm 1^{\circ}\text{C}$ por 72 horas e as placas de *Sabouraud* a $25\pm 1^{\circ}\text{C}$ por 7 dias (FARMACOPÉIA BRASILEIRA V, 2010)

Paralelamente, como controle de qualidade dos ensaios, foram incubadas placas contendo somente os meios de cultura (*Trypticase soy agar* e *agar Sabouraud*) e placas contendo estes meios acrescidos do diluente.

Resultados e Discussão

Após o período de incubação dos cultivos nos meios *Trypticase soy agar* e *agar Sabouraud*, conforme as normas da farmacopeia Brasileira e as Boas Práticas em Manipulação, não foi observado nenhum crescimento bacteriano ou fúngico nos produtos analisados.

Segundo a RDC nº 481/99, os produtos do tipo I, grupo que inclui produtos para área dos olhos (caso do serum de *Bidens pilosa* testado), produtos destinados ao uso infantil e produtos que entram em contato com mucosas, podem apresentar crescimento máximo de 5×10^2 UFC/g ou mL de microrganismos mesófilos, enquanto os produtos do tipo II que agrupa os demais produtos, têm como limite máximo de crescimento de microrganismos mesófilos 5×10^3 UFC/g ou mL. A resolução preconiza também ausência de microrganismos patogênicos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, Coliformes totais e fecais e Clostrídios sulfito redutores (exclusivamente para talcos), tanto para os produtos classificados como tipo I, quanto para os do tipo II.

Na manipulação de produtos cosméticos vários cuidados são considerados essenciais, incluindo a limpeza e sanitização das áreas, instalações, materiais e equipamentos, os critérios para aquisição de matéria-prima e materiais de embalagem, a parte de armazenamento, a água utilizada na manipulação e os próprios manipuladores (CARVALHO; MARTINI; MICHELIN, 2011).

Segundo Amaral (2010), as formulações em gel possuem maior propensão à contaminação microbiana, quando comparadas aos cremes, devido ao valor de atividade de água (entre 0,95 a 0,97).

A adição de extratos vegetais também poderia representar um fator de risco, uma vez que vários estudos demonstraram altos índices de rejeição desses produtos em testes microbiológicos (BUGNO, 2005; SOUZA; MACIEL, 2010). Moraes et al (2010), em análise microbiológica de xaropes fitoterápicos produzidos no município de Francisco Beltrão (PR), observaram que 50% das amostras estavam contaminadas por coliformes totais, com confirmação para fecais. Estudo realizado em São Paulo, por Paixão et al, (2010), que avaliou fitoterápicos na forma de cápsula e de chás para infusão, mostrou contaminação fúngica em 36% dos produtos avaliados e contaminação bacteriana em 58%.

No entanto, estudos semelhantes ao nosso, realizados com número pequeno de amostras de cosméticos, demonstraram resultados discrepantes. Tonin e colaboradores. (2007), em avaliação de amostras de creme base, identificaram crescimento bacteriano acima dos limites permitidos em uma amostra e crescimento fúngico superior ao limite preconizado em seis de dez amostras testadas, já Carvalho et al. (2011) em avaliação de sete amostras de filtros solares em forma de gel, comercializados em farmácias de manipulação de Araras – SP, identificaram

crescimento de micro-organismos acima do limite preconizado em somente uma das amostras testadas.

Outra importante fonte de contaminação de produtos manipulados é a pele dos manipuladores que pode albergar de 10^4 a 10^6 UFC/cm³, além da elevada carga microbiana, a pele pode ser colonizada por patógenos como *Staphylococcus aureus* (MARQUES; MOREIRA, 2009; PINTO; KANEKO; PINTO, 2015). A conscientização sobre as BPMF e uso de equipamentos de proteção individual (EPI) é importante para garantir a qualidade dos produtos manipulados (PINTO; KANEKO; PINTO, 2015).

A ausência de contaminação microbiológica encontrada em nossa avaliação pode ter relação com a procedência dos produtos, uma vez que a manipulação no ambiente de ensino é cercada de todos os cuidados e de práticas adequadas e realizada sob supervisão de profissional especializado.

Considerações Finais

Nosso estudo demonstrou que a aplicação das BPMF agregadas aos cuidados considerados essenciais, resulta em produtos com baixo índice de micro-organismos mesófilos.

Podem ser consideradas limitações do estudo, o pequeno número de amostras testadas e indisponibilidade de meios específicos para pesquisa dos micro-organismos patogênicos.

Referências

AMARAL, F. D. **Análise de riscos e pontos críticos de contaminação microbiana na manipulação de produtos e insumos farmacêuticos**. LUCAPE, 2010.

Disponível em: http://www.lucapeconsultores.com/artigos/analise_de_risco.pdf.

Acesso 27 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Estabelece os parâmetros de controle microbiológico para os produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes**. Resolução RDC n° 481 de 23 de setembro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Regulamento técnico que institui as Boas Práticas de Manipulação em Farmácias – BPMF. Resolução RDC n° 67 de 08 de outubro de 2007.

BUGNO, A.; BUZZO, A. A.; NAKAMURA, T. C.; PEREIRA, C. T.; MATOS, D.; PINTO, A. J. T. Avaliação da contaminação microbiana em drogas vegetais. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 4, p. 491-497, 2005.

CARVALHO, L. L.; MARTINI, P. C.; MICHELIN, D. C. Avaliação da qualidade microbiológica de filtros solares manipulados em forma de gel. **Rev. Bras. Farm.**, v. 92, n. 4, p. 314-317, 2011.

FARMACOPEIA Brasileira. 4. ed., São Paulo: Atheneu, 1988.

_____. 5 ed. Brasília: ANVISA, 2010.

SOUZA, F. S; MACIEL, C. C. S. Produtos fitoterápicos e a necessidade de um controle de qualidade microbiológico. **Veredas FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 02, p. 22-30, 2010.

FREITAS, A. **Estrutura de mercado do segmento de fitoterápicos no contexto atual da indústria farmacêutica brasileira**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2007. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 16 jun 2016.

MARQUES, M. F.; MOREIRA, M. L. Análises microbiológicas de protetor solar manipulado nas farmácias magistrais do município de Ipatinga/MG. **Rev. Bras. Farm.** v. 90, n. 2, p. 137- 143, 2009.

MEDEIROS, A. C. D.; PORTO, K. L.; PAIVA, A. V. R.; PROCÓPIO, J. V. V. Análise de Contaminantes Microbiológicos em Produtos Comercializados em Farmácia de Manipulação. **Revista BIOFAR**, v. 01, n. 01, p. 1-12, 2007.

MORAES, L. F.; NAVARINI, P. A.; BENEDETTI P. V. **Análise microbiológica de xaropadas fitoterápicas produzidas no município de Francisco Beltrão – Paraná** – Disponível em:
http://cacphp.unioeste.br/eventos/OLD_mesmoantigos/semanadabio2007/resumos/MB_02.pdf. Acesso em: 11 jul 2016.

OHARA, M.T.; SAITO, T. Contaminação Microbiana em Soluções para Uso Oral. **Revista Brasileira de Farmácia e Bioquímica**. v. 20, n.1, p. 17 – 27, 1984.

PAIXÃO, G. F.; OLIVEIRA, P. D.; SILVA, B. P.; NASCIMENTO, F. G. G. **Controle Microbiológico de Produtos Fitoterápicos**. Disponível em:
<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/71.pdf>. Acesso em: 11 jul 2016.

PINTO, T. de J. A.; KANEKO, T. M.; OHARA, M. T. **Controle Biológico de Qualidade de Produtos Farmacêuticos, Correlatos e Cosméticos**. São Paulo: Atheneu, 2000. 309 p.

PINTO, T. de J. A.; KANEKO, T. M.; PINTO, A. F. **Controle biológico de qualidade de produtos farmacêuticos, correlatos e cosméticos**. 4.ed. São Paulo: Manole, 2015, p. 432.

TONIN, Z F; BARELLI, C; KNORST, M. T. Avaliação Microbiológica de Produtos Cosméticos Manipulados em Farmácias do Planalto Médio, RS. **Infarma**, v. 19, n. 5/8, p. 117-9, 2007.

YAMAMOTO, H. C. et al. Controle de Qualidade Microbiológico de Produtos Farmacêuticos, Cosméticos e Fitoterápicos Produzidos na Zona da Mata, MG. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, 2004; Belo Horizonte, MG. Disponível em <http://www.ufmg.br/congrent/Desen/Desen7.pdf>. Acesso em: 30 jun 2016.

Dados para contato:

Autor: Alexandre Piccinini

E-mail: cal.orleans@gmail.com

CREAS: EFETIVANDO DIREITOS PARA ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Educação e Promoção de Saúde

Ingrith Camilo Laurentino¹; Natália Volpato Hobold¹; Natanael de Medeiros¹; Taiana Bernardo Beza¹; Thuane Oenning Kuntz¹

¹.Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: A psicologia social busca apropriar-se de um olhar humanizado do sujeito, através da intervenção social. É por meio desta prática que o CREAS, caracterizando-se como um equipamento público, promove uma rede de apoio aos direitos violados dos indivíduos. Por meio dos projetos Mundo Melhor e Despertando Talentos os CREAS de Braço do Norte e Orleans - SC promovem a cidadania, o fortalecimento de vínculos e a garantia de direitos de adolescentes das famílias cadastradas no PAEFI integrando também adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, viabilizando a prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social.

Palavras-chave: Adolescente. CREAS. Medidas socioeducativas. Psicologia social. Direitos.

Introdução

O presente artigo tem por objetivo apresentar os projetos Mundo Melhor de Orleans/SC e Despertando Talentos de Braço do Norte/SC, realizados com adolescentes e suas respectivas famílias. Estes projetos são realizados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS das respectivas cidades e neste ano foram acompanhados pelos estagiários de Psicologia Social.

Os projetos foram desenvolvidos pelos profissionais dos CREAS dos dois municípios com o intuito de atender a demanda composta por adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas - MSE e suas famílias, ou seja, indivíduos que estejam em situação de vulnerabilidade e risco social, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de valores que envolvam a prática da cidadania, tais como, o respeito, a criatividade, responsabilidade, solidariedade, entre outros.

Nosso marco teórico é baseado na psicologia social e nas políticas públicas de Assistência Social. A Psicologia surgiu no ano de 1962 no Brasil, trazendo consigo uma grande bagagem técnica e instrumental. A partir de sua história, podemos

perceber que a regulamentação da profissão no Brasil teve como objetivo principal o atendimento das demandas oriundas das classes dominantes (CRP/SP, 2013).

Já regulamentada no Brasil, a psicologia precisou adaptar-se ao contexto sócio-político que o país apresentava, para que pudesse desenvolver seus trabalhos nos diversos campos de atuação. A sua consolidação como uma ciência tornou-se capaz de formular teorias, técnicas e práticas para orientar e integrar o processo de desenvolvimento demandado pela nova ordem política e social (CRP/SP, 2013). Com isto teve início a ampliação de redes que complementassem esse novo saber, dando mais credibilidade teórica e técnica para a profissão.

Sabe-se que a Psicologia não é um campo unitário, ela constrói e é construída novos saberes. Todavia, o surgimento de diversas teorias como a Psicanálise, a Cognitiva Comportamental, o Psicodrama, Sistêmica, entre outras, impulsionaram a utilização do saber psicológico em diversas áreas.

A Psicologia tem como objeto de estudo e trabalho a subjetividade e o comportamento humano, fragmentando-se em técnicas de manejo e visão de homem. Entretanto ainda prevalece sob o psicólogo brasileiro a atuação clínica individual, mas apesar disto percebem-se grandes indícios que este modelo de ação vem sendo substituído fortemente pelo foco de intervenção social (LOPES; NASCIMENTO, 2016).

No período de 1980 o Brasil formalizou seu interesse pelo novo modo de abrangência da realidade brasileira e as problemáticas que o país vivenciava, fundando então a Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO (LOPES; NASCIMENTO, 2016), sua relevância se justifica:

No fato de ela viabilizar um grande espaço de trocas, críticas e invenção de novas formas de combate às injustiças e desigualdades sociais, posicionando-se de forma ética, política e socialmente comprometida com as intervenções profissionais, que devem ser conduzidas em prol da afirmação da vida, da legitimidade da diferença e do compromisso com seu tempo e sua história. (LOPES; NASCIMENTO, 2014, p. 16).

Assim, tendo o foco em psicologia social, observa-se uma abrangência que engloba o sujeito e sua subjetividade em seu contexto biopsicossocial, podendo ser realizado diversas atividades que sejam sinônimos de promoção de saúde e bem-estar do sujeito em seu grupo.

Borges e Cardoso (205, p.28) apresentaram a psicologia social da saúde destacando que ela “se configura como um campo de conhecimento e prática que trata das questões psicológicas com enfoque mais social, coletivo e comunitário voltado para a saúde”.

Surge então o compromisso social da psicologia, comprometendo-se com a realidade e aliando-se as políticas públicas. Esta junção contribui justamente para o melhor atendimento ao indivíduo e também a formulação e implementação das políticas públicas. O olhar psicológico tem a capacidade de compreensão sob os aspectos subjetivos que são constituídos nos processos sociais e resultam na constituição de fenômenos sociais. Neste sentido, o compromisso assumido pela psicologia possibilita que as políticas garantam e defendam os direitos humanos e sociais (CFP, 2013).

Nos últimos anos vem-se discutindo muito sobre políticas públicas, mas pouco se sabe ao seu respeito. Mead (1995) as define como sendo um campo dentro da política que analisa o governo a luz de grandes questões públicas. Peters (1986) diz que política pública é a soma das atividades do governo que agem diretamente, ou através de delegação, e que influencia a vida de cidadãos. Assim, a política pública é um campo do conhecimento que busca colocar o governo em ação e quando necessário propõe mudanças no rumo dessas ações (HOFLING HELOISA, 2001).

Existem também as políticas públicas sociais, que se referem a ações que determinam o padrão de proteção social, determinado pelo Estado, voltadas para a redistribuição dos benefícios sociais, visando a diminuição das desigualdades produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HOLFING HELOISA, 2001).

Das políticas sociais, podemos citar o Sistema Único de Assistência Social - SUAS que se constitui na organização e regularização das ações sócio assistenciais, oferecendo serviços de atendimento às famílias, seus membros e indivíduos, com ações voltadas para o desenvolvimento das potencialidades e no fortalecimento dos vínculos familiares. O SUAS é uma rede de serviços, ações e benefícios de diferentes complexidades que se organizam em níveis de proteção social: básica e especializada.

O serviço de proteção social básica tem como público alvo as famílias e indivíduos que se encontram em vulnerabilidade social, ou seja, situação de pobreza e fragilização dos vínculos afetivos. Este serviço é atribuído ao Centro de Referência de Assistência Social - CRAS que atua com as práticas de acolhimento,

acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivências por ações sócio assistenciais.

O serviço de proteção especial destina-se as famílias e indivíduos que estejam em situação de risco social ou pessoal, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados. Este serviço está atribuído ao CREAS que atua com natureza protetiva, prestando assistência em situações de violações de direitos, na perspectiva de potencializar a capacidade de proteção dos mesmos.

MSE - Medidas Socioeducativas

O cumprimento de medidas socioeducativas é realizado por menores infratores. Existem algumas razões que levam estes adolescentes a cometerem atos infracionais, estes motivos vão desde a influência de amigos, uso de drogas e condições de pobreza. Segundo Paula (1989), a família foi colocada como a grande orquestradora de marginalidade, os pais ou responsáveis são considerados como causadores da situação irregular de seus filhos ou pupilos, quando existe uma carência, seja por abandono, práticas infracionais ou insuficiência de meios indispensáveis à subsistência. Volpi (1999) diz que, a prática do ato infracional não é incorporada como inerente a sua identidade, mas vista como uma circunstância que pode ser modificada. Isto mostra que os deveres e obrigações deste adolescente vem logo à tona, tornando os seus direitos quase esquecidos. Por trás de toda essa infração existe uma pessoa que sofreu influência do meio em que vive.

Outra questão ligada ao ato infracional é o uso e a busca por drogas, pois para possuí-las, e não tendo condições para tal, o adolescente pratica roubos e furtos para conseguir dinheiro, e ao obter sucesso no ato passa a cometê-lo constantemente (SCARELLI, NESPOLI, OLIVEIRA, 2009).

Para garantir os direitos desses adolescentes, existe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual discorre sobre as medidas socioeducativas. Em seu artigo 104 onde define que são penalmente inimputáveis os menores de 18 anos, sendo assim, reconhece-os como não possuidores de condições para serem julgados e penalizados, fazendo com que verificada a prática do ato infracional, poderá ser aplicada pela autoridade competente as seguintes medidas: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviço à comunidade; liberdade assistida; inserção de regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional; qualquer uma das previstas no artigo 101. (BRASIL, 1990)

Essas medidas socioeducativas não se tratam de pena, e sim de ações que objetivam corrigir de forma educativa com a finalidade de reintegração social. As medidas socioeducativas em meio aberto são amenas, não restringindo a liberdade e não resultando em institucionalização. Segundo o ECA (BRASIL, 1990) elas são:

- Artigo 115: a advertência, que consiste em um aviso verbal, e será reduzida a termo e assinada.

- Artigo 116: quando o ato infracional tiver reflexos patrimoniais, a autoridade poderá determinar que o adolescente restitua a coisa, promova o ressarcimento do dano, ou de outra forma, compense o prejuízo da vítima.

- Artigo 117: a prestação de serviços comunitários resume-se a realização de serviços de interesse geral em programas comunitários ou governamentais, entidades assistenciais, escolas e outros, não excedendo o período de seis meses.

- Artigo 118: a liberdade assistida, que será adotada para acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente.

As medidas em meio não aberto são mais rígidas, com institucionalização em tempo integral ou parcial. Sendo necessário o estímulo do contato familiar, e responsabilidade do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos. Adotando medidas adequadas de contenção e segurança, que segundo o ECA (BRASIL, 1990) são as seguintes:

- Artigo 120: regime de semiliberdade que pode ser determinado desde o início, ou como forma de transição para meio aberto, possibilitando a realização de atividades externas independentes de autorização judicial.

- Artigo 121: a internação, medida privativa de liberdade, respeitando a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e os princípios da brevidade e excepcionalidade, priva o adolescente de sua liberdade e só poderá ser aplicada em casos de flagrante ou aplicada por autoridade judiciária competente por ordem escrita e fundamentada.

Políticas Públicas

As Políticas Públicas da Assistência Social convêm como forma do governo garantir que as demandas sociais tenham de bem-estar psicossocial, bem como a promoção de direitos à cidadania, como educação, lazer, proteção social, esporte, saúde, habitação, profissionalização, o fortalecimento de vínculos entre outros.

Quando o governo busca atender as principais (na sua percepção) demandas recebidas, diz-se que ele está voltado para o interesse público (ou seja, para o interesse da sociedade). Ao atuar na direção do interesse público, o governo busca maximizar o bem-estar social. (LOPES, AMARAL, CALDAS, 2008, p. 7)

Assim, pode-se entender que é dever do estado possibilitar a todos os cidadãos, principalmente os em situação de risco e vulnerabilidade social, políticas públicas assistenciais que integrem programas de desenvolvimento humano, capazes de garantir seus direitos.

A nova Política Nacional de Assistência Social aprovada em setembro de 2004, expressa o conteúdo da Assistência Social no Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social, onde os programas, projetos, serviços e ações serão ofertados através de um Sistema Único de Assistência Social, considerando que todas as famílias que tenham direito a inclusão nessas, sejam atendidas de forma igualitária e universal (VANZETTO, 2006, p.8).

A assistência social em sua longa trajetória instituiu-se a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS em 2012 que reafirmou a política como Seguridade Social. Crescendo no arranjo das políticas sociais, tornando-se uma política pública, dever do Estado e direito de cidadania (COUTO, 2014).

Dessa forma o NOB/SUAS atua para ofertar para a população uma série de programas sociais que assegurem maior qualidade de vida para a sociedade.

A NOB\SUAS define a rede socioassistencial como um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas as unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial, e ainda por níveis de complexidade (TEIXEIRA, 2011, p. 5).

O Sistema Único de Assistência Social – SUAS é uma política de assistência social que possui funções de proteção social e vigilância sócio assistencial. O SUAS regula-se pela ampliação da proteção sócio assistencial visando a erradicação da pobreza e do trabalho infantil e minimizar desigualdades sociais, se constitui sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo (BRASIL, 2012).

É integrado por entes federativas juntamente com os respectivos conselhos de assistência social e por entidades e organizações de assistência social abrangidas pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 2012). Segundo as competências da União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios as quais estão garantidas pela Constituição Federal e na LOAS, devem assumir responsabilidades na gestão do sistema e garantir a sua organização, qualidade e resultados na prestação dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que serão ofertados pela rede. Organiza-se em dois níveis de proteção:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. (BRASIL, 2011, p.5)

A Proteção Social Especial - PSE visa promover e potencializar tanto a superação quanto a prevenção sob o agravamento de situações permeadas de risco pessoal e social, busca esta realização através de projetos e serviços especializados. O âmbito prático do PSE ocorre através de unidades de referência onde são ofertados serviços especializados, nesse contexto o local de estágio que é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS é intitulado como uma Unidade pública e estatal de abrangência municipal ou regional. Oferta, obrigatoriamente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI. (BRASIL, 2012).

Assim entende-se por CREAS principalmente, sendo um órgão público que atua com diferentes públicos alvos, em variadas situações de risco, contexto sócio histórico, econômico, político, cultural em que a população já tem a violação do direito, além de perceber a grande importância dessas redes de apoio assistencial a população, principalmente em contextos com vulnerabilidade social e risco psicossocial.

A partir disso pode-se partir de vários princípios e ferramentas para a elaboração de estratégias que centrem na família e comunidade, bem como no fortalecimento e resgate de vínculos, definindo assim alguns de seus papéis.

De acordo com o Centro De Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP, algumas competências podem ser definidas como:

- ofertar e referenciar serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, conforme dispõe a Tipificação Nacional de Serviços Sócio assistenciais;
- a gestão dos processos de trabalho na Unidade, incluindo a coordenação técnica e administrativa da equipe, o planejamento, monitoramento e avaliação das ações, a organização e execução direta do trabalho social no âmbito dos serviços ofertados, o relacionamento cotidiano com a rede e o registro de informações, sem prejuízo das competências do órgão gestor de assistência social nessa direção, a oferta de serviços especializados pelo CREAS deve orientar-se pela garantia das seguranças sócio assistenciais, conforme previsto na PNAS e na Tipificação Nacional de Serviços Sócio assistenciais QUE inclui os seguintes serviços, nominados a seguir:
 - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
 - Serviço Especializado em Abordagem Social;
 - Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Sócio educativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
 - Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
 - Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. (BRASIL/MDS, 2011b) (BRASIL, CFP, 2013, p.20)

Resgatando então as competências e as diversas redes de atendimentos e programas do CREAS, como os citados acima, podemos nos aprofundar um pouco mais no que diz respeito a nossa demanda, adolescentes, os em situação de vulnerabilidade social e também em cumprimento das medidas socioeducativas, ou ainda em liberdade assistida.

Adolescência e MSE

Levando em consideração os estudos em desenvolvimento humano, entendemos a adolescência como a fase das curiosidades e das descobertas, a etapa em que o ser humano de fato ainda está construindo sua identidade e sua personalidade, havendo em seu entorno referências externas.

O ECA que tem por objetivo proteger a integridade da criança e do adolescente no Brasil, define no art. 110 que: “nenhum adolescente será privado de sua liberdade sem o devido processo legal”. A privação de liberdade destes adolescentes ao acontecimento de um ato infracional não é cogitada, mas será realizada a aplicação das medidas de proteção adequadas à situação (BRASIL, 1990).

O adolescente terá que cumprir MSE após praticar um ato infracional, ou seja, um crime ou contravenção pelo Código Penal Brasileiro. São rotulados no Código Penal Brasileiro os tipos aos quais são considerados crimes ou contravenção, pois, o modo de ação para a responsabilização destes atos terá partida das normativas do ECA.

As MSE dizem respeito a um programa socioeducativo que pertence a uma política socioeducativa juntamente com serviços e programas públicos para a rede de proteção à criança e ao adolescente, os quais devem ser dispostos pelos municípios. As medidas socioeducativas possuem objetivos pedagógicos e devem guiar-se pela: liberdade, respeito e dignidade (VERONSE; LIMA, 2015).

O público alvo destas intervenções são os adolescentes, que neste período do desenvolvimento estão passando por diversos momentos, um deles é a tomada de consciência de um novo espaço no mundo, a entrada em uma nova realidade que produz confusão de conceitos e perda de certas referências (LEPRE, 2005).

Procedimentos Metodológicos

O presente relato de experiência, visa identificar os fatores determinantes na efetivação de seus resultados dos Projetos Despertando Talentos e Mundo Melhor, observou-se os aspectos pessoais e motivacionais de adolescentes em cumprimento de MSE. A população participante foi formada por adolescentes dos municípios de Braço do Norte/SC e Orleans/SC.

Para isso tem-se a utilização da pesquisa qualitativa com o intuito de averiguar os processos norteadores do estudo, bem como as percepções dos pesquisadores, assim, além das observações através da vivência e dos relatos dos adolescentes a pesquisa também constitui-se de cunho exploratório, pois dentro da elaboração do trabalho será necessário explorar nos encontros como as intervenções realizadas interferem no cotidiano dos participantes, bem como se familiarizar com o ambiente em que os mesmos estão inseridos, pois são de suma importância na construção de

ser. Dessa forma, deve-se buscar um suporte bibliográfico de autores que se relacionam com o tema proposto pelo estudo.

Os encontros no município de Orleans eram realizados na Escola José Antunes Mattos da comunidade de Pindotiba, os adolescentes participantes do grupo eram estudantes da mesma. Computamos aproximadamente 20 adolescentes, sendo predominante o sexo masculino e com idades entre 11 a 18 anos. Os encontros geralmente eram realizados dentro de uma sala de aula da escola, com duração de aproximadamente 2 horas, onde eram realizadas as atividades do Projeto Mundo Melhor.

O projeto Despertando Talentos do município de Braço do Norte consta atualmente com 40 jovens em cumprimento de MSE, os mesmos comparecem aos encontros nas terças e quintas-feiras, onde, através das oficinas, buscam além de cumprir a MSE, desenvolver habilidades artísticas e repensar acerca de suas condutas infracionais. O projeto também conta com bons resultados quanto ao companheirismo de toda a equipe para com os adolescentes e suas respectivas famílias.

Resultados e Discussão

O Projeto Despertando Talentos acontece no município de Braço do Norte/SC desde 2013 e atualmente conta com uma equipe de doisicineiros (uma artista plástica e um professor de música), uma psicóloga, uma assistente social e duas orientadoras sociais. O projeto visa oportunizar aos adolescentes participantes, aulas de pintura e aulas de música, além de um acompanhamento mensal em grupos com as suas respectivas famílias, propiciando o resgate de vínculos familiares.

A finalidade do projeto está pautada em incitar aos adolescentes suas responsabilidades sociais, através da reinserção social, familiar e comunitária. Seus principais objetivos estão relacionados a expressão de sentimentos através da pintura e da música por parte dos adolescentes, a conscientização das responsabilidades em sociedade, aumento de autoestima e autoconfiança, diminuição da reincidência do ato infracional e um aumento da capacidade de reflexão para novas possibilidades de construção de autonomias, entre outros.

Em Orleans/SC o projeto desenvolvido é o Mundo Melhor, que surgiu com o objetivo de contribuir com o desenvolvimento de novas práticas no campo da proteção

social especial, consiste em atender adolescentes em cumprimento de MSE que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social.

Neste projeto são trabalhados temas pertinentes a sua realidade ou de relevância, como o sentido de vida e valores, de forma teórica e prática, que contribuem positivamente para a construção de um projeto de vida, do fortalecimento de vínculos saudáveis e ampliação na escola diante dos riscos existentes.

Os objetivos específicos do projeto são: o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da cidadania, promover a autoestima, regras de convivência, respeito às diferenças, contribuir para a formação de sujeitos autônomos, participativos e responsáveis, desenvolver valores como a solidariedade, criatividade, respeito, atitude, fraternidade, responsabilidade, liberdade, civildade, proporcionar um espaço de diálogo, reflexão sobre a vida, expressão de opiniões, tomada de decisões sobre a sociedade, adolescência e princípios democráticos, compreender o funcionamento da sociedade e de suas instituições.

Considerações Finais

De acordo com a presente pesquisa realizada no primeiro semestre de 2016, podemos constatar que ambos os projetos supracitados visam possibilitar maneiras diferentes para o cumprimento de MSE aos adolescentes em conflito com a lei. Ambos também apresentam bons resultados acerca da diminuição da reincidência do ato infracional.

A realização de projetos como estes é de grande valia pois os resultados são satisfatórios, alcançam seus objetivos de garantir direitos, deveres e cidadania no cumprimento de MSE. Esta percepção positiva é incumbida aos adolescentes ao demonstrarem o quão participam na realização de atividades atribuídas pelo projeto.

Ao cometer um ato infracional o adolescente é conduzido a alguma medida imposta. Ao falar em MSE é visto suas formas de cumprimento, pois não é em todos os municípios que isto ocorre de forma diferenciada, garantindo dignidade e respeito ao adolescente, a maioria ainda cumpre medidas vexatórias. Os referidos projetos abrem novos caminhos ao adolescente para o cumprimento das medidas, proporcionando com isto novos conhecimentos e refletindo na busca de escolhas corretas fazendo que não cometa condutas infracionais novamente.

Percebe-se que é de suma importância a implementação desses tipos de projetos com os adolescentes, pois analisando o contexto biopsicossocial fica notável

a precariedade do sistema educacional que os mesmos frequentam, bem como a vulnerabilidade social da sua cidade e até mesmo a estrutura familiar que possuem, ou então, a falta dela. Todavia é necessário que haja o suporte psicológico e assistencial para esses adolescentes e seu contexto.

Importante ressaltar também a falta de atrativos como lazer, sendo realidade de várias cidades do país. Desse modo, os projetos inseriram-se na vida dos adolescentes como forma de lazer, aprendizado e formação de valores, realizando um processo reflexivo nos mesmos.

Sendo assim, se faz necessário um acompanhamento maior, bem como pesquisas mais aprofundadas sobre os projetos, para assim contribuir para a melhora e aprimoramento de tais.

Referências

BRASIL (Org). **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal**, v. 8, 1990.

_____. **Sistema Único de Assistência Social (Suas)**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>>. Acesso em: 29 março 2016.

CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. **A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres**. Psicologia & Sociedade, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP (Org). **50 anos de psicologia no brasil - A história da Psicologia no Brasil**. 1 ed. São Paulo: 2013. Disponível em: <http://www.crpssp.org/fotos/pdf-2015-10-06-12-34-36.pdf>. Acesso em: 13/04/2016.

COUTO, Berenice Rojas et al. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. Cortez Editora, 2014.

CREPOP (Org.). CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS**. 1.ed. 2013.

HÖFLING, ELOISA DE. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

LEPRE, Rita Melissa. **Adolescência e construção da identidade**. Artigo encontrado no site <http://www.slowmind.net/adolescenza/lepre1.pdf>, no dia, v. 8, 2005.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE, 2008.

LOPES, Leidiane Pereira; NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso do. **O que faz uma psicologia social? Intervenção na psicologia social brasileira.** Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 28, n. 1, p. 14-25, Apr. 2016.

MEAD, L. M. **“Public Policy: Vision, Potential, Limits”**, Policy Currents, Fevereiro: 1-4. 1995.

PAULA, P. G. **Menores, Direito e Justiça: Apontamentos para um novo direito das crianças e adolescentes.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1989.

PETERS, B. G. **American Public Policy.** Chatham, N.J.: Chatham House. 1986

SCARELLI, Carolina Bonilha; NESPOLI, Juliana Santos; DE OLIVEIRA, Juliene Aglio. **ADOLESCENTE AUTOR DE ATO INFRAACIONAL E AS MEDIDAS SÓCIO-EDUCATIVAS: PENALIDADE OU REINTEGRAÇÃO SOCIAL?.** SEMINÁRIO INTEGRADO-ISSN 1983-0602, v. 2, n. 2, 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: que modelo de proteção social preconiza?.** JOINPP: São Luis, 2011

VANZETTO, Antonia Alves **O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A CENTRALIDADE NA FAMÍLIA.** UNIOESTE: Cascavel, 2006

VERONSE, Josiane Rose Petry; LIMA, Fernanda da Silva. **O sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase): breves considerações.** Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade, v. 1, n. 1, 2015.

VOLPI, M. (Org.) **O adolescente e o ato infracional.** 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Dados para contato:

Autor: Natanael de Medeiros

E-mail: natanael.bn@hotmail.com

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO ASSISTIDA

Educação e Promoção de Saúde

**Lucas Corrêa Preis¹; Aline Lemos Marciano¹; Greice Lessa¹; Jaqueline
Caetano¹; Kassiane Dutra¹**

¹. Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: A educação em saúde é considerada atualmente uma importante ferramenta para capacitação, educação e mudança de hábitos de vida. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão narrativa, visando identificar as dificuldades e as estratégias do desenvolvimento da educação em saúde na atenção primária. Foram adotados como descritores: educação em saúde, promoção da saúde e estratégia saúde da família, pesquisados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Ao todo, 09 artigos foram analisados. Os resultados mostraram que se deve fortalecer o engajamento da equipe multiprofissional, bem como, a ideia de atenção integral através de parcerias intersetoriais.

Palavras-chave: Educação em saúde. Promoção da saúde. Estratégia saúde da família.

Introdução:

A promoção da saúde surgiu com o objetivo de capacitar e educar a comunidade em geral para uma melhor qualidade de vida e saúde, tendo como estratégia principal a educação em saúde. Neste sentido, sabendo que a promoção em saúde é de grande importância para o desenvolvimento social e econômico do país, foram criadas as práticas educativas em saúde, capazes de promover mudanças individuais e comunitárias e contribuir para um melhor desenvolvimento social, visto que, as ações educativas grupais e individuais desenvolvidas na ESF garantem ao indivíduo e a comunidade o estímulo de buscar e desenvolver uma melhor condição de vida, mesmo sabendo que à resistência de alguma parte da população (ALVES et al., 2012).

Visando o fortalecimento deste contexto, foi criada em 1986, a Carta de Ottawa, que se destaca até os dias atuais como um guia orientador para a promoção da saúde, seguindo o desafio de que as mudanças desencadeadas por meio da capacitação da

comunidade auxiliarão na melhoria da qualidade de vida e saúde, através de um modelo de conscientização dialogada com a população (NUNES, 2011).

Assim pode-se entender que a promoção da saúde tem como objetivo principal que as pessoas se auto fiscalizem e responsabilizem-se sobre sua saúde levando em conta o ambiente, estilo e a qualidade de suas vidas, constituindo-se a partir de um processo construído lentamente, de participação coletiva e se mantido, pode se levar a uma grande transformação, gerando ações efetivas, inovadoras e resolutivas para a melhoria da qualidade de vida de todos (GONÇALVES et al., 2011).

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgida no ano de 1991, foi idealizada enfatizando a promoção da saúde como sua principal estratégia de ação, com trabalho focado na pessoa, na família e na comunidade de forma coletiva, levando em consideração mais três níveis de ação, o da prevenção, recuperação e a reabilitação da saúde de seus usuários. A promoção da saúde deve ir além do olhar dos profissionais de saúde, dando ênfase na escuta das necessidades, para uma melhor tomada de decisão durante o processo de cuidar (GONÇALVES et al., 2011).

Assim, podemos destacar a educação em saúde um importante instrumento a ser desenvolvido pelo enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde da ESF, devendo executar através de ações educativas, gerando oportunidades de reflexão, para uma possível mudança nos costumes e assim, prevenir ou adiar os agravos trazidos em decorrência das doenças (TESTON et al., 2013).

Com base nisso, este artigo tem como objetivo, identificar por meio da literatura produzida, as dificuldades de implementação e as estratégias desenvolvidas na atenção primária através da educação em saúde, que visam à promoção da saúde da população assistida.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de estudo de revisão narrativa de literatura, baseada em leituras exploratórias e seletivas do material do estudo, contribuindo para o processo de síntese e análise dos resultados. Inicialmente identificaram-se os Descritores em Ciências da Saúde através do endereço eletrônico "<http://decs.bvs.br>". Posteriormente, foi realizada a busca bibliográfica na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do endereço eletrônico "<http://bvsalud.org>". A busca

bibliográfica na base de dados da BVS justifica-se em função deste acervo permitir ser acessado utilizando-se o idioma português.

Os critérios para seleção das publicações foram: relacionarem-se com práticas educativas desenvolvidas na ESF envolvendo a equipe de enfermagem; pesquisas que abordassem a temática de dificuldades e estratégias para a promoção da saúde dos usuários frente ao serviço de atenção primária; pesquisas realizadas por e/ou com enfermeiros; terem sido publicadas entre os anos de 2010 e 2014; estarem disponíveis na íntegra; e serem publicadas em português.

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de setembro de 2015. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde digitando-se, na primeira linha, educação em saúde e, na segunda linha, promoção da saúde, acrescentando-se na terceira linha estratégia saúde da família.

Durante a análise dos trabalhos, iniciou-se a leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos e posteriormente dos textos completos. Foram suprimidos os artigos repetidos e excluídas as publicações em outro idioma que não seja português, além dos estudos que não contemplassem o objetivo proposto para pesquisa. Destaca-se que a aplicação dos critérios de exclusão foi realizada em todas as etapas, sempre por consenso de dois leitores e que os artigos selecionados são de domínio público, com acesso disponível pela rede mundial de computadores.

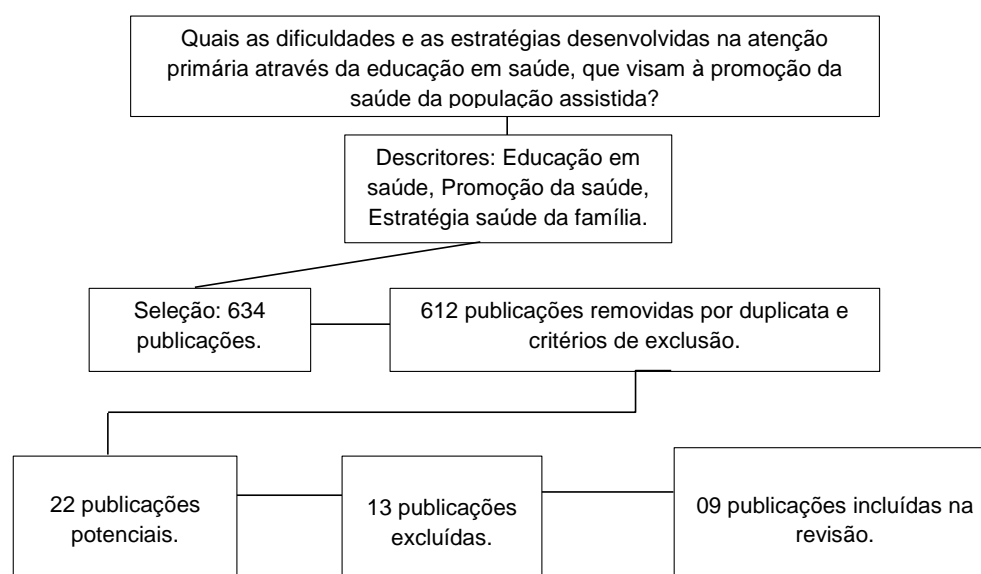
Resultados e Discussão

Utilizando os descritores educação em saúde, promoção da saúde e estratégia saúde da família na base de dados da BVS, chegou-se a 634 publicações em 18 bancos de dados diferentes, dos quais 22 artigos foram selecionados para a extração dos dados.

A partir das 22 publicações selecionadas, aplicaram-se novamente os critérios de exclusão e eliminou-se 13 publicações, sendo a pesquisa realizada com 09 publicações científicas indexadas em periódicos nacionais entre os anos de 2011 a 2014, que contemplavam o objetivo proposto pela pesquisa (Figura 1).

No Quadro 1 estão apresentados os dados referentes à autoria, ano de publicação, período de estudo e local, bem como: título do artigo, nome da revista, revisão teórica e estratégias metodológicas utilizadas.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos trabalhos identificados.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quadro 1 – Descrição dos estudos sobre as estratégias desenvolvidas na atenção primária através da educação em saúde, visando à promoção da saúde.

Autor/Ano/Período/Local	Título do Artigo	Nome da Revista	Revisão Teórica	Estratégias Metodológicas
Roecker; Marcon; 2011a 2010-2010. Brasil.	Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia de Saúde Familiar.	Revista Invest Educ Enferm.	A educação em saúde deve ser destinada a conscientização do indivíduo sobre os cuidados com sua saúde, concedendo autonomia para ser responsável por si e pela comunidade, por meio da transformação do seu saber.	Pesquisa qualitativa.
Roecker; Marcon; 2011b 2010-2010. Brasil.	Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a prática dos enfermeiros.	Revista da Escola Anna Nery.	O trabalho de promoção da saúde na atenção básica inclui a orientação e conscientização dos usuários sobre todos os fatores relacionais e possíveis determinantes de enfermidades, bem como, integrar a comunidade a ser uma disseminadora de boas práticas de saúde, evitando o seu adoecimento.	Pesquisa qualitativa.
Silveira; Sena; Oliveira; 2011. Brasil.	O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde	Revista Mineira de Enfermagem	A educação em saúde deve basear-se no desenvolvimento de ações intersetoriais, articular-se a partir de um trabalho interdisciplinar, promover a conscientização do usuário e encorajá-lo a assumir maior	Pesquisa qualitativa.

			controle sobre sua saúde no cotidiano social.	
Alves; Aerts; 2011. Brasil.	As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.	Revista Ciência & Saúde Coletiva.	O eixo norteador da promoção da saúde é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos, conscientizando-os e tornando-os aptos a atuarem no meio social e transformá-lo de modo responsável pelas escolhas definidas.	Revisão bibliográfica.
Araujo; Cabral; Bustorff; Dias; 2011. Brasil.	Percepção dos enfermeiros sobre educação em saúde na atenção básica.	Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental.	A educação em saúde na ESF favorece aos usuários uma melhoria da qualidade de vida, garantindo uma assistência que promova sua saúde e não apenas reabilite-a, desenvolvendo o juízo crítico e tornando capazes de intervir sobre suas vidas e da comunidade na implementação de atos mais saudáveis.	Pesquisa qualitativa.
Rocha; Soares; Farah; Friedrich; 2012. 2010-2010. Brasil.	Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família.	Revista Brasileira de Promoção da Saúde.	A promoção da saúde na ESF deve ter como objetivo a melhora da qualidade de vida e saúde da população, fazendo com que, cada membro da sociedade torne-se o responsável por desenvolver ações que vise à melhoria da própria saúde e da comunidade que vive.	Pesquisa qualitativa.
Oliveira; Cavalcante; Oliveira; Leite; Machado; 2013. 2009-2009. Brasil.	Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.	A educação em saúde deve ser um processo de conscientização crítica e reflexiva dos usuários em relação aos seus problemas ou provedores de futuros problemas de saúde, buscando de forma harmoniosa e dialogada a mudança de comportamento com foco na promoção da saúde.	Pesquisa qualitativa.
Lopes; Machado; Barroso; Macêdo; Costa; Furtado; 2013. 2009-2009. Brasil.	Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.	Promover saúde é compartilhar com a sociedade estratégias educativas, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde. As atividades devem responsabilizar os agentes da sociedade como promotores da sua saúde e da comunidade.	Pesquisa qualitativa.
Oliveira; Wendhausen; 2014. 2010-2010. Brasil.	(Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da ESF	Revista Trabalho, Educação e Saúde.	A promoção da saúde na ESF deve ser compreendida como um instrumento para provimento de saúde do modo participativo e dialógico,	Pesquisa qualitativa.

Fonte: Autores (2016).

Dos 09 artigos analisados, a maior publicação se concentrou no ano de 2011, com cinco publicações, seguido do ano de 2013 com duas publicações. Dos anos de 2012 e 2014 foram analisadas uma publicação de cada ano, sendo que, após critérios de exclusão, nenhum artigo do ano de 2010 foi selecionado para extração de dados.

Todos os 09 artigos analisados apresentam que a promoção da saúde no âmbito da ESF é um dos princípios já normativos pelo Ministério da Saúde, além dos princípios de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de seus usuários e que a sua aplicabilidade na prática é envolvida por dificuldades que vão desde ordem motivacional dos profissionais da equipe de saúde até dificuldades relacionadas com a estrutura física para execução das atividades, como também, dificuldades relacionadas aos pacientes e comunidade. Neste sentido, estratégias devem ser traçadas para o desenvolvimento da educação em saúde, de modo a educar a população e responsabilizá-los por sua saúde e seus agravos.

Na análise de dados emergiram duas categorias: A concepção do enfermeiro e as Dificuldades de implementação e estratégias de promoção da saúde da população assistida.

Educação em saúde na atenção básica: A concepção do enfermeiro

Todos os artigos selecionados para este estudo trouxeram que trabalhar com promoção da saúde na atenção básica é caracterizado pelos enfermeiros uma ação essencial e de grande relevância na prática educativa durante o processo de trabalho e atendimento as demandas e necessidades das famílias. No entanto, muitos profissionais ainda trocam o conceito de promoção da saúde com prevenção de doenças e tratamento de doenças, distanciando-se dos princípios e objetivos dos quais regem o trabalho da ESF.

Com essa inversão de conceitos, a idéia de prevenção ou tratamento de doenças considera as mudanças de comportamentos individuais, como também da eliminação de potenciais fatores de riscos para desenvolvimento ou agravamento de doenças, tornando o trabalho da equipe centrado em modelo biomédico e de intervenção exclusivamente clínica (LOPES et al., 2013).

Além disso, Roecker; Marcon (2011a), em um estudo cujo objetivo foi descrever a prática educativa de enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família, os resultados apresentaram que estes profissionais consideram este trabalho lento e com resultados positivos em longo prazo.

Contudo, o enfermeiro deve ter consciência que a ele é atribuída à responsabilidade da tomada de decisões em relação às necessidades identificadas, exigindo dele uma atuação proativa a fim de desenvolver ações que garantem a promoção e proteção da saúde dos indivíduos e familiares sob seus cuidados, favorecendo a comunidade o desenvolvimento de uma vida social e econômica produtiva e com qualidade, sem gerar ônus aos serviços de saúde em função dos desvios da normalidade de sua saúde (BACKES et al., 2014).

Educação em saúde na atenção básica: Dificuldades de implementação e estratégias de promoção da saúde da população assistida

O trabalho de educação em saúde no âmbito da ESF como já visto é considerado moroso, principalmente em decorrência de falta de interesse por parte dos profissionais da equipe a seguirem com responsabilidade o que norteia a promoção da saúde. Porém é considerado de grande significância por parte dos enfermeiros.

Durante análise dos trabalhos selecionados, percebe-se que a maioria deles (07) trouxeram temas relacionados a dificuldades de implantação ou execução do processo de educação em saúde na atenção primária.

Oliveira; Wendhausen (2014) trazem que as principais dificuldades para execução das práticas educativas estão relacionadas com o despreparo dos trabalhadores, bem como, falta de conhecimento de como fazer e como executá-lo, justificando-se em função de uma formação incipiente para trabalho com o tema e com a comunidade. Além disso, os autores concluíram decadência relacionada à falta de educação continuada com os próprios profissionais no seu dia a dia, falta de estrutura física na unidade, relutância da população com as mudanças e com as atividades educativas ou conscientização desenvolvida, ou seja, centralização de um atendimento biomédico, bem como, a medicalização.

Além disso, a grande atribuição de atividades ao enfermeiro, que incorpora o principal papel de educador também se tem como dificuldades, justificando-se por falta de tempo e dificuldades para conciliar as ações educativas e a produção administrativa diária. Desta forma, a participação de toda a equipe se faz necessária para planejamento de ações que sejam atrativas, atendam às necessidades e tragam resultados positivos. Acrescenta-se ainda, falta de apoio dos gestores, falta de recursos financeiros e materiais, de incentivo e capacitação (OLIVEIRA et al., 2013).

A cultura da população é outro problema sério do desenvolvimento da educação em saúde, atrapalhando a prática educativa principalmente das pessoas com maior idade, transformando-se em uma barreira envolvida por méritos, religião e principalmente por costumes, dificultando o acesso e a conscientização para melhoria da qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2011).

Contudo, diante de todas as dificuldades de ordem hospitalocêntrica, biomédica e curativista da população, o importante é o engajamento da equipe profissional com foco no desenvolvimento de atividades que transforme o pensamento crítico da população a preocupar-se em promover sua saúde e prevenir doenças, tornando-os vigilantes de sua própria saúde, bem como, a mudança de comportamentos inadequados (ROCHA et al., 2012).

Além disso, uso de meios de comunicação, como rádios, TV's, jornais e revistas, que ocupam cada dia mais o cotidiano dos indivíduos e suas famílias, juntamente com a adoção de uma linguagem clara e simplificada, sem uso de linguagem técnica e científica, estimula a participação da comunidade, permitindo a expressão por parte deles e apresentação de suas dificuldades, anseios, dúvidas e hábitos diários, conscientizando, dialogando e não exigindo uma mudança de hábitos radical, quando maus hábitos forem identificados, facilitando assim o processo de trabalho, garantindo resultados positivos de forma mais compreensiva (ARAÚJO et al., 2011).

A partir disso, o desenvolvimento de parcerias intersetoriais é a maneira de superar todo esse paradigma, rompendo fronteiras que vão além da unidade de saúde, bem como, a construção de uma rede de atenção, garantindo a realização de um trabalho no âmbito coletivo em escolas, CAPS, grupos comunitários, palestras educativas de âmbito coletivo na comunidade, garantindo assim interação familiar, profissional e social (ALVES; AERTS, 2011).

Considerações Finais

A partir do estudo, pode-se considerar que os enfermeiros tratam o desenvolvimento de educação em saúde como essencial na Estratégia Saúde da Família, porém, consideram um trabalho lento e que agrega resultados em longo prazo. Além disso, ainda trocam os conceitos de promoção da saúde com o de prevenção de doenças, modificando o contexto de trabalho integral e coletivo da população desenvolvido pela ESF, por um contexto individual, focado na eliminação

de potenciais fatores de riscos para desenvolvimento ou agravamento de doenças. No entanto, demonstram compreender que as atividades de educação em saúde devem transcorrer a partir de um processo compreensível, participativo e dialógico, levando em conta os saberes e práticas da população envolvida, distante de atos normativos ou imposição de regras sobre fatos e costumes tempestuosos sobre a saúde e o bem-estar da população.

Ainda assim, há muito que se trabalhar no que diz respeito às dificuldades para o desenvolvimento na prática diária da promoção da saúde, em função da falta de apoio dos gestores, ausência de recursos financeiros e materiais, como também despreparo dos trabalhadores para a execução das atividades, falta de conhecimento de como fazer e onde fazer em função de uma formação incipiente para trabalho com o tema. Além de dificuldades relacionadas à falta de aceitação das mudanças ou pré-conceitos formados pelos pacientes sobre sua saúde desde os antepassados, fazendo com que o atendimento seja centralizado em um conceito biomédico e curativista.

Destarte, deve-se fortalecer diariamente o engajamento da equipe profissional com foco no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, a fim de chamar atenção para melhorar a qualidade de vida e saúde da comunidade, tornando-os responsáveis por sua própria saúde, através de atividades em parcerias intersetoriais, fortalecendo a ideia de atenção integral e assim criando vínculos visando o desenvolvimento de redes de atenção à saúde da população assistida pelas ESF's.

Referências

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, L.H.S. et al. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.

ARAÚJO, V.S. et al. Percepção dos enfermeiros sobre educação em saúde na atenção básica. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, ed. supl., p. 189-198, 2011.

BACKES, D.S. et al. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 560-570, 2014.

GONÇALVES; A.M. et al. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial?. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 1, p. 94-102, 2011.

LOPES, M.S.V. et al. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013.

NUNES, E. Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. **Rev. Port. Sau. Pub.**, v. 29, n.2, p. 200-202, 2011.

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, A.L.P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014.

OLIVEIRA, M.B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 5, p. 894-903, 2013.

ROCHA, P.A. et al. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 215-220, 2012.

ROECKER, S.; MARCON, S.S. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 381-390, 2011a.

_____, S.; MARCON, S.S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 701-709, 2011b.

SILVEIRA, M.R.; SENA, R.R.; OLIVEIRA, S.R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011.

TESTON, E.F. et al. Concepções e práticas educativas de profissionais médicos e enfermeiros: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n.4, p. 975-85, 2013.

Dados para contato:

Autor: Lucas Corrêa Preis

E-mail: lucaspreis@yahoo.com

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: EXPERIÊNCIA EXITOSA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Educação e promoção de saúde

Giseli Orben¹; Kassiane Dutra¹; Simara Medeiros Martins¹; Silvia Salvador do Prado¹; Giseli Boeng Della Giustina²

¹ Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE; ² Secretaria de Saúde de São Ludgero (SC)

Resumo: O trabalho em saúde e da enfermagem deve ultrapassar os “muros” do serviço de saúde interagindo com outras áreas profissionais. Objetivo: Apresentar a experiência de um grupo de acadêmicos de Enfermagem sobre a intervenção educativa em saúde nos Centros Educacional Infantil. Metodologia: relato de experiência. Realizado em parceria entre a Estratégia Saúde da Família, Centros Educacionais Infantis e acadêmicas, com elaboração e realização de palestras e distribuição de folder educativo. Resultados: A experiência vivenciada pelos acadêmicos na área de educação infantil nos mostrou as diversas áreas que o enfermeiro pode atuar, sempre com enfoque na promoção e prevenção da saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermagem. Centro educacional infantil.

Introdução

A educação em saúde pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Ressalta-se que promoção da saúde e educação em saúde não devem ser dissociado, ao contrario, a educação em saúde é um dos dispositivos para a promoção da qualidade de vida da população. A educação em saúde é reconhecida como uma estratégia promissora no enfrentamento dos vários problemas de saúde que compromete a população nos seus contextos sociais (SOUSA et al., 2010).

O enfermeiro vem, nas últimas décadas, vem se destacando com um importante papel nas ações de educação em saúde. Segundo Rigon e Neves (2011) apontam que as atividades do enfermeiro vêm se modificando e ampliando, tornando um processo complexo, englobando o processo de cuidar, gerenciar e educar. Percebe-se que o cuidar, adjunto ao educar, permite a diversificação dos

conhecimentos, construindo saberes e adaptando às necessidades individuais e coletivas.

As práticas educativas no contexto da saúde coletiva e da enfermagem são uma realidade, que vem se concretizando devido à mudança nos modelos de atenção à saúde, deixando o modelo biologicista e hospitalocêntrico, partindo para a implantação de um novo conceito sobre a promoção, prevenção da saúde humana. Dessa maneira buscam-se novas técnicas para o alcance da melhoria da qualidade de vida e da assistência, a partir de atividades educativas em saúde (AZEVEDO et al., 2014).

Para se aplicar o princípio da integralidade, o trabalho em saúde e com isso, a enfermagem, devem ultrapassar os “muros” do serviço de saúde e trabalhar em outros espaços e, junto a isso interagir com outras áreas/setores e outros profissionais.

O trabalho em saúde na área da educação infantil, em conjunto os profissionais que atuam na área de educação infantil é uma alternativa para as práticas assistenciais em enfermagem em saúde da criança, uma vez que espaço escolar beneficia o aperfeiçoamento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal, mas também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir no processo de saúde-doença (AZEVEDO et al., 2014).

O enfermeiro exerce papel importante, como membro de uma equipe de saúde, muitas vezes de forma indireta no que diz respeito a educação infantil, seja pública ou privada, realizando ações de vigilância à saúde, promoção e proteção de qualidade de vida. Dessa forma, devem acompanhar as principais dificuldades e problemas encontrados nas instituições de educação infantil, como as doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, situação vacinal e crescimento infantil. Para obter êxito na prevenção de doenças nos centros de educação infantil os enfermeiros devem realizar ações educativas para o treinamento e cuidado de saúde da equipe de educadores em geral e organização do ambiente físico (SILVA; MARANHÃO, 2009).

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, que pretendem alcançar os mais diversos locais, como as unidades de atenção primária a saúde, escolas, centros de educação infantil, creches e domicílios. Portanto essas ações devem ser direcionadas ao desenvolvimento e crescimento saudável, com ênfase no cuidado com as doenças prevalentes da infância (PORTES; CALDA; OLIVEIRA, 2013).

Desenvolver ações de promoção da saúde na educação infantil é importante, pois os primeiros anos de vida da criança são um período de formação de hábitos, que poderão durar por toda vida, nesse sentido a instituição educativa se constitui num lugar excelente para aplicação de programas de promoção da saúde, podendo contribuir na melhoria do cuidado oferecido às crianças, com enfoque na estimulação de hábitos saudáveis desde a infância (SILVA; MARANHÃO, 2009).

É na infância que se desenvolve doenças que trazem consequências graves para o indivíduo e comunidade, que refletem no contexto familiar, que na maioria das vezes podem ser evitados através de atividades de promoção e prevenção da saúde na atenção primária. Entre as doenças que mais acometem as crianças são as infecções respiratórias agudas, as doenças infecciosas e as deficiências nutricionais, sendo elas as responsáveis pela morte de crianças nos primeiros quatro anos de idade (PORTES; CALDA; OLIVEIRA, 2013).

Entende-se que uma boa relação entre profissionais da Estratégia saúde da Família, escola e comunidade favorece uma melhora nas relações entre os indivíduos. Através dessa parceria percebeu-se a oportunidade de construir junto a profissionais de educação infantil, que lidam diretamente com crianças, um aperfeiçoamento teórico sobre medidas de proteção individual e coletiva no cuidado com as crianças, com uma metodologia que permita expressar suas vivências, proporcionando uma troca experiência entre acadêmicos e profissionais (ELIAS et al., 2014).

Demonstrar as possibilidades de ações de promoção à saúde deve ser uma ação das instituições formadoras, aliando ensino e serviço. A integração da instituição de ensino superior com a comunidade precisa ser vista como uma importante ferramenta social e política, permitindo aumentar nossas frentes de atuação profissional elaborando ações capazes de promover o bem-estar da população (RUAS et al., 2015).

Para demonstrar ação de interlocução entre ensino e serviço, apresentamos o presente relato, que tem como objetivo apresentar a experiência de um grupo de acadêmicos do 9º semestre de Enfermagem do Centro Universitário Barriga Verde-UNIBAVE, sobre a intervenção educativa em saúde nos Centros de Educação Infantil do município de São Ludgero (SC).

Procedimentos Metodológicos

O município de São Ludgero localiza-se na região sul do Estado de Santa Catarina, possui uma população de 10.993 habitantes. Sua rede de saúde é composta por três unidades de Estratégia Saúde da Família e uma Unidade Sanitária Central de Saúde com atendimento 24 horas a população em geral.

A rede de educação de São Ludgero que é composta por sete escolas. Destas uma escola é privada, três escolas públicas de ensino fundamental e médio, e três centros de educação infantil (CEI) da rede pública. Os CEI são: (1) CEI Dom Gregório Warmeling, (2) CEI Irmã Stela e (3) CEI Divina Providência.

Durante o período de março a junho de 2016, foi desenvolvido no município o estágio supervisionado em saúde coletiva, do curso de graduação em enfermagem, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Margem Direita, uma das três unidades que o município contempla.

O período de estágio serviu para que as acadêmicas pudessem por em prática as competências desenvolvidas até o momento na graduação, sendo priorizadas ações relativas à gestão, não deixando de serem realizadas ações de assistência de enfermagem.

Com o período de estágio coincidiu com a aproximação do inverno e com isso a necessidade de planejamento de ações de prevenção às doenças do inverno, principalmente a gripe, além de no período mencionado estar acontecendo um surto de impetigo em diversas escolas em diversos municípios da região. Em virtude disso, foi realizada uma parceria entre a Estratégia Saúde da Família Margem Direita, os Centros Educacionais Infantis e acadêmicas de enfermagem, para o planejamento e execução de atividades educativas aos professores e demais colaboradores de ensino infantil com distribuição de material educativo impresso (folder) para os professores anexarem nos cadernos dos alunos, que foi desenvolvida pelas acadêmicas de enfermagem sob a supervisão da equipe de ESF Margem Direita.

As atividades educativas abordaram orientações e medidas de proteção individual e coletiva, visando garantir a prevenção da transmissão de doenças respiratórias, gastrintestinais, dentre outras, ressaltando a importância da higienização das mãos dos profissionais que atuam junto as crianças e das próprias crianças, dos locais de higienização e limpeza de área críticas dos centros de educação infantil e dos brinquedos, da troca de roupa de cama, da troca de fralda das

crianças, da importância da vacinação, da ventilação e da iluminação das salas de aula.

Os materiais educativos impressos (folders) que foram desenvolvidos tiveram o objetivo de também informar os pais e/ou responsáveis das crianças. Foi uma maneira de interligar a unidade de saúde, a escola e os pais e/ou responsáveis na prevenção de doenças. Este envolvimento reforça a importância da participação de todos no cuidado com a saúde das crianças, oportunizando o reconhecimento de problemas e fatores de risco associados, favorecendo o empoderamento individual e coletivo.

Resultados e Discussão

Tendo como eixo principal ações de educação em saúde para promoção da qualidade de vida e o estímulo de práticas preventivas para profissionais de educação infantil, apresentando a experiência de educação em saúde desenvolvida por acadêmicos do curso de Enfermagem do Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, juntamente com a enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) Margem Direita do município de São Ludgero.

Com esse propósito, as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado de gestão em saúde coletiva proporcionaram um momento de reflexão dos profissionais que atuam nos centros educacionais infantis do município, abordando medidas de proteção individual e coletiva no cuidado com as crianças.

Colocando em prática aspectos teóricos metodológicos sobre promoção da saúde e educação em saúde, que fizeram parte da formação acadêmica, pode-se desenvolver atividades educativas, destacando a importância do enfermeiro como agente de educação em saúde. Pode-se exercitar algumas das inúmeras maneiras de atuação enquanto futuros profissionais da área da saúde. Propondo agir em variadas atuações como: Educação em Saúde e Metodologia do processo de trabalho de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Ambas as dimensões voltaram-se para ações de enriquecimento do processo de ensino e aprendizagem dos envolvidos, em especial, dos acadêmicos, e também de reflexão e ação sobre a prática de enfermagem na Estratégia Saúde da Família juntamente com a equipe multiprofissional.

O desenvolvimento de uma atividade educativa de promoção à saúde, voltada a importância de práticas educativas e orientação para medidas de diminuição de

transmissão de doenças em centros de educações infantis. Teve como objetos de intervenção a capacitação de profissionais de educação infantil, desenvolvendo ações que busquem a promoção da saúde e a diminuição de transmissão de doenças, envolvendo todos os profissionais que realizam o cuidado as crianças (SANTOS; ALMEIDA; REIS, 2013).

Dentre os temas abordados enfatizou-se as doenças respiratórias como, a influenza e doenças dermatológicas citando o impetigo com orientação aos profissionais quanto a medidas de proteção e a diminuição de riscos dentro das realidades de cada Centro Educacional Infantil. A fim de conscientizar não somente os profissionais do Centro educacional infantil, mas também os pais foram realizados um material educativo impresso (folder) para a prevenção e proteção das crianças. Com intuito realizar educação em saúde nas escolas e dando continuidade em suas residências na conscientização de todos os familiares e pessoas que convivem com as crianças.

De acordo com organização Mundial da Saúde (OMS) os profissionais de saúde têm o dever de controle e prevenção de doenças. O enfermeiro tem como papel favorecer o acesso a serviços e desenvolver ações de orientação de modo crítico e participativo. A educação em saúde é direcionada a seguir os princípios como: diálogo, amorosidade, construção compartilhada do conhecimento e visando uma análise crítica do problema (TAVARES; TOCANTINS, 2015).

A experiência de realização das palestras educativas possibilitou estabelecer um novo olhar para as inúmeras possibilidades que a Estratégia Saúde da Família e a formação em saúde, para importância de prevenção e reabilitação da saúde. Em relação às atividades de conscientização, destacam-se a educação em saúde, o ensino de Enfermagem, o trabalho em saúde e a qualidade de vida dos profissionais de educação infantil e crianças.

Em relação ao tema apresentado o sistema respiratório tem como objetivos garantir as trocas gasosas entre o sangue e o ar, e auxiliar no equilíbrio ácido-base. A ventilação pulmonar corresponde à troca de ar ambiente que ocorre nos pulmões. O ar é inalado pelo nariz ou pela boca, sendo então transportado por uma rede de tubos até chegar aos alvéolos pulmonares, onde são realizadas as trocas gasosas (BRASÍLIA, 2013).

Na assistência de enfermagem podemos partir do pressuposto que a construção do conhecimento é feita em parceria entre enfermeiros e indivíduos,

podendo avançar para além do paradigma focado na doença, para construir um novo olhar focado na busca de um ser humano saudável, promovendo a saúde tanto individual como coletiva. Assim, através da relevância sobre o tema, a promoção da saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletividade, um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, tendo como objetivo a educação em saúde (SALCI, 2013).

Diante disso, o assunto abordado foi a influenza que é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. Com elevada transmissibilidade, e facilidade de disseminação. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que após contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias pode levar o agente infeccioso direto a boca, olhos e nariz. A vacinação contra influenza mostra-se como uma das medidas mais efetivas para a prevenção da influenza grave e de suas complicações (BRASIL, 2015).

Em se tratando de prevenção de doenças de pele foi discutido sobre o impetigo que é uma infecção superficial da pele que pode ser causada por dois tipos de bactérias: *Streptococcus pyogenes* ou *Staphylococcus aureus*. É uma infecção bacteriana, que acomete mais frequentemente as crianças entre 2 e 5 anos, mas que pode acometer crianças maiores e até mesmos adultos, principalmente os que tem contato direto com crianças acometidas pelo impetigo. O impetigo é uma doença contagiosa, que surge com mais frequência nos meses quentes de verão (PINHEIRO, 2016)

Para contribuir no controle de doenças é fundamental o enfermeiro se manter atualizado, para que possa realizar ações de educação em saúde com informações atuais, de maneira eficaz realizando a prevenção em saúde, a participação da equipe neste projeto é de grande relevância, pois a Estratégia Saúde da Família visa a prevenção proteção e reabilitação da saúde dos indivíduos (TAVARES; TOCANTINS, 2015).

Tendo em vista a relevância do tema é de grande importância para o profissional enfermeiro praticar educação continuada em saúde juntamente com a equipe de saúde, pois a atenção básica tem como prioridades prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

Considerações Finais

A experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem na área de saúde da criança, em parceria com a área de educação infantil, foi possível analisar as diversas possibilidades de atuação do enfermeiro, principalmente no enfoque da promoção e prevenção da saúde, a partir da assistência de enfermagem dada não somente no ambiente do ESF, mas também promovendo a saúde no meio comunitário.

A educação em saúde é uma forma de o enfermeiro criar um espaço mais amplo dos aspectos relevantes dos temas de educação em saúde. Nesse sentido, em sua avaliação, o enfermeiro deve ter uma abordagem mais holística em relação aos indivíduos. É importante considerar os aspectos biológicos, sociais, culturais, psicológicos que envolvem a população. Para construir o viver mais saudável, é preciso conhecer, inteirar-se e se apropriar dos significados vivenciados no cotidiano imaginário de cada indivíduo e grupo social (SOUZA, 2013).

Pode-se dizer que as palestras desenvolvidas nos CEI do município de São Ludgero contribuíram para a prevenção da transmissão de doenças respiratórias muito comuns no inverno, e doenças de pele adquiridas em meio a tantas crianças convivendo em um mesmo ambiente escolar, fazendo com que as crianças fiquem menos vulneráveis a doenças, trazendo mais qualidade de vida.

O enfermeiro é possui condições teóricas e metodológicas para promover educação em saúde para diversas áreas profissionais que lidam com pessoas, pois tem condições de observar as diversas extensões da comunidade e, fazer uma avaliação de como as pessoas estão vivendo, sendo dentro do domicílio, por meio das visitas domiciliares, nas visitas as empresas, e nas escolas, podendo atuar em atividades educativas e na assistência de enfermagem e como membro da equipe multiprofissional.

Quanto à visão dos acadêmicos percebe-se que cada vez mais o enfermeiro juntamente com a equipe multiprofissional, é o profissional que está diretamente relacionado com a educação em saúde uma vez que se deve conscientizar a população na promoção e prevenção de doenças seja ela na escola, sociedade e família trabalhando a interdisciplinaridade com o objetivo de mudar o conceito de saúde e doença.

Referências

- AZEVEDO, I. C. et al. Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 4, n. 1, p. 1048-1056, jan./abr., 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/565/579>>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- BRASIL. **Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Informe Técnico. Brasília. p. 43, 2015. Disponível em: <http://www.infectologia.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Informe_Cp_Influenza-_25-03-2015_FINAL.pdf>. Acesso em: 21 de jun. 2016.
- BRASÍLIA. **Fisiologia humana**. Fundação Vale, UNESCO, 54 p. Brasília. 2013. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002249/224985por.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. 2016.
- ELIAS, L. B. et al. Conversas com profissionais da educação infantil sobre agressividade. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.41, p.174-188, jul./dez. 2014. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/3575-23453-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 de jun. 2016.
- PINHEIRO, P. **Impetigo Sintomas e Tratamento**. 2016. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2011/05/impetigo-bolhoso.html>> Acesso em: 22 jun. 2016.
- PORTES, L. H.; CALDAS, M. A. J.; OLIVEIRA, A. R. R. Abordagem do fisioterapeuta na saúde da criança: relato de experiência de proposta de trabalho em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev APS**. v, 16, n. 1, p. 90-94, jan./mar., 2013.
- RIGON, A.G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito?. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.4, p. 812-817, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/22.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- RUAS, T.C.B. et al. Experiência de um estágio curricular em Terapia Ocupacional na atenção primária: foco nas necessidades em saúde infantil. **ABCS Health Sci**, v.40, n, 3, p. 312-317, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1019/v19n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- SANTOS, D. S.; ALMEIDA, L. M. W. S.; REIS, R. K. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. **Revista Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n. 6 p. 1431-1436, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01431.pdf>>. Acesso em: 22 de jun. 2016.
- SILVA, J. K. A.; MARANHÃO, D.G. Participação do enfermeiro no cuidado à saúde de crianças usuárias de creche. **Rev Enferm UNISA**, v. 10, n.1, p. 27-29, 2009.

SOUSA et al. Práticas de educação em saúde no brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.55-60, jan./mar., 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SOUZA, I. V. B. Et al. Educação em saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**; v. 11(1), p. 112-121, Jun. 2013 Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Educa%E2%94%9C%C2%BA%E2%94%9C%C3%BAo-em-sa%E2%94%9C%E2%95%91de-e-enfermagem.pdf>. Acesso em: 15 jun. de 2016.

TAVARES, R. E; TOCANTINS, F. R. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 55, p.803-809, set./out., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0803.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

Dados para contato:

Autor: Giseli Orben

E-mail: gisele_riof@hotmail.com

ESQUIZOFRENIA: CARACTERÍSTICAS, INFLUÊNCIA GENÉTICA, ALTERAÇÕES CEREBRAIS E O AUXÍLIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO TRATAMENTO DA DOENÇA

Epidemiologia e políticas de saúde

Débora Bergmann¹; Juliana Costa Gomes da Costa¹; Jenifer Vieira Rodrigues¹;
Cláudio Sérgio da Costa¹; Adalberto Alves de Castro¹

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O termo esquizofrenia representa provavelmente distintos transtornos neuropsiquiátricos que têm como traço comum o prejuízo das funções cognitivas, senso perceptivas e afetivas. A esquizofrenia é patologia séria e persistente que ocasiona comportamentos psicóticos e diversas dificuldades ligadas aos relacionamentos interpessoais, ao processamento de informações e à solução de problemas. O presente artigo tem por objetivo avaliar as produções científicas sobre as características, sintomatologia, influência genética e anomalias cerebrais, além da importância do apoio do CAPS no tratamento da esquizofrenia. Este artigo adotou o caráter de um estudo qualitativo descritivo, sendo o mesmo uma revisão bibliográfica retrospectiva. Ao final deste trabalho, concluímos que a carga genética, vista isoladamente, não determina o desenvolvimento da doença, favorecendo um modelo aditivo de interação entre fatores genéticos e ambientais. Observou-se também a importância do CAPS, onde sua proposta terapêutica se adapta a um modelo de não internação, promovendo o cuidado de atenção diária sem retirar o usuário de seu território, favorecendo assim que tais pessoas tenham uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Influência genética. Alterações cerebrais. CAPS.

Introdução:

A Esquizofrenia é um distúrbio psicótico caracterizado pela dissociação das funções psíquicas. Sua definição é complexa, porém os fenômenos de maior relevância são os distúrbios de relacionamento e de afeto, a desorganização do pensamento e o impedimento para delimitar a realidade e a fantasia (GONÇALVES; WERNER; NEVES, 2007, p. 29).

O termo esquizofrenia representa provavelmente distintos transtornos neuropsiquiátricos que têm como traço comum o prejuízo das funções cognitivas, sensoperceptivas e afetivas das populações afetadas (MESSAS, et al. 2000). A esquizofrenia é uma doença heterogênea extremamente debilitante (OLIVER;

DAVIES, 2009), considerada como um dos mais mórbidos transtornos psiquiátricos (MOGHAM; JACKSON, 2003). Afeta aproximadamente 1% da população mundial (SAHA et al., 2005), sendo a 14ª causa de incapacidade em todo o mundo, com 16,7 milhões de pacientes “moderada e severamente” incapacitados, onde a baixa qualidade de vida e a grande quantidade de comorbidades contribuem para elevadas taxas de mortalidades (PACK, 2009).

O diagnóstico da esquizofrenia é baseado essencialmente na descrição dos sinais e sintomas, não havendo até o momento parâmetros fisiopatológicos com sensibilidade e especificidade suficientes (BAGDY; JUHASZ, 2013). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V), os sinais devem estar presentes durante seis meses e incluir pelo menos um mês de sintomas ativos para se firmar o diagnóstico (APA, 2014). Tais sintomas surgem geralmente durante o final da adolescência e o início da vida adulta podendo variar de acordo com a susceptibilidade do indivíduo.

A fisiopatologia completa do transtorno permanece desconhecida, entretanto, não há dúvidas da existência de alterações anatômicas e bioquímicas cerebrais em sua gênese (KESHAVAN et al., 2011). Alguns estudos confirmam a existência de uma grande contribuição genética para o desencadeamento da doença, porém quando todos estes fatores ou a maioria deles ocorrem juntos, o risco para desenvolver esquizofrenia pode ser multiplicativo. Há evidência clínica e experimental indicando que fatores de desenvolvimento neurológico desempenham um papel importante. Distúrbios no neurodesenvolvimento podem resultar em alterações da neuroanatomia e neuroquímica, levando os sintomas típicos observados na esquizofrenia (KEILHOFF; POLI; BECKER, 2012).

Durante o século XX, os asilos psiquiátricos apresentavam péssimas condições físicas, caráter desumano e ineficácia terapêutica (FOUCAULT, 1984). No Brasil, pelos idos de 1940, predominavam os hospitais públicos, com 80,7% dos leitos psiquiátricos do país. Eram referência de assistência os asilos como o Juqueri em São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro e o São Pedro em Porto Alegre (PAULIN; TURATO, 2004, p. 243). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem no cenário da Reforma Psiquiátrica como estabelecimentos “estratégicos”. Visam à promoção da saúde mental, ao desenvolvimento de práticas clínicas integrais e à reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes (LOPES et.al., 2012).

Com base neste contexto o presente artigo tem por objetivo avaliar as produções científicas sobre as características, sintomatologia, influência genética e anomalias cerebrais, além da importância do apoio CAPS no tratamento da esquizofrenia.

Procedimentos Metodológicos

O trabalho de pesquisa foi realizado como parte das atividades desenvolvidas nas disciplinas de Pesquisa em Psicologia e Neurofisiologia. O presente estudo adotou o caráter de um estudo qualitativo descritivo, sendo o mesmo uma revisão bibliográfica retrospectiva (MARCONI; LAKATOS, 2010). A pesquisa foi baseada nas mais diversas fontes de pesquisas, incluindo fontes primárias como os artigos originais em periódicos científicos (PUBMED, MEDLINE, LILACS, SCIELO), fontes secundárias referentes aos bancos de dados e fontes terciárias que incluem livros, diretrizes terapêuticas e artigos de revisão. Inicialmente foram localizados 18 artigos.

Resultados e Discussão

O material selecionado para este trabalho visou avaliar as produções científicas sobre as principais características da esquizofrenia, incluindo sintomatologia, influência genética e alterações cerebrais, além de identificar as contribuições do Centro de Atenção Psicossocial no tratamento desta doença. Preocupando-se em apresentar as teorias sobre as possíveis predisposições para fatores genéticos, em estudos com gêmeos monozigóticos e dizigóticos.

Os aspectos mais característicos da esquizofrenia são: alucinações e delírios, transtorno de pensamento e fala, perturbações das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição. As alucinações visuais ocorrem em 15% dos casos, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos. Os delírios em mais de 90% deles (PULL, 2005 apud SILVA, 2006).

Para Motta (2013, p.123) os portadores de esquizofrenia, tendem a se distanciar da realidade a tal ponto que não é mais capaz de distinguir suas fantasias interiores da realidade do ambiente em que vivem, costuma ser conceituada se caracterizando por distúrbios de pensamento (como delírios, respostas bizarras e sem nexos), da percepção (alucinações auditivas e visuais) e das respostas afetivas (perda de interesse, violação).

Embora a fisiopatologia de tal desordem permaneça pouco clara, estudos têm sugerido um envolvimento de forma consistente de alterações do lobo frontal, fatores biológicos e ambientais têm sido considerados nas principais características da esquizofrenia (JACKOWSKI, et al., 2012). De acordo com o DSM-V (APA, 2014) os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognomônico do transtorno.

A demonstração de um dos fatores causais mais seguramente implicados no desenvolvimento da esquizofrenia vem dos estudos em genética epidemiológica. Desde o final do século XIX, que a esquizofrenia apresenta um caráter hereditário. Estudos com gêmeos partem da premissa de que gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ) sofrem influência ambiental muito semelhante. Entretanto, os gêmeos MZ são geneticamente muito parecidos, enquanto os gêmeos DZ apresentam apenas 50% dos genes em comum. Embora as estimativas nos vários estudos variem, a taxa de concordância para esquizofrenia em gêmeos MZ é ao redor de 50% e, para gêmeos DZ, é da ordem de 15%. Esses estudos confirmam a existência do componente genético (o risco de um irmão gêmeo manifestar esquizofrenia, quando o outro irmão já apresenta a doença, é três vezes maior para um irmão MZ do que para um DZ), mas também ressaltam a participação do componente ambiental (SAMAIA; FILHO, 2000).

Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente na adolescência ou início da vida adulta. Pode surgir de forma repentina ou de maneira insidiosa (PULL, 2005 apud SILVA, 2006). Os sintomas se agrupam em três categorias: positiva (incluindo alucinações auditivas e visuais, delírios, desorganização conceitual e transtorno do pensamento), negativo (embotamento emocional, retraimento social, anedonia, avolição, pobreza de pensamento e de conteúdo do discurso) e disfunção cognitiva (incluindo função executiva prejudicada, memória de trabalho e atenção) (ANDREASE, 1995 apud JONES; WATSON; FONE, 2011).

Estudos têm sugerido que eventos de ocorrência precoce durante a vida intrauterina ou logo após seu nascimento, como sendo de importância fundamental na etiologia de uma parcela dos casos de esquizofrenia, interferindo no desenvolvimento normal de determinadas estruturas cerebrais e tornando o indivíduo vulnerável ao surgimento mais tardio dos sintomas da doença, fortalecendo a hipótese

de a patogênese da esquizofrenia estar baseada em processos relacionados com o desenvolvimento cerebral. A má nutrição do feto, o nascimento prematuro antes da trigésima terceira semana e complicações durante o parto são indicadores de prejuízos no desenvolvimento do sistema nervoso central, podendo causar danos ao hipocampo e córtex cerebral, levando à hipóxia ou isquemia e consequentemente aumentar os riscos de a criança obter diagnóstico de esquizofrenia (SILVA, 2006).

Em relação às anormalidades cerebrais e às três síndromes psicopatológicas ou dimensões da esquizofrenia [positivo (delírios e alucinações), negativa (avolia, embotamento do afeto) e desorganização] alguns estudos mostraram que os sintomas positivos estão relacionados com ventrículos normais, enquanto os sintomas negativos estão relacionados com ventrículos aumentados e reduzido volume do cérebro ao passo que outros estudos encontraram uma associação entre o aparecimento de déficits cerebrais durante a infância e anormalidades estruturais, bem como sintomas negativos e déficits neuropsicológicos (FERRARI et al., 2006).

De acordo com o DSM-V (APA, 2004) as diferenças ficam também evidentes na arquitetura celular, na conectividade da substância branca e no volume da substância cinzenta em uma variedade de regiões, como os córtices pré-frontal e temporal. É observada redução no volume cerebral total, bem como aumento da redução de volume do envelhecimento. Sendo mais comum em pessoas com esquizofrenia do que em indivíduos saudáveis.

Estudos de ressonância magnética (RM) têm replicado os achados de dilatação ventricular e alargamento de sulcos corticais na esquizofrenia, além de identificar diminuições volumétricas de substância cinzenta no cérebro de pacientes esquizofrênicos (BUSATTO FILHO, 2000, p. 9). Tais achados foram identificados não apenas em amostras de pacientes com esquizofrenia crônica, mas também em grupos de pacientes em primeiro episódio psicótico. Essas alterações precoces dão suporte às hipóteses de que os sintomas da esquizofrenia podem ter, como base fisiopatológica, processos cerebrais de início durante fases do neurodesenvolvimento (STEEN et al., 2006 apud ARARIPE NETO; BRESSAN; BUSATTO FILHO, 2007). Para Ferrari e colaboradores (2006), pacientes com esquizofrenia de início precoce têm graus significativamente maiores de alargamento ventricular.

O CAPS tem como função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim, internação em hospitais psiquiátricos e promovendo a inserção social das pessoas com transtorno mental de forma gradual e planejada (BRASIL,

2009). Sua proposta terapêutica se adapta a um modelo de não internação, promovendo o cuidado de atenção diária sem retirar o usuário de seu território. O Ministério da Saúde estabelece que os CAPS devem prestar como assistência ao usuário de seus serviços: atendimento individual e grupal, atendimento por oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que insiram o usuário em seu meio social, comunitário e familiar (BRASIL, 2002). As oficinas e grupos terapêuticos são algumas das principais formas de tratamento nos CAPS. Essas atividades podem ser definidas a partir das necessidades dos usuários e das disponibilidades de técnicos, com o objetivo de promover a integração social e familiar, a expressão dos sentimentos e dificuldades, o desenvolvimento de habilidades pessoais e laborais e o exercício da cidadania (BRASIL, 2004 apud MARTINHAGO E OLIVEIRA, 2012).

O CAPS é “um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e práticas. Ao invés de excluir, medicar e disciplinar, deve acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade” (ROCHA, 2005 apud MOLL; SAEKI, 2009). Espera-se que através das inúmeras políticas de saúde mental e o trabalho desenvolvido por instituições como o CAPS, pessoas com transtornos mentais severos como o da esquizofrenia tenham mais visibilidade e respeito e os preconceitos e dúvidas relacionadas às doenças mentais, sejam desmistificados, possibilitando uma melhor qualidade de vida àqueles que lhe possui e também a seus cuidadores, contribuindo para uma reinserção mais eficaz na sociedade.

Considerações Finais

Apesar de muito comentado, pouco se sabe sobre a fisiopatologia da esquizofrenia, embora fatores genéticos, problemas no neurodesenvolvimento e fatores ambientais sejam uma das principais características para o desencadeamento da esquizofrenia. Pode-se concluir através deste estudo que fatores genéticos são uma das principais causas da esquizofrenia, principalmente em irmãos gêmeos monozigóticos.

Porém, apesar de uma das principais causas somente o fator genético não pode ser considerado um sintoma patognomônico do transtorno. Outra característica muito importante a ser levado em consideração como desencadeantes seriam os ambientais, principalmente os de início precoce (má nutrição da mãe durante a gestação, complicações no parto, dentre outros).

Em relação à anormalidade da estrutura cerebral este estudo mostrou que pacientes com diagnóstico de esquizofrenia apresentam maior alargamento ventricular e alargamento de sulcos corticais, além de diminuições volumétricas de substâncias cinzentas no cérebro de pessoas com esquizofrenia, independente do transtorno se apresentar na fase crônica ou aguda (pacientes em seu primeiro episódio psicótico), apresentando a presença de alterações estruturais já no início da doença.

Quanto ao convívio social é possível perceber que as pessoas que sofrem de transtornos mentais como os da esquizofrenia, precisam de mais visibilidade social para que sua reinserção na sociedade seja o mais eficaz possível. Atualmente o CAPS é o responsável por promover a saúde mental, através do desenvolvimento de práticas clínicas integrais sendo de grande importância para a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, tornando o processo mais humanizado visto que o paciente não é retirado do convívio social e familiar, acolhendo-os e tendo um novo olhar para tais indivíduos, com o objeto de integrá-los e não de segregá-los fazendo com que o processo se tornasse mais efetivo, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM5**. Porto Alegre: Artmed. 2014.

ARARIPE NETO, A.G. A.; BRESSAN, R. A.; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 2002.

BUSATTO FILHO, Geraldo. A anatomia estrutural e funcional da esquizofrenia: achados de neuropatologia e neuroimagem. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 9-11, maio 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jul. 2016.

DIAS, Álvaro Machado; Rodrigues, Avelino Luiz. Esquizofrenia, genética, epigênese, ambiente: uma revisão sistemática das hipóteses etiológicas unificadas e do perfil genética; e um novo algoritmo para o tratamento dos achados principais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**v.22, supl. 2, p.2-4S, 2000.

- FERRARI, Maria Cristina Lombardo et al . Structural brain abnormalities in early-onset schizophrenia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 64, n. 3b, p. 741-746, set. 2006.
- FILHO, Homero P Vallada; SAMAIA, Helena. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Rev. PortMed Geral Fam**, Lisboa, v.31 n.5, out. 2015.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2008.
- GONÇALVES, M.T.; WERNER, J.; NEVES, A.O. Características clínicas e do neurodesenvolvimento na esquizofrenia da infância e adolescência. **Rev. Neurociência**. V. 15, n.1, 2007.
- JACKOWSKI, Andrea Parolin et.al. The involvement of the orbitofrontal cortex in psychiatric disorders: na update of neuroimaging findings. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. jun., 2012.
- JONES, CA et. al. Medical School, Queen’s Medical Centre, The University of Nottingham, Nottingham. Review: Animal models of schizophrenia. **School of Biomedical Sciences**, v.12, mar. 2011.
- KEILHOFF, Gerburg et. al. Effects of Antipsychotics on Dentate Gyrus Stem Cell Proliferation and Survival in Animal Models: A Critical Update. **Review Article**. 2012.
- KESHAVAN, M. S. et al. Decreased BDNF in patients with antipsychotic naïve first episode schizophrenia. **Schizophr Res**. v. 199, p 47–51, 2011.
- LOPES, Tatiana Scala, et. al. O Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtornos do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras na Rede Pública de Atenção Psicossocial. **Rev. Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.3, p.558-571, 2012.
- MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria; **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 115p.
- MARTINHAGO, Fernanda; Oliveira, Walter Ferreira de A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Rev: Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out. /dez. 2012.
- MENDES, José Eduardo et.al. Esquizofrenia: papel-chave do Médico de Família e recurso ao internamento em regime compulsivo. **Rev. Port Med Geral Fam**, Lisboa, v31, out. 2015.
- MESSAS, G. P. et al. Ausência de efeitos de gênero em esquizofrenia familiar um estudo brasileiro. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v.58, n 2B, p,494-498, 2000.
- MOGHADDAM, B.; JACKSON, M.E. Glutamatergic animal models of schizophrenia. **Annals of the New York Academy of Sciences**. 2003.

MOLI, Marciana Fernandes; Saeki, Toyoko. A Vida Social de Pessoas com Diagnóstico de Esquizofrenia, Usuárias de Um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.17, n.6, nov./dez. 2009.

MOTTA, Paulo A. **Genética Humana Aplicada a Psicologia e Toda a Área Biomédica**. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETO, Manoel de Lima Acioli; Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.4, p.964-997, 2013.

OLIVEIRA, Renata Marques, et. al. A Realidade do Viver com Esquizofrenia. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.309-316, mar-abr. 2012.

OLIVER, P.L; DAVES, K.E. Interaction between environmental and genetic factors modulates schizophrenic endophenotypes in the Snap-25 mutant blind-drunk. **Hum Mol Gent**. v. 18, n.23, 2009.

PACK, S. Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. **Nursing Standard**. 2014.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, ago. 2004.

REICHERT, Evânia Astér. **Infância a idade sagrada; anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos**. Porto Alegre. Vale do ser, 2008.

SAHA, S. et al. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. **PLoS Pediatr. (Rio J)**. Porto Alegre, v. 80, n. 2, p.3 -10, 2004.

SILVA, Regina Claudia Barbosa da. Esquizofrenia: Uma Revisão. **Psicologia USP**, v.17, n.4, p. 263-285, 2006.

VALLADA FILHO, Homero P; SAMAIA, Helena. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 2-4, maio, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2016.

Dados para contato:

Autor: Adalberto Alves de Castro

E-mail: adalba1@hotmail.com

FATORES ASSOCIADOS ÀS FALHAS DO TRATAMENTO CONTRA A BACTÉRIA *HELICOBACTER PYLORI*: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Epidemiologia e políticas de saúde

Micheli Rodrigues de Souza¹; Alexandre Piccinini¹; Luiz Fábio Bianco¹; Ana Paula Bazo¹

¹.Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: A bactéria *Helicobacter pylori* desencadeia um processo inflamatório na mucosa gástrica, podendo levar a sérias doenças gastroduodenais. Sendo assim, sua erradicação é de grande importância, sendo necessária uma terapêutica eficaz. Nesse sentido, o presente trabalho visou descrever os fatores envolvidos na falha do tratamento por *Helicobacter pylori*. Para que esse objetivo fosse atendido realizou-se uma revisão da literatura do tipo narrativa, utilizando os seguintes termos: “*Helicobacter pylori*”; “tratamento”; “falhas do tratamento” e “retratamento”. As principais falhas do tratamento descritas foram a resistência aos antibióticos, as escolhas inadequadas da associação de medicamentos utilizados e a má adesão da terapêutica.

Palavras-chave: *Helicobacter pylori*. Erradicação. Falhas do tratamento.

Introdução:

Segundo Coelho (2013); Mazzoleni; Mazzoleni (2010) e Parente (2003), o micro-organismo *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) é uma bactéria com características de bacilo Gram negativo curvo ou espiralado, que infecta uma grande parte da população humana. Esta bactéria, localizada na mucosa gástrica, desencadeia um processo inflamatório crônico, levando, como consequência, ao desenvolvimento de inúmeras doenças, tais como gastrites, úlceras gástrica e duodenal, linfoma gástrico tipo MALT e carcinoma gástrico (MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011).

Na população mundial existe uma alta prevalência de infecção, variando entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Acredita-se que essa variação seja pré-determinada por fatores socioeconômicos, ambientais e práticas culturais, além de possível predisposição genética. O fator relacionado às condições de moradia com higiene inadequada e falta de saneamento, tem maior influência. Estudos demonstram que na maioria das vezes a infecção se dá na infância, e que esta taxa de prevalência se eleva progressivamente com o ganho de idade (DDINE et al. 2012).

Com relação ao tratamento, o Brasil possui um arsenal terapêutico poderoso no combate ao *H. pylori*. No entanto, o sucesso terapêutico irá depender de vários fatores, dentre eles a escolha correta da associação de medicamentos que devem ser utilizados, bem como da correta adesão à terapia (EISIG, 2014; MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011). Outro fator que pode estar associado ao sucesso ou falha no tratamento está relacionado ao patógeno.

Segundo Brito; Almeida (2013) e Coelho (2013) existe uma falha terapêutica de 28% a 30%, podendo chegar a 50% em algumas regiões, decorrente principalmente, da resistência aos antibióticos. A frequência de efeitos adversos também tem sido elevada, com patamares de até 85%, o que também contribui para o insucesso do tratamento.

Em vista da falta de resposta adequada ao tratamento, outras opções terapêuticas se tornam às vezes necessárias (MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011). O fato é que os resultados de efetividade em ensaios clínicos no Brasil têm sido variáveis, com baixos índices de erradicação (BRITO; ALMEIDA, 2013).

A partir das informações acima dispostas foi levantado o seguinte problema de pesquisa: Quais são os fatores envolvidos na falha do tratamento por *Helicobacter pylori*? Com base no problema de pesquisa, o objetivo geral foi descrever os fatores envolvidos na falha do tratamento. Para que o objetivo geral fosse alcançado, foram delineados os seguintes objetivos específicos: apresentar os diversos aspectos associados à infecção por *Helicobacter pylori* e relatar os fatores de falhas do tratamento associados aos mecanismos de virulência da bactéria, aos medicamentos e ao paciente portador da infecção.

Ressalta-se que o presente estudo é relevante para obtenção de um conhecimento aprofundado do assunto pesquisado, oferecendo subsídios ao profissional farmacêutico, a fim de que este seja capaz de orientar, por meio da atenção farmacêutica, acerca da importância do tratamento correto para erradicação da infecção, com ênfase nos efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas que venham a interferir no sucesso do tratamento.

Procedimentos Metodológicos

Os dados do estudo foram coletados a partir de uma revisão da literatura do tipo narrativa, com uma pesquisa em base de dados eletrônicas (*PubMed*, *Google acadêmico*, *Scielo* e *Bireme*), utilizando-se os seguintes termos de busca:

("Helicobacter pylori AND Tratamento"; "Helicobacter pylori AND falha no tratamento"; "Helicobacter pylori AND retratamento"). Após a leitura dos resumos dos artigos e trabalhos resultantes da busca, foram excluídos aqueles que não tinham relação com os objetivos do estudo. Foram utilizados também, livros específicos da área estudada.

As informações levantadas nessa revisão foram dispostas na sequência a ser detalhada. A fim de introduzir algumas terminologias e conceitos e para facilitar o entendimento a respeito dos fatores envolvidos com o tratamento da infecção, inicialmente são apresentados dados epidemiológicos, seguidos pelos meios de transmissão da bactéria. A seguir, apresenta-se uma descrição das características gerais do *H. pylori*, seus fatores de virulência e a patogênese da infecção. E finalmente, são abordados os diversos aspectos do tratamento e retratamento, bem como discutidos os aspectos envolvidos na falha deste.

Epidemiologia da infecção

Aproximadamente metade da população mundial é portadora da bactéria *Helicobacter pylori*. No entanto, as taxas de prevalência variam muito e esta variação está associada a diversos fatores, tais como níveis socioeconômicos e condições sanitárias nas primeiras fases da vida (KODAIRA; ESCOBAR; GRISI, 2002; MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010; SIQUEIRA et al., 2007).

Entre as populações em condições precárias, na sua maior parte em países subdesenvolvidos, ocorre a infecção nos primeiros meses de vida. Sendo assim, nesta população a taxa de novos casos é extremamente elevada, podendo alcançar de 4,0% a 5,0%. Por outro lado, a incidência da infecção nos países desenvolvidos é bem menor, variando entre 1,0% e 2,0% por ano em crianças e 0,1% a 1,1% na população adulta (PARENTE; PARENTE, 2010).

A prevalência da infecção nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento é elevada, podendo atingir até 50% das crianças aos 5 anos de idade e entre adultos essa taxa pode alcançar 80%. Em países desenvolvidos a prevalência cai para 20% a 50% para crianças e adultos, respectivamente (MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010), e é igualmente encontrada em homens e mulheres (SIQUEIRA et. al, 2007).

No Brasil, dados apontam que cerca de 60% a 70% dos indivíduos estejam infectados por esta bactéria (MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010). Não existe predominância de sexo, ou seja, o grau de contaminação é igual para homens/meninos e mulheres/meninas (SOUSA et al., 2001). A prevalência no país é

maior que a média da população mundial, com variabilidade dependendo da área geográfica e do nível de desenvolvimento da população pesquisada. Em populações com baixo nível socioeconômico, residentes em áreas urbanas e rurais, a prevalência de infecção pode chegar a 70% das crianças com 5 anos de idade, atingindo mais de 80% dos indivíduos após 20 anos de idade (COELHO et al., 2013).

Transmissão

Qualquer meio que permita que a bactéria *H. pylori* alcance o estômago pode ser um meio de transmissão, principalmente de pessoa a pessoa por meio de exposição fecal/oral, gastro/oral e oral/oral ou também por fontes ambientais como água contaminada (MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010; PONTES, 2014). Os autores Weyermann; Rothenbacher e Brenner (2009) apontam que a transmissão intrafamiliar parece ser a principal via para a aquisição da infecção, principalmente entre mães e filhos e entre irmãos, apoiando a hipótese de que um contato próximo é importante para a transmissão da infecção.

Existe também a possibilidade de animais atuarem como um reservatório para a infecção, uma vez que a bactéria foi isolada em cultura de material proveniente de gatos domésticos, sugerindo que estes possam servir como reservatórios e vetores para o agente (KODAIRA ESCOBAR; GRISI, 2002; VELOSO; CAPOROSI; AMARAL, 2014).

Além destes meios de transmissão já citados, alguns estudos mostraram que endoscópios e fórceps de biópsia são frequentemente contaminados após endoscopia de pacientes *H. pylori*-positivos, mesmo se desinfetados com álcool etílico a 70% ou glutaraldeído a 2%. Com lavagem manual do endoscópio, tal transmissão ocorre em 1 a 3% das endoscopias (SIQUEIRA et. al, 2007; VELOSO; CAPOROSI; AMARAL, 2014).

Diagnóstico

Os testes diagnósticos para o *H. pylori* podem ser invasivos, os quais utilizam biópsia da mucosa gástrica, são eles: teste da urease, histologia e cultura. O mais utilizado é o exame histológico da biópsia gástrica, por apresentar maior especificidade e sensibilidade para infecção e por permitir acrescentar informações histopatológicas, possibilitando avaliar a presença de alterações pré-malignas (MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010). Caso haja opção pela pesquisa de *H. Pylori*

durante a endoscopia digestiva, a coleta de material deverá ser realizada no corpo e antro gástricos. O estudo histológico deve incluir a coleta de cinco fragmentos: dois do antro, dois do corpo e um da incisura *angularis* (COELHO; ZATERKA, 2005).

Os testes não invasivos são o soro teste respiratório com ureia marcada e pesquisa do antígeno fecal. Dentre eles, o mais utilizado é o teste respiratório com ureia marcada, por ser um método simples e rápido, amplamente utilizado para controle após terapêutica de erradicação do *H. pylori*. O teste de pesquisa do antígeno fecal tem boa sensibilidade e especificidade tanto para diagnóstico quanto para controle do tratamento. No entanto, os testes sorológicos não são indicados para avaliação da cura porque títulos de anticorpos permanecem positivos por longos períodos de tempo após a erradicação da bactéria (COELHO, 2013; MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010).

Características gerais da bactéria *Helicobacter pylori*

O *H. pylori* foi isolado pela primeira vez da mucosa gástrica do ser humano em 1982 por Marshall e Warren, dois pesquisadores australianos, originalmente denominado como GCLO (*Gastric Campylobacter like organismo*), posteriormente recebeu os nomes de *Campylobacter pyloridis*, *C. pyloricus* e *C. pylori*, recebendo em 1989, o nome definitivo de *Helicobacter pylori* (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

O *Helicobacter pylori* é um bacilo gram negativo, microaerófilo, em forma de espiral, com 0,5-0,9 µm de largura e 2-4 µm de comprimento. Possui múltiplos flagelos com bainha, o que lhe confere grande mobilidade no meio gástrico, e pode ser encontrado com dois tipos de morfologia, na forma de cocos ou de bacilo, predominando a segunda forma durante a infecção. Cresce lentamente e precisa de uma atmosfera de microaerofilia estrita e temperatura ótima de 37°C para se desenvolver (COELHO 2013; MAZZOLENI; MAZZOLENI, 2010; TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

Fatores de virulência

Muitos trabalhos têm demonstrado a capacidade da bactéria em produzir substâncias extracelulares e componentes que podem atuar como fatores de virulência ou ajudantes na instalação da infecção (ALTERTHUM; TRABULSI, 2008).

A motilidade conferida aos flagelos ajuda na colonização, pois permite à bactéria atravessar rapidamente a camada viscosa de muco que recobre o estômago

para atingir a superfície epitelial e as criptas, evitando também o efeito destrutivo do suco gástrico. Estudos experimentais com amostras de bactérias aflageladas ou defeituosas na sua estrutura flagelar não promovem a colonização (ALTERTHUM; TRABULSI, 2008).

Somadas ao fator motilidade, várias enzimas produzidas pelo *H pylori* parecem mediar ou facilitar seus efeitos deletérios sobre a mucosa gástrica (MARTINS et. al, 2002). Dentre estas, destaca-se a urease que permite à bactéria sobreviver em meio ácido, uma vez que essa hidrolisa a ureia, transformando-a em amônia e gás carbônico (CO₂), o que causa um efeito citopático às células epiteliais gástricas e eleva o pH devido à neutralização do ácido, favorecendo assim, a colonização e persistência da infecção. A bactéria também é capaz de degradar o muco gástrico, devido à ação da mucinase (SUGIMOTO; YAMAOKA, 2009; TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

Outras enzimas como a catalase e superóxido dismutase são produzidas em apreciável quantidade e têm sido consideradas fatores de resistência da bactéria aos mecanismos líticos oxidativos dos fagócitos polimorfonucleares, importantes para a sobrevivência do *H. pylori* na mucosa inflamada.

Considera-se também, um importante mecanismo para promoção da infecção, a capacidade de adesão da bactéria à célula hospedeira. No *H pylori* este processo se dá por meio de algumas proteínas de membranas conhecidas como adesinas, as quais permitem a adesão da bactéria aos antígenos do grupo sanguíneo Lewis^b presentes nas células gástricas (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

Além destes fatores de virulência já citados, cita-se a produção de toxinas, sendo que todas as cepas da bactéria são portadoras do gene *vacA* (gene da citotoxina vacuolizante); entretanto, apenas algumas são produtoras da citotoxina vacuolizante, que exerce um efeito citopático no epitélio. O gene *cagA* (gene associado à citotoxina) é um marcador da produção de citotoxina e codifica a proteína *cagA*, sendo que as cepas *cagA* positivas são mais virulentas (MATTAR; LAUDANA, 2000).

Destaca-se que a variabilidade de respostas ao tratamento contra a infecção pode estar associada também, a estes mecanismos de virulência. Desta forma, esse assunto será retomado e detalhado quando forem abordados os fatores relacionados à falha no tratamento, no que concerne às características da bactéria.

Patogênese

Quando o *H. pylori* coloniza a mucosa gástrica, produz uma lesão destrutiva multifocal do epitélio, atribuída à produção de mucinase, havendo perda parcial ou total da porção apical do epitélio gástrico, com distorção do núcleo e do citoplasma basal.

Em resposta à infecção, o organismo do hospedeiro gera uma resposta inflamatória caracterizada por edema com infiltrado neutrofílico e células mononucleares, levando a um processo conhecido como gastrite. Inicialmente essa gastrite é superficial, porém pode evoluir para úlcera duodenal, úlcera gástrica e câncer gástrico (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

No entanto, embora a soroprevalência de *H. pylori* seja alta na população normal, uma minoria desenvolve úlcera péptica (MATTAR; LAUDANA, 2000). Com relação às neoplasias associadas à infecção, observa-se que em uma pequena porcentagem de tumores gástricos do tipo linfoma tem-se encontrado uma forte relação com infecção por *H. pylori* e que dentre os portadores da bactéria, 1% desenvolve câncer gástrico, sendo observado em diversos estudos a alta prevalência das cepas CagA e VacA da bactéria nestes pacientes (THOMAZINI et al, 2006).

Pesquisas têm mostrado também, relação da infecção pelo *Helicobacter pylori* com a anemia ferropênica, a púrpura trombocitopênica idiopática e doença cardíaca isquêmica (PONTES, 2014).

Estas diferentes variedades evolutivas da infecção podem ser determinadas pela cepa infectante, o tempo de infecção, a resposta do hospedeiro, fatores ambientais, dentre outros (TRABULSI; ALTERTHUM, 2008).

Tratamento

Embora nenhum consenso preconize o tratamento indiscriminado de todos os portadores do *H. pylori*, uma vez que a maioria é assintomática e não irá apresentar problemas em decorrência da infecção, a erradicação está inquestionavelmente indicada em algumas situações clínicas, como no tratamento das úlceras pépticas associadas à infecção. Ressalta-se que em um trabalho de revisão sistemática concluiu-se que portadores de *H. pylori* assintomáticos e sem doença, não devem ser tratados, pois o tratamento pode desencadear outras patologias, dentre elas doença do esôfago (MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011).

Sendo assim, antes da escolha do melhor tratamento anti *H pylori* é preciso avaliar uma lista de fatores: prevalência da infecção, prevalência de câncer gástrico, resistência a antibióticos, alergias ou intolerância aos medicamentos, tratamentos anteriores e resultados, facilidade de administração, efeitos adversos e custos (HUNT et al. 2010; SILVA et al. 2001).

Desde 1997, o tratamento convencional para erradicação do *H. pylori* é composto por uma combinação de um inibidor de bomba de prótons (IBP) associado a dois antimicrobianos, conhecido como terapia tríplice. (PONTES, 2014; SILVA et al 2001; VELOSO; CAPOROSSI; AMARAL, 2014). A inibição potente do ácido pelo IBP faz com que os antimicrobianos sejam mais estáveis e biodisponíveis no estômago, aumentando a concentração destes fármacos na mucosa gástrica. Além disso, a inibição do ácido permite que o *H. pylori* torne-se mais sensível aos antimicrobianos (SUGIMOTO; FURUTA; YAMAOKA, 2009).

O esquema tríplice tradicional, composto por um fármaco IBP (omeprazol - 20 mg; lansoprazol - 30 mg; pantoprazol - 40 mg; rabeprazol - 20 mg ou esomeprazol - 40 mg) + dois antimicrobianos (claritromicina - 500 mg + amoxicilina - 1.000 mg), a ser utilizado duas vezes ao dia durante o período de 1 a 2 semanas, tem apresentado erradicação de 80% das bactérias, com poucos efeitos colaterais (MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011). No entanto, Pontes (2014) discute que esta terapia tríplice nos dias atuais torna-se duvidosa, pois sua eficácia vem sendo reduzida para níveis inaceitáveis.

Ao final do tratamento, o controle de cura da infecção deve ser realizado em não menos que quatro semanas após o final da terapia, a fim de evitar ocorrência de exames falso-negativos (COELHO et al.2013). Passado esse período, caso persista o diagnóstico positivo para bactéria, é necessário um novo tratamento.

Como primeira opção de retratamento, recomenda-se um esquema quádruplo com IBP (2 x dia), sais de bismuto 120mg (4 x dia) ou 240mg (2 x dia), tetraciclina 500 mg (4 x dia) + metronidazol 500mg ou 400mg (3 x dia) durante 10 a 14 dias (MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011; BRITO; ALMEIDA, 2013). No caso de insucesso com esta terapia, está indicado o seguinte esquema: levofloxacina (250 mg) + amoxicilina (1.000 mg) + IBP dose usual, 2 vezes por dia, durante 10 a 14 dias (MINCIS; MINCIS; MINCIS, 2011).

É importante ressaltar que não existe um tratamento ideal devido às variações de sensibilidade microbiana, raça e uso prévio destes medicamentos. Desta forma, a

eficácia de um esquema terapêutico não pode ser generalizada (SIQUEIRA et al., 2007).

Fatores associados à falha no tratamento

Como discutido anteriormente, a erradicação da infecção não é simples e os esquemas terapêuticos envolvem a associação de múltiplos agentes farmacológicos. Mesmo com a utilização de complexas associações de antibióticos com bloqueadores da secreção gástrica, significativa parcela dos pacientes não consegue eliminar a bactéria e necessita retratamento com diferentes esquemas terapêuticos. Desta forma, nos itens a seguir serão abordados alguns fatores associados à falha no tratamento anti *H pylori*.

Fatores associados à bactéria

Como já citado neste trabalho, existem alguns fatores de virulência codificados por genes do *H. pylori*, os quais estão associados a uma maior agressividade da bactéria, influenciando nas respostas ao tratamento. Os principais são:

Vac A

A proteína VacA, ou “citotoxina vacuolizadora”, tem função determinante na patogênese, exercendo as seguintes atividades: vacuolização celular, apoptose e ativação dos linfócitos T CD4 positivos e proliferação.

Variações específicas do alelo *vacA* apresentam diferentes níveis de atividade da toxina e estão associadas a diferentes riscos de doenças gastrointestinais. Existem dois tipos de regiões gênicas, as sinalizadoras (s1 e s2) e as médias (m1 e m2), que estão associadas às diferenças nas atividades vacuolizadoras. Geralmente os genótipos *vacA* s1 e m1 produzem muita toxina, aumentando a atividade vacuolizadora, estando associada à inflamação gástrica grave e úlcera duodenal, já os genótipos s2 e m2 produzem pouca ou nenhuma toxina estando raramente associadas com o desenvolvimento da úlcera péptica e câncer gástrico (BARBOSA; SCHINONNI, 2011).

Cag A

Apenas algumas cepas são produtoras da citotoxina vacuolizante - *cag A*. Pacientes com úlcera duodenal, gastrite atrófica e carcinoma gástrico são mais

comumente infectados com cepas cagA-positivas do que cagA-negativas. As positivas são mais virulentas, associadas a maior grau de infiltração de polimorfonucleares neutrófilos, produção de interleucina-8 e têm íntima associação com cepas vacA S1 (SIQUEIRA et. al, 2007).

Martins et al. (2002) também afirmam que a infecção pela cepa virulenta CagA+ é considerada um dos principais fatores etiológicos para o desenvolvimento de ulcerações gástricas. Através de testes sorológicos foi feita uma investigação na região Norte do Brasil para detecção de anticorpos contra o *H.pylori* e proteína CagA. Observou-se neste estudo que 82% dos pacientes estavam infectados pela cepa virulenta, entre esses, 89% apresentaram maior inflamação na mucosa gástrica, com denso infiltrado de leucócitos no tecido, o que provavelmente favoreceu a formação das ulcerações gástricas.

Fatores associados ao paciente

Veloso; Caporossi e Amaral (2014) pontuam algumas possíveis causas da falha na erradicação associadas ao paciente portador da infecção. Uma dessas falhas pode ser a concentração antimicrobiana inadequada devido à má adesão da terapêutica ou absorção reduzida dos fármacos por causas secundárias, tais como vômitos e diarreias. Outro problema pode ser a resposta imune local inadequada.

A falta de adesão pode ser consequência dos efeitos colaterais dos esquemas terapêuticos muito frequentes em esquemas de erradicação. O esquema tríplice apresenta até 50% de efeitos adversos, mas em geral leves.

Mediante tais dificuldades, é papel do médico e também do farmacêutico orientar minuciosamente o paciente, esclarecendo todas as dúvidas pertinentes ao tratamento, para que haja menor evasão e maior aderência à terapêutica empregada (VELOSO; CAPAROSSI; AMARAL, 2014).

Fatores relacionados aos medicamentos

A resistência antimicrobiana é um fator chave na falência da erradicação de *H. pylori*, sendo que as taxas de resistência vêm aumentando em nível mundial (HUNT et. al, 2010). A prevalência de cepas resistentes à claritromicina vem crescendo gradualmente de um ano para outro, um dos motivos pode ser o aumento do uso deste antibiótico no tratamento de doenças pulmonares obstrutivas crônicas e otite média crônica. Estudos relatam também que mais de metade dos pacientes que

apresentaram falha na erradicação após terapêutica, eram infectados com cepas claritromicina-resistente (SUGIMOTO; YAMAOKA, 2009; SUGIMOTO; FURUTA; YAMAOKA, 2009).

Outra causa de falhas no tratamento é a utilização de antibióticos ou de associações terapêuticas insuficientes para a erradicação, como uso de apenas um antibiótico associado aos IBPs (esquema duplo). O tempo do tratamento também pode influenciar nas taxas de erradicação, sendo que pacientes com dispepsia funcional necessitam de um tratamento com duração maior que pacientes com úlceras.

Considerações Finais

Com o presente estudo conseguimos observar que foram vários os problemas relacionados às falhas do tratamento para erradicação da bactéria *Helicobacter pylori*, tais como: resistência a antibióticos, má adesão à terapêutica, absorção reduzida dos fármacos, elevada carga bacteriana, limitação da eficácia antimicrobiana relacionada à hipersecreção clorídrica e tipos de cepa infectante CagA ou VacA.

É indispensável ressaltar que não existe uma terapia única que possa ser utilizada para todos os casos de infecção, pois em cada região de cada país existem fatores genéticos, econômicos e hábitos que influenciam no tratamento. Em algumas regiões observa-se a resistência à claritromicina, em outras a resistência é contra a tetraciclina e assim por diante. Com relação às cepas, em determinados locais há predomínio das cepas CagA virulentas, as quais desencadeiam doenças mais sérias, como gastrite crônica e linfoma. Desta forma, cabe ao médico prescrever uma terapêutica específica, levando-se em conta as características próprias da localidade e das condições de saúde do paciente.

Referências

BARBOSA, Joel Antonio; SCHINONNI, Maria Isabel. *Helicobacter pylori*: Associação com o câncer gástrico e novas descobertas sobre os fatores de virulência. **Ci. med. Biol.**, Salvador, v.10, n.3, p.254-262, set./dez 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5886/4239>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRITO, Carlos; ALMEIDA, José Roberto de. *Helicobacter pylori* não erradicado com esquema tradicional. **JBM**, Rio de Janeiro, v.101, n.1, p. 31-38, janeiro/ fevereiro 2013. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC>>

gQFjAC&url=http%3A%2F%2Fepuc.com.br%2FJBM%2FPDF%2FJBM-Janeiro-Fevereiro%25202013.pdf&ei=f3taVYLnHSwsASx3IAo&usg=AFQjCNEbmlHOTRcgMv3VQc0sn2dXSM74pQ&sig2=6jAhp5hiE3kwfp370LOhQ&bvm=bv.93564037,d.cWc>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BENAJAH, Dafr Allah et al. Prevalence of Helicobacter pylori and its recurrence after successful eradication in a developing nation (Morocco). **Clinics and research in hepatology and gastroenterology**, v. 37, n. 5, p. 519-526, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210740113000399>>. Acesso em: 06 out. 2015.

COELHO, Felipe Maria Meireles da Cunha. Helicobacter pylori eficácia terapêutica. **Covilã**, v.1, p. 42, maio de 2013. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fcsaude.ubi.pt%2Fthesis2%2Fanexo.php%3Fid%3D1077084c7da51cb2&ei=THlaVfGnIPSKsQSkolPIAQ&usg=AFQjCNF0UPooM5Z7FUR1qRT1m3f8PB13rg&sig2=vimrEyEy06BbvcUYLgQpvA&bvm=bv.93564037,d.cWc>> Acesso em: 15 mar. 2015.

COELHO, Luiz Gonzaga et al. 3rd BRAZILIAN CONSENSUS ON Helicobacter pylori. **Arq. Gastroenterol.**, v. 50, n.2, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v50n2/0004-2803-ag-50-02-81.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

DDINE, Lissa Chamse et al. Fatores associados com a gastrite crônica em pacientes com presença ou ausência do Helicobacter pylori. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 96-100, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010267202012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2015.

EISIG, Jaime Natan. Como diagnosticar e tratar Helicobacter Pylori. **RBM - Rev. Bras. Medi.** São Paulo, v. 71, n.12, p. 32-36, outubro 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5956>. Acesso em: 12 abr. 2015.

HUNT, R.H et al. **Helicobacter pylori nos países em desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-portuguese-2010.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.

KODAIRA, Marcia S.; ESCOBAR, Ana Maria de Ulhôa; GRISI, Sandra. Aspectos epidemiológicos do Helicobacter pylori na infância e adolescência. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 3, p. 356-369, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10501.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

LIOU, Jyh-Ming et al. Sequential versus triple therapy for the first-line treatment of Helicobacter pylori: a multicentre, open-label, randomised trial. **The Lancet**, v. 381, n. 9862, p. 205-213, 2013. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/233536249_Chen_CC_Chen_MJ_Chen_C_C_et_al._Sequential_versus_triple_therapy_for_the_first-

line_treatment_of_Helicobacter_pylori_a_multicentre_open-label_randomised_trial>. Acesso em: 05 out. 2015.

MARTINS, Luisa Caricio et al. Seroprevalence of antibodies against the CagA antigen the *Helicobacter pylori* in patients with gastric ulcer in the North region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 4, p. 307-310, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 out. 2015

MATTAR, Rejane; LAUDANNA, Antonio Atilio. *Helicobacter pylori* genotyping from positive clotests in patients with duodenal ulcer. **Rev. Hosp. Clin.**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 155-160, out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004187812000000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2015.

MAZZOLENI, Luiz Edmundo; MAZZOLENI, Felipe. Tratamento e retratamento do *Helicobacter pylori*. **Rev Bras Med**, v. 67, n. 5, p. 153-167, 2010. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4309&fase=imprime. Acesso em: 12 abr. 2015.

MINCIS, Moysés; MINCIS, Ricardo; MINCIS, Rodrigo. Avanços no tratamento da bactéria *Helicobacter Pylori* (HP). **GED, Gast. End. Dig.** São Paulo, v.30 n.2, p.75-79, 2011. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.bvs.br%2Fupload%2FS%2F0101-7772%2F2011%2Fv30n2%2Fa2919.pdf&ei=10BRVbfYF4GSNvb0gLAB&usg=AFQjCNHA-Ta-i6asYZZUYrMFuAdLTVuUKw&sig2=nKSa4vtJwo4L_-yCNmhgbg&bvm=bv.92885102,d.eXY. Acesso em: 20 maio 2015.

PARENTE, José Miguel Luz. **Prevalência da infecção pelo helicobacter pilory em crianças ate 12 anos de idade**. 2003. 124p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas - SP. 2003. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pgR5hz46tRMJ:www.biblio.tecadigital.unicamp.br/document/%3Fdown%3Dvtls000316064+&cd=2&hl=ptBR&ct=clnk&gl=us>. Acesso em 08 out 2015.

PARENTE, José Miguel Luz; PARENTE, Mírian Pérpetua Palha Dias. Contexto epidemiológico atual da infecção por *Helicobacter pylori*. *Current Epidemiological Context Helycobacter pylori infection on*. **GED**, v 29, n. 3, p. 86-89, 2010. Acesso em 27 set. 2015

PONTES, Raquel Moura Laranja. **A erradicação do helicobacter pylori na atualidade e o problema da resistência**. 2014. 29p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. 2014.

SILVA, Fernando Marcuz et al. Factors affecting *Helicobacter pylori* eradication using a seven-day triple therapy with a proton pump inhibitor, tinidazole and clarithromycin, in brazilian patients with peptic ulcer. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 56, n. 1,

p. 11-16, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0041-87812001000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 out 2015.

SIQUEIRA, Jullyana S. et al. Aspectos gerais nas infecções por *Helicobacter pylori*-revisão. **RBAC**, v. 39, n. 1, p. 9-13, 2007. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/280002792_Aspectos_Gerais_nas_Infeces_por_Helicobacter_pylori_Reviso>. Acesso em: 05 out. 2015.

SOUSA, Marcelo Basso et al. Prevalência de infecção por *helicobacter pylori* em crianças avaliadas no hospital de clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 38, n. 2, p. 132-137, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000428032001000200010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 08 out. 2015

SUGIMOTO, Mitsushige; YAMAOKA, Yoshio. Virulence factor genotypes of *Helicobacter pylori* affect cure rates of eradication therapy. **Archivum immunologiae et therapiae experimentalis**, v. 57, n. 1, p. 45-56, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118989/>. Acesso em: 23 ago. 2015

SUGIMOTO, Mitsushige; FURUTA, Takahisa; YAMAOKA, Yoshio. Influence of inflammatory cytokine polymorphisms on eradication rates of *Helicobacter pylori*. **Journal of gastroenterology and hepatology**, v. 24, n. 11, p. 1725-1732, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128255/>>. Acesso em: 06 set. 2015

THOMAZINI, Cristiane Melissa et al. *Helicobacter pylori* and gastric cancer: distribution of *cagA* and *vacA* genotypes in patients with gastric carcinoma. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 25-30, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442006000100006&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em 04 out. 2015

TRABULSI, Luiz Rachid; ALTERTHUM, Flávio. **Gênero Helicobacter**. In: _____. **Microbiologia**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 363-368.

VELOSO, Alexandre Rezende; CAPOROSSI, Cervantes; AMARAL, Nayara Menezes do. *Helicobacter pylori* recidivado: qual o tratamento? **Revista Coorte**, Cuiabá, n. 4, 2014. Disponível em: <http://revistacoorte.com.br/index.php/COORTE/article/view/34/79>. Acesso em: 28 set. 2015

WEYERMANN, M; ROTHENBACHER, D., BRENNER, H. Acquisition of *Helicobacter pylori* infection in early childhood: independent contributions of infected mothers, fathers, and siblings. **Am J Gastroenterol.**, v.104, n.1, p.182-189, jan. 2009.

Dados para contato:

Autor: Ana Paula Bazo

E-mail: apbazo@gamil.com

FATORES DETERMINANTES PARA A DESISTÊNCIA DE JOVENS ATLETAS EM MODALIDADES INDIVIDUAIS DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA (SC)

Educação e promoção de saúde

Dário Leopoldo dos Santos Neto¹; João Fabrício Guimara Somariva²

¹Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; ². Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE

Resumo: O presente trabalho objetiva identificar os fatores determinantes de jovens atletas do Município de Criciúma (SC) para o abandono do esporte, representado por três modalidades individuais, sendo elas o atletismo, ciclismo e natação. O estudo contou com a participação de 21 ex-atletas das respectivas modalidades que já tiveram participação em competições estaduais e que abandonaram precocemente o esporte. Os resultados da pesquisa apontaram como fatores relevantes para a desistência nas modalidades a falta de patrocínio e apoio financeiro, a intensidade nos treinamentos, a vontade ou necessidade de fazer outras atividades e não ser tão bom como gostaria.

Palavras-chave: Abandono do esporte. Jovens. Esportes individuais.

Introdução

Na sociedade contemporânea, o esporte é um fenômeno que estabelece importante papel na formação humana e nas relações sociais. Sua modernização e massificação crescente vêm permitindo às chamadas ciências do esporte, o desenvolvimento de tecnologias específicas na busca pelo maior desempenho e, em consequência, pela quebra de recordes.

Para tal feito, uma busca incessante pela evolução do desempenho esportivo foi requerida, juntamente a uma série de adaptações e demandas reivindicadas por técnicos, atletas e demais envolvidos na comunidade especializada nas ciências do esporte. Nesse processo, aspectos fisiológicos, biomecânicos, psicológicos e sociais passam a ser tratados com maior especificidade por influenciarem diretamente o desempenho esportivo, entre estes estão os ligados à motivação, foco de nosso trabalho. As cargas de treinamento, questões financeiras, pressão pelos resultados, relacionamento com o treinador, escola e restrição ao lazer são fatores que exigem dos atletas ótima motivação a fim de que permaneçam no esporte competitivo por

maior período de tempo, para que possam realizar todas as tarefas de forma mais eficaz (MIRANDA; BARA FILHO, 2008).

A orientação da motivação para a prática desportiva mostra-se fator de grande importância, quando se trata de compreender a participação e o desenvolvimento da execução. É necessário saber o que motiva as pessoas a ingressar, se manter ou até mesmo a abandonar o esporte (VOSER et al., 2014).

Há autores que determinam dois modelos de motivação. Segundo Samulski (2002), quando a satisfação do sujeito é inerente ao objeto de aprendizagem, não dependendo de elementos externos, nomeia-se motivação intrínseca. Por conseguinte, a extrínseca está relacionada ao determinismo, fatores externos, que envolvem a aprendizagem, ganho de medalhas, salários e interação social.

Segundo Miranda e Bara Filho (2008), a relação entre motivação e treinamento esportivo pode ser explicada por meio da interdependência entre o grau de dificuldade da tarefa proposta e a intensidade da motivação dos atletas. Para exemplificar, os autores citam que um treinador de atletismo deve programar o volume e a intensidade dos seus treinamentos de acordo com a capacidade psicofísica de seus atletas. Dessa maneira, eles não se sentirão entediados nem ansiosos e, conseqüentemente, estarão motivados para a evolução de seus resultados.

Vários estudos sobre a desistência esportiva no Brasil vêm apontando fatores relacionados ao abandono de jovens atletas, dentre eles os mais citados são: prejuízo nos estudos, estresse, cobrança, intensidade dos treinos, monotonia nos treinos, lesões, entre outros (TISHER, 2010; SOUSA, 2010; HALLAL, 2008).

Distúrbios emocionais, cansaço, pressões de treinadores, pais e patrocinadores sempre foram relacionados à queda de rendimento ou desistência de atletas. Contudo, os motivos que conduzem a esse abrupto acontecimento, conhecido no meio científico pelo termo Síndrome de *Burnout*, ainda são pouco debatidos (PIRES; BRANDÃO; MACHADO, 2005).

Segundo os dicionários de língua inglesa, o termo *Burnout* é em uma junção entre 'burn' e 'out', palavras de língua inglesa, em que a primeira significa 'arder', 'queimar', enquanto a segunda se refere a 'fora', 'para fora'. Porém, sua tradução é mais bem expressada pela palavra 'esgotamento'. No entanto, devido ao fato de o *burnout* ter se firmado como um termo internacionalmente reconhecido na literatura científica optou-se pela manutenção da nomenclatura original (PIRES; BRANDÃO; MACHADO, 2005).

Considerada uma síndrome, ou seja, um conjunto de sintomas, o *Burnout* está fundamentado em três dimensões: exaustão emocional que se resume em sentimentos de extrema fadiga; despersonalização, que seria sentimentos negativos com respeito aos clientes, ou em relações intrapessoal desligado e descuidado em relação aos mesmos e, finalmente, reduzida satisfação profissional descrita como avaliações negativas sobre si mesmo, particularmente com referência à habilidade de obter sucesso no trabalho com clientes (PIRES; BRANDÃO; MACHADO, 2005).

No universo esportivo, constatou-se que profissionais de Educação Física, treinadores, preparadores físicos, atletas e até mesmo árbitros são indivíduos propensos a desenvolver essa síndrome. Tal fato evolui em função dos mesmos manterem em contato humano (relação intrapessoal) (PIRES, 2006). Relacionado a isso, cobranças, críticas, cansaço e estresse, torna-se resultado da síndrome.

Essas e outras questões despertaram nosso interesse em direcionar este estudo para os fatores determinantes de abandono do esporte, explorando para essa situação a realidade do município de Criciúma (SC). Diante disso, levantamos o seguinte questionamento: Que fatores são determinantes para a desistência de jovens atletas da modalidade de atletismo, ciclismo e natação?

Tendo em vista a relevância do tema, o objetivo principal deste trabalho é analisar os motivos que levam à desistência de atletas jovens da carreira esportiva, já que, conhecê-los, possibilitará que identifiquemos fatores motivacionais ligados especificamente ao perfil do atleta da nossa região/cidade, bem como proporcionará uma intervenção rápida ao atleta que possui propensão ao abandono, ou seja, poderemos diminuir o número de desistências das modalidades estudadas se pudermos agir com rapidez no foco do problema. Especificamente, propomo-nos a atingir os seguintes objetivos: a) identificar os fatores que determinam a desistência do atleta iniciante. b) descrever a relação de abandono nas modalidades esportivas do atletismo, ciclismo e Natação.

Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa se caracteriza como do tipo descritiva, pois tem por objetivo delinear as características de uma população, fenômeno ou experiência (GIL, 2008). Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado.

A amostra deste estudo foi constituída de ex-atletas das modalidades de atletismo, ciclismo e natação, que já tiveram participação em competições estaduais representando o Município de Criciúma (SC) e que abandonaram precocemente o esporte. Os sujeitos escolhidos foram indicados pelos seus respectivos ex-técnicos, sendo 7 indivíduos de ambos os sexos por modalidade, totalizando 21 participantes com idade entre 20 e 26 anos.

O instrumento utilizado foi o inventário da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), composto originalmente por 26 itens, com adaptações realizadas por Scalon (2004). Cada opção de resposta do questionário apresenta em uma escala tipo Likert de quatro alternativas com níveis de importância: 1- nada importante; 2- pouco importante; 3- importante; 4 - muito importante.

Primeiramente, teve-se contato com os técnicos das modalidades, que nos indicaram os atletas que abandonaram a carreira esportiva. Na sequência, os sujeitos selecionados foram contatados para a aplicação do questionário mediante uma prévia explicação dos objetivos da pesquisa e de sua aceitação, confirmada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para os sujeitos indicados que não se encontravam na região de Criciúma (SC), o contato, aplicação e assinatura do TCLE foi realizado via e-mail.

A análise dos resultados foi realizada por meio de estatística descritiva, verificando-se a frequência da ocorrência das respostas² apresentadas em valores percentuais.

Resultados e Discussão

Na Tabela 1 encontra-se a descrição das questões, frequência e percentual das categorias que obtiveram citação para as respostas definidas aqui como mais relevantes (muito importante e importante), de acordo com possíveis causas de abandono esportivo para as três modalidades pesquisadas.

² Optamos por discutir apenas os resultados relativos as alternativas 3 – importante e 4- muito importante.

Tabela 1 - Frequência e percentual dos principais motivos do abandono esportivo das modalidades de ciclismo, natação e atletismo.

Questões	Freq.	%
Falta de apoio técnico	2	9,5
Falta de patrocínio e apoio financeiro	14	66,6
Dificuldade de relacionamento com o técnico	5	23,9
Estresse da competição (medo, desgaste, pressão)	3	14,3
Pressão e cobrança excessiva por parte do técnico	6	28,6
Problemas de ordem física (lesões e doenças)	9	42,8
Intensidade nos treinamentos (cansaço)	10	47,6
Prejuízo nos estudos	3	14,3
Monotonia nos treinamentos	4	19,1
Vontade ou necessidade de fazer outras atividades	7	33,3
Poucas competições	6	28,6
Dificuldade em melhorar os resultados técnicos	8	38,1
Não ser tão bom quanto gostaria	10	47,6
Local de treinamento inadequado	5	23,9
Necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família	8	38,1
Medo de não atingir o sucesso como o de seus ídolos	3	14,3

Fonte: Autores (2015).

Foram observados na Tabela 1 os percentuais de possíveis fatores relevantes para o abandono no desporto, que teve como maior frequência nas três modalidades pesquisadas: 'falta de patrocínio e apoio financeiro', 'intensidade dos treinamentos' e 'não ser tão bom como gostaria'.

Com base nesses dados, procuramos analisar separadamente os fatores de cada modalidade para que pudéssemos identificá-los com clareza.

Principais motivos do abandono esportivo da modalidade do Atletismo

Para sintetizar o estudo, optamos por analisar separadamente as questões que tiveram a porcentagem acima de 70% como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência e percentual dos principais motivos do abandono esportivo da modalidade de atletismo.

Questões	Freq.	%
Falta de patrocínio e apoio financeiro	2	28
Dificuldade de relacionamento com o técnico	3	42
Pressão e cobrança excessiva por parte do técnico	3	42
Problemas de ordem física (lesões e doenças)	4	57
Intensidade nos treinamentos (cansaço)	5	71
Monotonia nos treinamentos	4	57
Vontade ou necessidade de fazer outras atividades	5	71
Poucas competições	3	42
Dificuldade em melhorar os resultados técnicos	4	57
Não ser tão bom quanto gostaria	5	71
Necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família	3	42
Medo de não atingir o sucesso como o de seus ídolos	3	42

Fonte: Autores (2015).

Foram observadas que as principais causas de abandono na modalidade de atletismo referem-se às categorias, 'intensidade nos treinamentos', 'vontade ou necessidade de fazer outras atividades' e 'não ser tão bom quanto gostaria', sendo relatadas por mais de 70% dos entrevistados.

Dentre as modalidades esportivas, o atletismo se destaca pela diversidade de provas, caracterizada cada qual pela presença de condições específicas do treinamento e presença de elementos básicos como correr, saltar, lançar ou arremessar, que são observados nos demais esportes com suas respectivas adaptações (PASTRE et al., 2005). Porém por ser um esporte individual, os atletas dependem desses elementos para que possam executar suas respectivas provas com excelência e isso requer um alto grau de treinamento e repetições.

Ainda segundo Pastre et al., (2005) altos níveis de performance podem resultar em elevado risco à saúde do atleta e, ainda, que determinados tipos de exercícios com volume ou intensidade elevados, podem predispor a lesões específicas para cada situação.

A elevada intensidade dos treinamentos do atletismo, causada pelo alto índice de desgaste físico do atleta, muitas vezes desestabiliza os aspectos emocionais do indivíduo, tornando-se motivo plausível de desistência, vontade ou necessidade de fazer outras atividades, reflexo da mudança da idade infantil/juvenil para a idade adulta, em que o atleta passa por um momento de decisões profissionais, e a quantidade de exigências da vida social, o que obriga a refletir sobre sua presença no esporte.

Com relação a categoria 'não ser tão bom quanto gostaria' (71%), Ticher (2010), cita que a competição se torna negativa quando a orientação se volta exclusivamente para o produto, o resultado final. Neste enfoque, o esporte ganha maior importância que o jovem, sendo o mesmo visto como um atleta em potencial e um simples objeto do treinamento que, por vezes, não traz retorno satisfatório para seu técnico, deixando-o com sensação de 'incapaz', com uma autoimagem depreciativa. Ao perceber-se inferior, é despertada no atleta não satisfeito a vontade de praticar outras atividades, em função de não se sentir bem no que faz.

Leite et al., (2008) ao investigar a desistência precoce da prática do voleibol entre jovens alunos, verificou que 51% destes deixaram de praticar a modalidade justamente pelo fator 'não ser tão bom quanto gostaria'. Isso mostra que essa questão não se limita em esportes individuais.

Principais motivos do abandono esportivo da modalidade do Ciclismo

A Tabela 3 trata das principais causas de abandono na modalidade de ciclismo em que ganha destaque os fatores “falta de patrocínio/apoio financeiro” (71%) e “local de treinamento inadequado” (71%).

Tabela 3 - Frequência e percentual dos principais motivos do abandono esportivo da modalidade do ciclismo.

Questões	Freq.	%
Falta de patrocínio/apoio financeiro	5	71
Dificuldade de relacionamento com o técnico	2	28
Pressão e cobrança excessiva por parte do técnico	3	42
Problemas de ordem física	3	42
Intensidade dos treinamentos	3	42
Monotonia dos treinamentos	1	14
Vontade ou necessidade de fazer outras coisas	1	14
Poucas competições	3	42
Local de treinamento inadequado	5	71
Horário de treinamento inadequado	1	14
Necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família	2	28
Medo de não atingir o sucesso como seus ídolos	1	14

Fonte: Autores (2015).

Tento em vista o alto custo de equipamentos de ciclismo no Brasil, com valores exorbitantes das bicicletas de competição, é evidente que, para um ciclista que busca altos níveis de desempenho e uma projeção de continuidade na carreira esportiva, requer uma situação financeira favorecida, ou um patrocínio bem remunerado, caso contrário torna-se impossível custear-se como atleta, o que pode vir a ser fator decisivo para abando da modalidade.

Segundo Batista e De Paula (2013), o imposto brasileiro para bicicletas é de 40,5 % em média, enquanto que o tributo no preço final dos carros soma 32%. O dado consta em um estudo elaborado pela Tendências Consultoria para a Associação Brasileira do Setor de Bicicletas e a taxa do tributo federal é de 3,5% para carros populares, contra 10% para as bicicletas produzidas fora da Zona Franca de Manaus. Os números são tão estratosféricos que tornam o Brasil um dos países que vendem as bicicletas mais caras do mundo. Uma bicicleta de aro 26 e 21 marchas pode ser até 54% mais cara no Brasil do que nos Estados Unidos.

Já quanto a questão de local de treinamento, sabe-se que há uma carência quando se fala em ciclovias no País e não é diferente na região pesquisada, onde é notória a dificuldade em que os ciclistas competitivos têm de executar seus treinamentos, tendo que optar por locais e horários inadequados para a prática da

modalidade. Um estudo realizado por Maruyama e Simões (2013), cita que, pouco se tem feito no Brasil em termos de práticas de políticas públicas e iniciativas particulares para se adequar um sistema de transporte que integre a bicicleta ao cotidiano das cidades brasileiras, de forma segura, confortável e dentro dos parâmetros mínimos estabelecidos na legislação de trânsito nacional, promovendo a intensificação do uso da bicicleta. Apesar disso, milhares de ciclistas travam diariamente disputas com veículos e pedestres, arriscando-se em percursos não adequados a bicicletas, para se deslocar dentro do espaço da cidade. Tal situação pode ser facilmente comprovada, se lançarmos um olhar mais acurado nas vias das pequenas cidades brasileiras.

Principais motivos do abandono esportivo da modalidade da Natação

A Tabela 4 destaca os números da natação, em que os itens ‘falta de patrocínio/apoio financeiro’ (100%) e ‘não ser tão bom quanto gostaria’ (71%), mostraram-se como os principais fatores de abandono da modalidade.

Tabela 4 - Frequência e percentual dos principais motivos do abandono esportivo da modalidade da natação.

Questões	Freq.	%
Falta de patrocínio e apoio financeiro	7	100
Problemas de ordem física	2	28
Intensidade dos treinamentos	2	28
Prejuízos nos estudos	3	42
Vontade ou necessidade de fazer outras atividades	2	28
Dificuldade em melhorar seus resultados técnicos	4	57
Não ser tão bom quanto gostaria	5	71
Necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família	3	42

Fonte: os Autores (2015).

Em particular, o Município de Criciúma (SC) não disponibiliza escolinhas de natação gratuitas para crianças e jovens, com isso, eles procuram clubes que disponibilizam a modalidade para a prática, que por sua vez, é requerida uma cobrança mensal para a atividade.

Um estudo de Sousa (2010), sobre o abandono da prática competitiva do remo, apontou resultados semelhantes, em que os ex-atletas relataram a dificuldade de se manter no esporte sem ajuda financeira para suas despesas necessárias e se manter exclusivamente pelo esporte. Não é habitual o auxílio de patrocinadores e até mesmo de órgãos públicos para atletas de modalidades individuais que exigem estrutura material onerosa, sendo fator determinante para o abandono da prática esportiva.

No Brasil essa é uma realidade não só do remo, mas de várias modalidades esportivas, pois a maioria dos atletas não conseguem patrocínio, e os clubes onde treinam, não tem condições de arcar com as despesas para o atleta continuar treinando e competindo. Dessa forma, com o passar dos anos, torna-se inviável a continuidade do atleta no cenário competitivo. (SOUZA, 2010, p. 22).

Desta forma, os jovens ex-atletas da natação relataram como fator determinante para o abandono, com 100% de apontamento, a falta de patrocínio e apoio financeiro, justificado pelo fato de os clubes não ter condições de custear todos os gastos para manter um atleta, como também a ausência de apoio de órgãos públicos. Além disso, os jovens elencaram com fator determinante o fato de não ser tão bom quanto gostaria, chocando com a questão do atletismo, relacionados as questões de insatisfação pessoal nas suas carreiras esportivas.

Considerações finais

Essa pesquisa teve com meta identificar fatores determinantes para a desistência de jovens atletas das modalidades de atletismo, ciclismo e natação. Dentre todas as possibilidades, quatro fatores foram relevantes para nossa reflexão: falta de patrocínio e apoio financeiro, intensidade nos treinamentos, vontade ou necessidade de fazer outras atividades e não ser tão bom como gostaria.

Correlacionando às modalidades, percebemos que os fatores de desistência no atletismo e ciclismo são distintos, porém na modalidade de natação, observamos a presença comum de fatores apontados já evidenciados nos dois esportes citados anteriormente.

Com base na proposta da pesquisa, os fatores determinantes expostos, alertam-nos para observarmos à realidade da região e que se possibilite o aprofundamento dessas questões para que se repense as condições objetivas de treinamento dos atletas (recursos financeiros, materiais, estrutura).

Estudos com outros esportes são necessários para que os fatores que precipitam o abandono do atletismo, ciclismo e natação sejam comparados com aqueles que se relacionam com o abandono de outros esportes. A comparação entre esportes individuais e coletivos pode trazer resultados interessantes pois há particularidades entre os dois polos, fruto da maneira diferenciada que são conduzidos os treinamentos, exigências (psicofísica), resultados e competições.

É preciso que todos os envolvidos com essas modalidades (gestores, universidades, empresas patrocinadoras, técnicos, pais e outros), voltem seus olhares para os fatores identificados nesta pesquisa.

Desse modo, poderemos intervir e minimizar as chances de abandono de grandes promessas do ciclismo, natação e atletismo de nossa região, antes de alcançarem seu ápice esportivo ou até mesmo viver do desporto.

Referências

- BARA FILHO, Maurício Gattás; GARCIA, Félix Guillén. Motivos do abandono no esporte competitivo: um estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 22, n. 4, p. 293-300, 2008.
- BATISTA, Henrique Gomes; DE PAULA, Nice. Imposto sobre bicicletas no Brasil é de 40,5%, contra 32% dos tributos sobre carros. **O GLOBO**, São Paulo, 13 nov. 2013. Caderno de Economia. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/imposto-sobre-bicicletas-no-brasil-de-405-contra-32-dos-tributos-sobre-carros-10670326>>. Acesso em 15 out. 2015.
- DA CUNHA VOSER, Rogério et al. A motivação para a prática do futsal: comparação entre atletas federados do sexo masculino e feminino. **RBFF-Revista Brasileira de Futsal e Futebol**, v. 6, n. 21, 2014.
- GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002.
- HALLAL, Pedro Curi et al. Fatores intervenientes associados ao abandono do futsal em adolescentes. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 3, p. 27-32, 2004.
- MARUYAMA, Cíntia Miua; SIMÕES, Fernanda Antonio. TRANSPORTE CICLOVIÁRIO EM CIDADES PEQUENAS: O CASO DE MARIALVA-PR. **Revista de Engenharia e Tecnologia**, v. 5, n. 1, p. Páginas 80-90, 2013.
- MIRANDA, Renato; BARA FILHO, Maurício. **Construindo um atleta vencedor: Uma abordagem psicofísica do esporte**. Artmed. 2008.
- PASTRE, Carlos Marcelo; CARVALHO FILHO, Guaracy; MONTEIRO, Henrique Luís, NETTO JÚNIOR, Jaime; PADOVANI, Carlos Roberto. Lesões desportivas na elite do atletismo brasileiro: estudo a partir de morbidade referida. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 11, Nº 1 – Jan/Fev, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n1/24105.pdf>>. Acesso em 11 set. 2015
- PIRES, Daniel Alvarez; BRANDÃO, Maria Regina Ferreira; Machado, Afonso Antônio. A síndrome de Burnout no esporte. **Motriz**, Rio Claro, v.11, n.3, p.147-153, set./dez. 2005

PIRES, D. A.; BRANDÃO, M. R.; SILVA, C. B. Validação do questionário de burnout para atletas. **Revista da educação física**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 27-36, 2006.

SCALON, Roberto Mário. **A Psicologia do Esporte e a Criança**. Porto Alegre. PUCRS. 2004.

SAMULSKI, Dietmar. **Psicologia do esporte**. Barueri - SP: Manole. 2002.

SOUSA, Luciano Luiz. **Fatores de abandono dos atletas na prática do remo competitivo**. 2010. Dissertação (graduação em educação física) 11- Curso de Licenciatura em educação física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TICHER, João Guilherme. A especialização e o abandono precoce na natação. **Trabalho de conclusão de curso**, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

Dados para contato:

Autor: Dário dos Santos Neto

E-mail: joao.unibave@gmail.com

HIPOTIREOIDISMO: INTERFERÊNCIAS FARMACOCINÉTICAS DA LEVOTIROXINA E PATOLOGIAS RELACIONADAS

Educação e promoção de saúde

**Raquel de Melo Scheid¹; Charlene Martins¹; Rick Wilham de Camargo¹;
Morgana Maria Cascaes Montanha¹; Adalberto Alves de Castro¹**

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O presente artigo de revisão teve como objetivo abordar interferências no tratamento para o hipotireoidismo e as principais interferências na absorção da levotiroxina (LT4). Realizou-se uma revisão bibliográfica em livros e artigos científicos, definindo de acordo com o que consta na literatura os principais fatores que ocasionam o hipotireoidismo, sintomas e principais interferências na absorção de LT4, patologias relacionadas com a doença e identificação de fatores que dificultam a normalização do hormônio tireoestimulante. Os resultados demonstram que o hipotireoidismo é uma importante causa de morbidade no sexo feminino. Existem evidências de que o hipotireoidismo esteja associado a sintomas comportamentais, incluindo depressão e ansiedade, deficiência intelectual, doenças gastrintestinais, doenças parasitárias, intolerância à lactose, uso de medicações e hábitos alimentares. Estudos revelam que alimentação, doenças e medicamentos podem alterar a absorção da levotiroxina.

Palavras-chave: Hipotireoidismo. Interferências. Absorção. TSH.

Introdução

O hipotireoidismo é ocasionado pela atividade reduzida da tireoide, porém em alguns casos pode ser definido por concentrações elevadas do hormônio tireoestimulante (TSH), em face de níveis normais dos hormônios tireoidianos. Tem uma elevada prevalência no Brasil, como acontece no hipotireoidismo subclínico particularmente entre mulheres e idosos (SGARBI et al., 2013). Em alguns casos, pode raramente ser ocasionado pela incapacidade dos tecidos de responder aos estímulos dos hormônios tireoidianos T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina), que são responsáveis pela regulação do crescimento e diferenciação celular mediante o controle da produção de energia e da interação com o hormônio do crescimento, é visível que os efeitos de sua deficiência se manifestam sobre todos os tecidos, órgãos e sistemas (FILHO, 2006).

Os hormônios da tireoide são sintetizados por iodação dos resíduos de tirosina da tireoglobulina (glicoproteína que contém 115 resíduos de tirosina), no interior dos folículos da tireoide. A síntese e a secreção dos hormônios tireoidianos é regulada pelo hormônio estimulante da tireoide (tireotrofina –TSH), produzido na hipófise anterior que por sua vez tem influência direta do hormônio hipotalâmico (TRH- fator liberador de tireotrofina). O TSH atua em receptores na membrana das células do folículo da tireoide através de mecanismos que envolvem o segundo mensageiro AMPc e fosfatidilinositol 3-quinase, controlando todos os aspectos da síntese dos hormônios tireoidianos. A produção de TSH é regulada por feedback negativo dos hormônios tireoidianos T3 e T4 na hipófise anterior e também do TRH.

Outro fator importante que influencia a função tireoidiana é a concentração plasmática de iodeto. Existe grande reserva de T4 no corpo, sendo encontrado principalmente na circulação e uma pequena reserva de T3, encontrado principalmente no meio intracelular. No interior das células, o T4 é convertido em T3, que interage com um receptor nuclear para regular a transcrição gênica. Ambos os hormônios tireoidianos são transportados na corrente sanguínea ligados à globulina de ligação da tiroxina (TGB). As concentrações plasmáticas por ser medidas por radioimunoensaio tendo como padrões normais de T4 (1×10^{-7} mol/l) e T3 (2×10^{-9} mol/l), ambos são metabolizados nos tecidos alvo por desiodação, desaminação, descarboxilação e conjugação com os ácidos glicurônico e sulfúrico. O fígado é o principal local de metabolismo, as formas livres e conjugadas são eliminadas pela bile e urina (RANG e DALE, 2011).

De acordo com Filho (2006), a carência de hormônios tireoidianos pode provocar lesões morfológicas graves: nos tecidos conjuntivos, porque a síntese dos seus glicosaminoglicanos é regulada pelo TSH, cuja produção é dependente da atividade tireoidiana, no sistema esquelético em que o crescimento e a remodelagem também dependem da síntese de matriz óssea e da interação dos hormônios tireoidianos com os hormônios do crescimento e os sexuais, no sistema nervoso na diferenciação e crescimento dos neurônios e mielinização, que dependem, também dos hormônios da tireoide. Em casos mais graves as manifestações são mixedema, que consiste em edema, pelo acúmulo nos tecidos conjuntivos, de glicosaminoglicanos hidrofílicos, especialmente ácido hialurônico.

O hipotireoidismo tem origem imunológica, e os sintomas incluem taxa metabólica baixa, fala arrastada, voz rouca e profunda, letargia, bradicardia, sensibilidade ao frio e comprometimento mental (RANG e DALE, 2012).

Não existem fármacos que aumentem especificamente a síntese ou a liberação dos hormônios tireoidianos. O único tratamento efetivo para o hipotireoidismo é administrar os hormônios tireoidianos, como terapia de reposição. O tratamento utilizado é o hormônio levotiroxina (LT4), que é administrada por via oral, e está disponível na forma de composto sintético que é idêntico ao hormônio natural (RANG e DALE, 2012).

Vários fatores podem interferir na absorção dos hormônios tireoidianos, entre eles, doenças intestinais, administração concomitante de outros medicamentos e também a interferência da alimentação. O LT4 é absorvido na parte superior do íleo e no jejuno, deste modo, evidencia-se que pacientes com algumas patologias como doenças intestinais, podem ser hipotireoideos, pois nestes casos a absorção do LT4 será reduzida (SOUZA e VINAGRE, 2010).

Outro fator capaz de influenciar na absorção dos hormônios, pode ser a alimentação. Alguns estudos mostram que a administração de LT4 juntamente com alimentos pode reduzir sua absorção, pois alguns componentes como a fibra e a soja presentes nos alimentos interferem diretamente na biodisponibilidade de LT4 (ABI-ABIB e VAISMAN, 2014; SOUZA e VINAGRE, 2010). Além desses fatores algumas medicações também podem interferir na sua absorção como é o caso de inibidores da bomba de prótons entre outros (SOUZA e VINAGRE, 2010).

Existem algumas patologias que podem ocasionar o hipotireoidismo, assim como o hipotireoidismo pode ocasionar algumas patologias. De acordo com Andrade e colaboradores (2010), o hipotireoidismo pode ser reconhecido como um dos fatores que ocasionam morbidades no sexo feminino, atingindo 4 a 10% das mulheres.

De acordo com alguns estudos, o hipotireoidismo do tipo congênito em crianças, pode ocasionar deficiência intelectual, sendo evidenciado na literatura que dificuldades cognitivas e linguísticas também estão relacionadas com a doença, mesmo com um diagnóstico precoce e com tratamento adequado essas alterações se mostram presentes. A magnitude dessas alterações depende de muitos fatores, entre eles a etiologia da doença, a época do seu início que pode ser pré ou pós-natal, a gravidade da deficiência hormonal e a idade da criança ao iniciar a reposição hormonal (ANASTACIO-PESSAN e LAMÔNICA, 2014).

A escolha deste tema surgiu por se tratar de uma doença que está se tornando cada vez mais comum na atualidade, e que apesar de comum, pouco se sabe sobre as possíveis interações medicamentosas e principais fatores que afetam a absorção dos medicamentos utilizados no seu tratamento. A pesquisa realizada busca evidenciar também algumas patologias que estão relacionadas com o hipotireoidismo, tanto as que podem ocasioná-lo como as que são ocasionadas pela sua presença.

Procedimentos Metodológicos

O procedimento metodológico adotado foi uma de revisão bibliográfica, onde foram utilizados como base para o estudo, pesquisas em artigos científicos publicados em base de dados como SciELO e PubMed, além de livros de diferentes áreas em comum como: patologia, farmacologia, interações medicamentosas, química clínica e medicina laboratorial. As pesquisas foram realizadas utilizando as palavras chaves: hipotireoidismo, farmacocinética, tratamento do hipotireoidismo, patologias relacionadas e interferências na absorção de levotiroxina. Os critérios de escolha dos artigos foram delimitados de acordo com o assunto abordado, os artigos selecionados pelos autores foram de publicações datadas acima do ano de dois mil e dez.

Resultados e Discussão

Em países desenvolvidos a causa mais comum de hipotireoidismo é o mixedema atrópico, que é o resultado final da destruição autoimune da glândula. Já em países subdesenvolvidos a deficiência de iodo é a principal causa de hipotireoidismo, especialmente em áreas montanhosas, mesmo que sua incidência venha sendo diminuída com programas de suplementação. Os indivíduos afetados geralmente apresentam bócio, que é o resultado do aumento da secreção de TSH. O diagnóstico clínico do hipotireoidismo é confirmado por concentrações plasmáticas elevadas de TSH e baixa concentração de T4. Porém existem ainda pacientes que apresentam nível elevado de TSH, mais que apresentam concentrações normais de T4 livre, esse fator pode estar associado com o histórico de hipotireoidismo tratado, sendo denominado de hipotireoidismo subclínico (MARSHALL, 2013).

Para Andrade e colaboradores (2010), hipotireoidismo atualmente pode ser reconhecido como importante causa de morbidade no sexo feminino, atingindo 4 a 10% de todas as mulheres. No Brasil, um estudo foi realizado envolvendo 1.298 mulheres de meia idade que habitam em área metropolitana e mostrou que 12,3%

eram portadoras da doença. Em outros estudos nacionais, a prevalência tem variado entre 5 e 17,6%, entre mulheres climatéricas, e foi observada uma taxa de 16,1% em mulheres na pós-menopausa. No que diz respeito a mulheres grávidas, estima-se que 5 a 15% sejam afetadas por irregularidades da função tireoidiana. Em um estudo brasileiro envolvendo 127 mulheres em gestação normal, o diagnóstico de hipotireoidismo foi realizado em três delas (2,4%). Existem evidências de que pequenas alterações tireoidianas predisponham à depressão, a associação entre irregularidades específicas envolvendo a tireoide e o acontecimento de quadros depressivos permanece pouco compreendida.

Algumas alterações de comportamentos vêm sendo relacionadas ao hipotireoidismo há mais de 50 anos, não sendo dependente da gravidade da doença, tanto no mixedema, quanto no hipotireoidismo subclínico. Uma pesquisa feita no Brasil evidenciou que o hipotireoidismo esteve consideravelmente relacionado à depressão. Um estudo mostrou que a prevalência de sintomas depressivos entre casos de hipotireoidismo foi de aproximadamente 50%, sendo 40% destes sujeitos considerados acometidos de depressão. A possibilidade de mulheres com hipotireoidismo apresentarem concomitantemente sintomas ansiosos e depressivos é cinco vezes maior do que em mulheres eutireoidianas. Pela alta prevalência de hipotireoidismo e depressão observadas na prática clínica, sintomas depressivos devem ser investigados em pacientes com disfunção tireoidiana, e pacientes deprimidos devem ser avaliados com TSH (ANDRADE et al., 2010).

De acordo com Costa e Silva (2013), sintomas de depressão e ansiedade são proporcionais à elevação dos níveis séricos de TSH. Um estudo revelou melhora em 25% dos pacientes durante o período de tratamento, por outro lado, outro estudo do tratamento de pacientes portadores de hipotireoidismo subclínico avaliou como insuficientes os dados disponíveis para confirmar ou refutar uma associação entre esta condição e sintomas neuropsiquiátricos.

A produção deficiente dos hormônios tireoidianos devido ao mau funcionamento ou malformação da glândula tireoide é denominado hipotireoidismo congênito. Sendo uma das principais causas de deficiência intelectual passível de prevenção se diagnosticada e devidamente tratada. Ocorre em 1 para 2000 a 4000 nascidos vivos e afetando principalmente o sexo feminino. Os hormônios tireoidianos exercem grande influência no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) durante a vida fetal e ao longo dos primeiros anos de vida. Os processos de

vascularização do SNC, mielinização, arborização dendrítica, formação de sinapses, migração de neurônios, diferenciação celular e expressão de genes dependem dos hormônios tireoidianos. Esses processos normalmente apresentam um pico a partir do quinto mês de gestação e após o nascimento, dependendo do tipo de processo e sua localização no cérebro, níveis adequados de hormônio tireoidiano são essenciais (ANASTACIO-PESSAN e LAMÔNICA, 2014).

Os efeitos prejudiciais devido a falta dos hormônios tireoidianos durante o período de gestação podem ser evitados pela passagem transplacentária de hormônios da mãe para o feto, porém, a partir do nascimento a transferência de hormônio materno para o feto cessa, e o recém-nascido não tratado, depois do terceiro mês de vida, poderá apresentar atraso no desenvolvimento físico e cognitivo com possibilidade de desenvolver deficiência intelectual com grau variado. Nos três primeiros meses de vida, as crianças com hipotireoidismo congênito podem apresentar sinais clínicos que sugerem esta alteração metabólica, entre elas: letargia, sonolência, hipotonia, hipotermia, icterícia prolongada, inchaço, olhos empapuçados, moleira ampla, distensão abdominal, bócio, dificuldade respiratória, choro rouco, obstrução nasal, dificuldade para mamar, constipação intestinal, pele fria, pálida, seca, descamações na pele e hérnia umbilical. Após o terceiro mês, estes sinais tornam-se cada vez mais perceptíveis e é possível observar atraso do crescimento e do desenvolvimento do sistema nervoso e da coordenação motora (ANASTACIO-PESSAN e LAMÔNICA, 2014).

De acordo com Vinagre e Souza (2011), o hipotireoidismo pode estar relacionado com algumas doenças gastrintestinais como doença celíaca, insuficiência pancreática, doença intestinal inflamatória, síndrome do intestino curto e outras que comprometem a secreção ácida normal do estômago, como gastrite crônica atrófica e infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*. A infecção por *helicobacter pylori* altera o estado de ionização e as características conformacionais da molécula de tiroxina, e como consequência a eficiência da absorção do hormônio.

O hipotireoidismo é tratado pela reposição dos hormônios da tireoide, geralmente o LT4, o qual normalmente inicia-se com doses mais baixas (p. ex., 50µg/dia) e pode ser aumentada em quatro a seis semanas de intervalo, com base nos resultados dos testes de função da tireoide. Sendo que em idosos e pacientes com doenças cardíacas deve-se iniciar com uma dose ainda mais baixa por ex., 25 µg (MARSHALL, 2013).

De acordo com Ward (2010), a absorção de levotiroxina pode ser prejudicada por patologias como giardíase e outras doenças parasitárias, por intolerância à lactose e alguns hábitos alimentares como a ingestão de cereais por exemplo, que pode prejudicar sua absorção. A absorção da levotiroxina ocorre em um intervalo de três horas após a ingestão, sendo que a absorção máxima ocorre quando o estômago encontra-se vazio o que reflete a importância da acidez gástrica no processo.

Devido esta informação Bolk e colaboradores (2011), estudaram a administração da levotiroxina antes de dormir (com estômago vazio) e seus efeitos quando comparado à sua administração usual – 30 minutos antes do café da manhã. Participaram do estudo noventa pacientes com faixa de dose de levotiroxina variando entre de 25 e 250 µg. Foi observado que a administração de levotiroxina antes de dormir diminuiu as concentrações séricas de TSH quando comparado com a administração antes do café da manhã, além de aumentar T3 e T4 livre. Apesar disso, não foram relatadas diferenças significativas na qualidade de vida, sintomas de fadiga, sintomas tiroideanos e níveis de lipídeos. Após um ano da finalização do estudo, a maioria dos pacientes preferiram a dosagem noturna.

O LT4 é absorvido principalmente no jejuno e parte superior do íleo, assim mesmo em pacientes críticos algumas patologias ou mesmo associações delas podem estar presentes nos pacientes portadores de hipotireoidismo. Deste modo, pacientes com doenças gastrintestinais devem ter absorção reduzida de levotiroxina, que é evidenciada pelos níveis elevados de TSH, mesmo administrando uma dose de levotiroxina que o normalize (VINAGRE e SOUZA, 2011).

De acordo com Vinagre e Souza (2011), muitos medicamentos têm sido relatados por interferir na absorção de levotiroxina em função do uso de dieta enteral contínua, incluindo: sulfato ferroso, hidróxido de alumínio, carbonato de cálcio, colestiramina, sucralfato e mais recentemente, inibidores da bomba de prótons, que além de interferir na absorção, pode também aumentar a sua depuração.

Por outro lado, Abi-Abib e Vaisman (2014), realizaram em estudo piloto com vinte e um pacientes em uso de dose estável de levotiroxina por no mínimo um ano. Comparou-se os níveis médios de TSH antes e 3 meses após início do uso de omeprazol em doses convencionais (20mg ou 40 mg por dia). Concluiu-se que o omeprazol na dose de 20 ou 40 mg/dia não interfere de forma significativa no tratamento de pacientes com hipotireoidismo previamente bem controlados.

Em estudo farmacocinético realizado com oito, adultos eutireoidianos saudáveis, mediu-se a absorção de levotiroxina, quando administrado sozinha ou quando co-administrada com carbonato de cálcio, citrato de cálcio, ou acetato de cálcio em doses, contendo 500 mg de cálcio elementar. Observou-se que o acetato de cálcio interfere na absorção da levotiroxina de maneira semelhante à observada com o carbonato de cálcio e citrato de cálcio. Embora o efeito do cálcio na absorção ser modesto em comparação com outros medicamentos previamente estudados (ZAMFIRESCU e CARLSON, 2011).

Segundo Porto e colaboradores (2014), com o uso desses medicamentos ocorre redução da absorção de levotiroxina no trato gastrointestinal. Devendo assim separar a administração de medicamentos para o trato gastrointestinal da administração da levotiroxina, tanto quanto for possível. Alguns medicamentos indutores enzimáticos como a rifampicina, carbamazepina ou fenitoina, barbitúricos, aumentam o metabolismo tireoidiano o que resulta na redução das concentrações séricas plasmáticas dos hormônios tireoidianos. Outros medicamentos como estrógenos que são os contraceptivos orais aumentam a ligação da tiroxina, levando a erros de diagnóstico e tratamento, podendo ser necessário o aumento da dose de levotiroxina. Há relatos ainda, de interações que envolvem riscos a serem avaliados, que incluem o propranolol, sinvastatina e varfarina, no caso do uso de levotiroxina concomitantemente com varfarina pode ocorrer aumento da ação anticoagulante, podendo ser necessário a redução da dose do anticoagulante.

Considerações Finais

O hipotireoidismo é uma patologia crescente na população e tem grande elevação no Brasil, sendo que os grupos mais afetados são mulheres e idosos e se não for tratado adequadamente trás inúmeras complicações, se fazendo necessário que a reposição hormonal seja realizada correta, já que é o único tratamento existente. Faz-se necessário que os portadores tenham acesso a maior número de informações quanto a interações fármaco-fármaco, fármaco-alimento e acerca de todas as possíveis doenças relacionadas.

Vários fatores interferem direta ou indiretamente na absorção da levotiroxina. Estes podem ser fatores de alimentação, como a alta ingestão de fibras e cereais; presença de patologias, como intolerância à lactose e parasitoses; além da coadministração com outros agentes terapêuticos, como é o caso do omeprazol (um

inibidor da bomba de prótons) o qual, quando administrado em pacientes com hipotireoidismo bem controlado não interfere na absorção de LT4, enquanto que ao ser administrado em pacientes que fazem uso de dieta enteral e levotiroxina ocorre interferências significativas na absorção

Com base na revisão apresentada, pode-se afirmar que poucos estudos têm sido realizados na área. Salienta-se a importância de realizar outras pesquisas sobre este tema para esclarecimento dos profissionais dispensadores e dos portadores, que poderão realizar a terapia de reposição com segurança e sucesso.

Referências

ABI-ABIB, R. C.; VAISMAN, M. Is it necessary to increase the dose of levothyroxine in patients with hypothyroidism who use omeprazole? **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.58, n.7, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n7/0004-2730-abem-58-7-0731.pdf>> Acesso em: 23 de junho de 2016.

ANASTÁCIO-PESSAN, F. L; LAMÔNICA, D. A. C. Hipotireoidismo congênito: Influências para as habilidades linguísticas e comportamentais: estudo de revisão. **Revista CEFAC**. São Paulo, v.16, n. 6, p. 1990-1996, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n6/1982-0216-rcefac-16-06-01990.pdf> > Acesso em: 21 maio 2016.

ANDRADE, N. E. J. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mulheres com hipotireoidismo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 322-326, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n7/03.pdf> > Acesso em: 21 maio 2016.

BOLK N. et al. Levothyroxine ingestion in the evening results in better absorption than ingestion before breakfast. In: Effects of evening vs morning levothyroxine intake: a randomized double-blind crossover trial. **Arch Intern Med**. 2010. P 170:1996-2003. Disponível em: < http://www.thyroid.org/wp-content/uploads/publications/clinthy/volume23/issue4/clinthy_v234_12_13.pdf > Acesso em: 23 junho 2016.

COSTA, T. B; SILVA, G. A. R. Hipotireoidismo subclínico: uma revisão para o médico clínico. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 289-295, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3754.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2016.

MARSHALL, W. J. **Química clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013. 366 p.

PORTO, C. C; JACOMINI, L. C. L; SILVA, T. M. **Interação medicamentosa**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014. 784 p.

RANG, H. P. et al. **Rang & Dale Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2011. 441 p., v. 1.

SGARBI, J. A. et al. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do departamento de tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Marília, v.57, n. 3, p. 166-183, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a03.pdf> > Acesso em: 21 maio 2016.

VINAGRE, A. L. M; SOUZA, M. V. L. Interferências na absorção de levotiroxina e dificuldades no manuseio de pacientes com hipotireoidismo na unidade de terapia intensiva: relato de dois casos e revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Niterói, v. 23, n. 2, p. 242-248, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n2/a19v23n2.pdf> > Acesso em: 21 maio 2016.

WARD, L. S. O paciente difícil: interação entre drogas e a influência de doenças concomitantes sobre o tratamento do hipotireoidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Campinas, v. 54, n. 5, p. 435-442, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n5/02.pdf> > Acesso em: 21 maio 2016.

ZAMFIRESCU, I; CARLSON, H. E. Absorption of Levothyroxine When Coadministered with Various Calcium Formulations. **Thyroid**. v 21. n 5. 2011. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092723/pdf/thy.2010.0296.pdf>> Acesso em: 23 de junho de 2016.

Dados para contato:

Autor: Adalberto Alves de Castro

E-mail: adalba1@hotmail.com

ÍNDICE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2005-2014

Epidemiologia e Políticas de saúde

Karla Pickler Cunha¹; Lenise de Souza Geremias¹; Marcela Rohden¹

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O número de casos de câncer de mama tem aumentado de maneira considerável nos últimos anos, tornando-se um grande problema de saúde pública no mundo. Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado com dados de domínio público disponibilizados no DATASUS e tem como objetivo descrever o perfil da mortalidade por câncer de mama no Estado de Santa Catarina. Foram selecionados os óbitos ocorridos no período de 2005 a 2014 que apresentavam como causa de óbito câncer de mama. A análise dos dados foi realizada no Excel. A partir da coleta de dados, chegou-se a 22.539 óbitos por câncer de mama notificados entre os anos de 2005 a 2014 no Sul do Brasil, sendo que os anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 representaram a maior quantidade de notificações.

Palavras-chave: Sistema de Informação. Câncer de mama. Mortalidade.

Introdução

O câncer de mama é uma doença que resulta nas multiplicações de células cancerígenas (anormais) na mama, formando assim um tumor com potencial para invadir outros órgãos. Alguns se desenvolvem rapidamente outros não, e geralmente tem boa resposta ao tratamento, principalmente se diagnosticado e tratado logo no início. Pode ser diagnosticado, observando alterações na mama, ou por meio da mamografia, lembrando que quanto antes identificar o tumor, melhor adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

A importância do câncer de mama é fundamentada por diversos fatores, entre eles os quais mais se destacam são, a alta incidência, índice elevado de mortalidade, dificuldade para se diagnosticar precocemente, além de se obter pouca informação quanto ao comportamento biológico. A incidência do câncer de mama vem aumentando cada vez mais em todo o mundo, considerando assim um dos maiores problemas de saúde pública e uma das principais causas de morte por câncer entre as mulheres (PINOTTI, 1992).

O câncer de mama é a terceira principal causa de morte por câncer no mundo em mulheres, com taxa de crescimento anual de 0,5%, e é esperado 1,35 milhões de casos novos. Morrem no ano cerca de 14 000 mulheres, representando 14% de todas as mortes por câncer em mulheres. A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos (excluindo Japão) e sendo os Estados Unidos com a maior incidência (DELGADO et.al. 2006).

Todos os cânceres de mama têm origem genética. Acredita-se que 90%-95% deles sejam esporádicos (não-familiares) e decorram de mutações somáticas que se verificam durante a vida, e que 5%-10% sejam hereditários (familiares) devido à herança de uma mutação germinativa ao nascimento, que confere a estas mulheres suscetibilidade ao câncer de mama (BARROS et.al. 2001).

O tratamento do câncer de mama deve ser realizado juntamente com uma equipe multidisciplinar de saúde, sendo de forma integral para fornecer melhor chance de recuperação do paciente. As modalidades de tratamento atualmente disponíveis para o câncer de mama são através de cirurgia (mastectomia) e a radioterapia loco-regional, caso queira uma outra forma de tratamento se tem a quimioterapia sistêmico e a hormônio terapia (VERONESI, 2002).

A mastectomia é um procedimento cirúrgico empregado para a retirada da mama afetada. Esta por sua vez se subdivide em: mastectomia simples, que consiste na retirada de apenas uma mama, mastectomia radical, em que se remove a mama, linfonodos regionais, músculos, tecidos adiposos e eremoção da mama, ou seja, de uma parte da musculatura. Tal procedimento depende do tamanho e localização da neoplasia (LOPES et. al. 2013).

A radioterapia é um método capaz de destruir células cancerígenas, empregando feixe de radiação ionizante. Quando a primeira dose calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo a um tecido que engloba o tumor, a radiação busca erradicar todas as células cancerígenas, buscando destruir as células tumorais com o menor dano possível às células normais. A resposta da terapia depende de diversos fatores, como a sensibilidade do tumor à radiação, a sua localização e oxigenação e também depende da qualidade e quantidade da radiação além que o tempo total que ela é administrada também pode interferir. A morte celular com o efeito da radioterapia pode ocorrer desde a inativação de sistemas vitais para a célula ou até mesmo na sua incapacidade de reproduzir (BRASIL, 1993).

A quimioterapia é um método que se utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, também é um modo de tratamento para o câncer de mama. A quimioterapia pode-se ser feita com um ou mais quimioterápicos, podendo ser chamada de monoquimioterapia ou poliquimioterapia. Geralmente utilizada de forma curativa, adjuvante, neoadjuvante, ou paliativa, depende da fase do carcinoma (BRASIL,1993).

A hormonioterapia é a manipulação do sistema endócrino para o tratamento de algumas neoplasias malignas hormônio sensíveis. Geralmente utilizada no câncer de mama, a hormonioterapia era baseada em critérios empíricos, realizado em esquemas terapêuticos de administração variável em dosagens e intervalos. Em relação ao câncer de mama, os critérios são pelo estado hormonal da mulher, por avaliação indiretamente pela idade da mesma e a distribuição predominante de metástases em ossos moles. Geralmente tem finalidade curativa, isolada, aditiva, medicamentosa (BRASIL, 1993).

A mastectomia é o tratamento que a maioria das mulheres com câncer de mama se submete. É uma intervenção temida pelas mulheres, pois esse tratamento interfere no estado físico da mulher, emocional, social, pois resulta na retirada de uma parte do corpo que desperta libido e desejo sexual. Este processo interfere na sexualidade, por ser um órgão de referência e estética feminina, que hoje é muito ressaltada e valorizada, importante para conservar a boa imagem e aumentando assim a autoconfiança. Além de simbolizar sexualidade e estética, as mamas tem uma importante função na maternidade, pois participam da produção do leite, que representa o sustento para os primeiros meses de vida de qualquer ser humano. (HALBE, 1993).

O apoio da família é de extrema importância para a aceitação da doença, e principalmente para melhor adesão ao tratamento, pois, quando a mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama passa a ter muitas dúvidas, questionamentos, devido à doença trazer muito sofrimento, uma vez que a terapia agressiva provoca angústia, perda dos pelos e cabelos, dor da mutilação de um órgão que representa a maternidade, a estética e a sexualidade feminina. Ela se preocupa em dar continuidade ao tratamento, em se reabilitar, vendo a necessidade de recuperar sua autoestima e sua imagem corporal. Para isso, a mulher deve saber a importância de se cuidar e para que tenha uma boa resposta ao tratamento é fundamental o suporte social e da família e de auto- cuidado (FERREIRA, et al, 2003).

A região Sul do Brasil com 577.214,0 km², e população de 26.386.891 habitantes, é composta por três estados, sendo eles, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no século XX, os três estados passaram por uma evolução econômica, que se reflete até hoje nas estruturas dos setores produtivos. A região Sul caracteriza-se pela diversidade de temperaturas nas diferentes áreas que a compõem e também possui um grande potencial hidroelétrico. (IBGE, 2010)

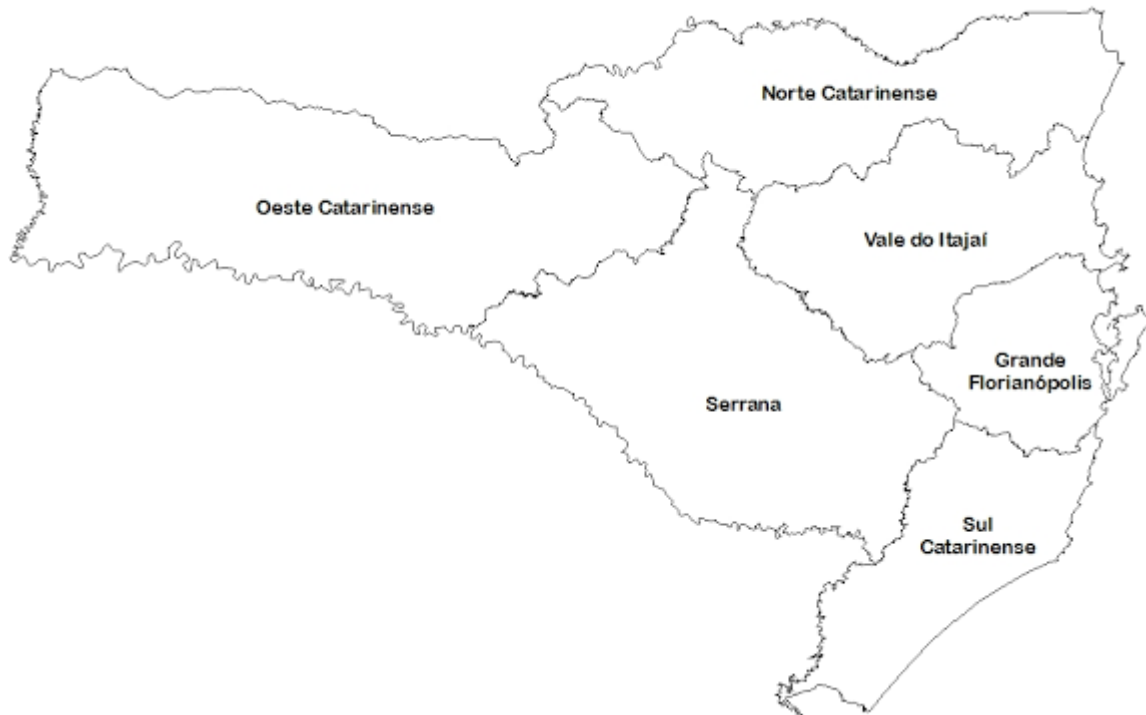
Figura 1 – Mapa do Sul do Brasil



Fonte: MEC (2015).

O Estado de Santa Catarina se localiza na região Sul do Brasil e possui área de 95.442,9 km², limitando-se ao norte com o Estado do Paraná, a leste com o Oceano Atlântico, ao sul com o Estado do Rio Grande do Sul e a oeste com a Argentina. Tem população de 6.248.436 habitantes, e o clima predominante é o subtropical, com temperaturas médias inferiores a 18° C em diversas regiões do Estado, e chuvas frequentes (IBGE 2010).

Figura 2 – Mapa de Santa Catarina por mesorregiões



Fonte: MEC (2015)

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, não probabilístico realizado com dados secundários obtidos nos sistemas de informação *on-line* do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). O sistema de informação de mortalidade (SIM), é um sistema que registra o número de ocorridos de morte em uma determinada região, faixa etária, sexo, e ano que ocorreu a morte, no site da instituição, no Sistema TABNET, no item notificações, no período de 2005 a 2014. Destaca-se que os dados são de domínio público, com acesso disponível pela rede mundial de computadores.

Foi selecionado intencionalmente o estado de Santa Catarina localizado no Sul do Brasil, com uma população de 6.248.436hab (IBGE, 2010).

Foram coletados dados do sistema informatizado TABNET, no período de 2005 a 2014, com as seguintes variáveis: faixa etária, macrorregião e ano da notificação de mortalidade por câncer de mama. Os dados foram consolidados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2010®.

Resultados e Discussão

A partir da coleta de dados, chegou-se a 22.539 óbitos por câncer de mama notificados entre os anos de 2005 a 2014 no Sul do Brasil, sendo que os anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 representaram a maior quantidade de notificações, com 2.433, 2.438, 2.555, 2.615 óbitos por câncer de mama notificados respectivamente.

Na Tabela 1, estão apresentados os dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com a quantidade de óbitos por câncer de mama notificados em cada ano analisado no Sul do Brasil.

Tabela 1 - Índice de mortalidade por câncer de mama no sul do Brasil

ESTADO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Rio Grande do Sul	951	1023	1037	1029	1052	1145	1152	1110	1185	1203	10.887
Santa Catarina	326	323	350	351	410	442	475	499	528	536	4.240
Paraná	622	637	650	687	727	736	806	829	842	876	7.412
TOTAL	1899	1983	2037	2067	2189	2323	2433	2438	2555	2615	22.539

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/>

Na Tabela 2, estão apresentados os dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com a quantidade de óbitos por câncer de mama notificados de acordo com a faixa etária em cada ano analisado, no Estado de Santa Catarina.

Tabela 2 - Índice de mortalidade por câncer de mama no estado de Santa Catarina

Faixa Etária (anos)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
20 - 29	3	0	2	4	2	2	6	4	3	3	29
30 - 39	33	23	24	23	41	31	29	34	32	31	301
40 - 49	70	61	71	71	80	84	92	85	91	82	787
50 - 59	76	98	81	96	95	116	113	129	142	159	1.105
60 - 69	53	66	88	67	84	99	99	107	125	113	901
70 - 79	63	54	52	46	54	62	77	84	71	88	651
< 80	28	21	32	44	54	48	59	56	64	60	466
TOTAL	236	323	350	351	410	442	475	499	528	536	4.240

Fonte <http://tabnet.datasus.gov.br/>

Com esses dados pode-se observar que o maior índice de mortalidade por câncer de mama em Santa Catarina é entre 50 a 59 anos, pois no período analisado teve 1.105 óbitos, em seguida com 787 óbitos com a idade entre 60 a 69 anos. O

período que menos houve notificação de mortalidade por câncer de mama foi entre 20 a 29 anos com tendo num total de 29 óbitos notificados entre os 10 anos analisados.

Na Tabela 3, estão apresentados os dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com a quantidade de óbitos por câncer de mama notificados em cada ano analisado por macrorregião de saúde no Estado de Santa Catarina.

Tabela 3 - Índices de mortalidade por câncer de mama por macrorregião de saúde em Santa Catarina.

MACRO REGIÃO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Grande Oeste	30	25	32	36	34	45	49	43	63	46	403
Meio Oeste	38	20	25	39	30	35	32	40	33	24	326
Vale do Itajaí	58	56	57	60	67	71	73	70	89	100	701
Foz do Rio Itajaí	33	34	26	35	30	34	43	52	48	49	384
Grande Florianópolis	48	63	66	56	82	89	91	79	98	111	763
Sul	42	47	56	46	62	59	62	71	63	78	576
Nordeste	42	48	50	55	71	77	79	85	69	62	638
Planalto Norte	16	15	23	14	25	28	24	28	40	36	249
Serra Catarinense	19	15	15	10	19	24	22	31	25	20	200
TOTAL	326	323	350	351	410	442	475	499	528	536	4.240

Fonte <http://tabnet.datasus.gov.br/>

Podemos observar que dentre as macrorregiões de saúde de Santa Catarina, a que apresentou maior índice de óbitos por câncer de mama foi a Grande Florianópolis com 763 óbitos nos 10 anos analisados, e a Serra catarinense se destacou por ter menos, com 200 óbitos nos anos analisados.

No quadro 1, estão apresentados os dados coletados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com a quantidade populacional dos Estados do Sul do Brasil.

Quadro 1 – População dos Estados do sul do Brasil

ESTADO	POPULAÇÃO/HAB
Rio Grande do Sul	10.693.929
Santa Catarina	6.248.436
Paraná	10.444.526
TOTAL	26.386.891

Fonte (IBGE 2010).

Com os dados apresentados no Rio Grande do Sul teve em média 0,01% de mortalidade por câncer de mama, já em Santa Catarina tivemos em média de 0,007%, e em Paraná em média de 0,007% com base nos 10 anos analisados. Pelos dados analisados pode-se observar que Rio Grande do Sul tem o maior índice de mortalidade por câncer no sul do Brasil, sendo que Santa Catarina e Paraná têm em média a mesma porcentagem.

Na Tabela 4, estão apresentados os dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com a quantidade de óbitos por câncer de mama notificados em cada ano analisado do Sudeste do Brasil.

Tabela 4 - Índice de mortalidade por câncer de mama no sudeste do Brasil

ESTADO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
São Paulo	3163	3100	3136	3289	3246	3501	3555	3635	3773	3845	34.243
Rio de Janeiro	1514	1598	1751	1807	1842	1825	1797	1905	1922	2015	17.976
Espírito Santo	177	178	178	210	200	229	252	254	271	246	2.195
Minas Gerais	888	984	1000	1092	1082	1160	1296	1324	1312	1417	11.555
TOTAL	1899	1983	2037	2067	2189	2323	2433	2438	2555	2615	65.969

Fonte <http://tabnet.datasus.gov.br/>

As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam 65.969 e 22.539 mortes por câncer de mama respectivamente, no ano de 2014 o câncer de mama ocupou primeiro lugar nos 10 anos analisados, um dos problemas que mais preocupam a população, pois não tem uma idade certa para aparecer, e muitas vezes quando o câncer se é descoberto já está em uma fase avançada, e não conseguem obter o tratamento adequado.

No quadro 2 estão apresentados os dados coletados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com a quantidade populacional dos Estados do Sudeste do Brasil

Quadro 2 – População dos Estados do sudeste do Brasil

ESTADO	POPULAÇÃO/HAB
São Paulo	42.262.199
Rio de Janeiro	15.989.929
Espírito Santo	3.514.952
Minas Gerais	19.597.330
TOTAL	80.364.410

Fonte (IBGE 2010).

Com os dados apresentados São Paulo teve em média de 0,08% de mortalidade por câncer de mama, Rio de Janeiro teve em média 0,11%, Espírito Santo teve em média 0,06% e Minas Gerais teve em média 0,06% com base nos 10 anos analisados, Rio de Janeiro teve o maior índice de mortalidade por câncer no Sudeste do Brasil. Comparando com o Sul do Brasil o Sudeste teve um índice mais elevado de mortalidade por câncer de mama,

Considerações Finais

O Câncer de mama é uma doença clínica que nem sempre tem um prognóstico positivo, por isso dados reunidos neste trabalho visam contribuir para um melhor conhecimento, em relação ao número de pessoas acabam indo a óbito por câncer, pois é uma doença que está em alta, e atinge principalmente as mulheres, mas os homens também estão sujeitos a ter a doença.

Este estudo revelou que em relação aos últimos 10 anos, o ano de 2014 se destacou em todos os três estados estudados, com mais casos de mortes, por câncer de mama. E a idade com maior índice de notificação é de 50 a 59 anos. A macrorregião com maior índice de mortalidade foi a Grande Florianópolis, e tem sido cada vez mais notificado ao passar dos anos.

Referências

BARROS A.C.S.D; BARBOSA E.M; GEBRIM L.H. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama Sociedade Brasileira de Mastologia Sociedade Brasileira de Cancerologia Sociedade Brasileira de Patologia Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2001. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cancer-de-mama-diagnostico-e-tratamento.pdf> Acesso: 04 set. 2016.

BRASIL. **Câncer de mama: É preciso falar disso**, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Cartilha_Outubro_Rosa2014_web.pdf> Acesso: 10 jul. 2016.

_____. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.**1993. Disponível em: <Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.>. Acesso: 17 jul. 2016.

DELGADO, I, G; COBO, L. E; RODRÍGUES, S. S. **Sistema de Informação CancerCancerInstitute PDQ 1-Nacional da Lei, cancro da mama**, 2006.

FERREIRA M.L.S.M; MAMEDE M.V. **Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia.**Rev Latino-am Enfermagem; 2003 mai-jun; 11(3):299-304.

HALBE, M.W. **Tratado de Ginecologia.** 2º ed., SP: Roca; 1993: 54-75

IBGE. **Censo demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso: 04 set. 2016.

LOPES, M. H. B. M. et al. Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia. **Esc Anna Nery** (impr.), v.17, n. 2, p. 354-360. abr/jun, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200021> . Acesso: 17 jul. 2016.

PINHO LS, CAMPOS ACS, FERNANDES AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.11, p.54-65. 2007.

PINOTTI, J.A.; BARROS, A.C. S.D; HEGG, R; ZEFERINO, L.C.; AGUIAR L.F. **Programa de Controle do Câncer da Mama com países em desenvolvimento.** 1992. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=312> Acesso: 10 jul. 2016.

VERONESI U. **Mastologia Oncológica.** Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica LTDA. 2002:

Dados para contato:

Autor: Marcela Rohden

E-mail: cela__rohden@hotmail.com

INSATISFAÇÃO SEXUAL NA RELAÇÃO CONJUGAL: UMA ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Epidemiologia e políticas de saúde

Pátilla Francly Külkamp da Silva¹; Rosane Romanha¹

¹.Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE/SC

Resumo: O tema referente à satisfação e insatisfação sexual tem ganhado dimensão nos últimos anos, apesar desta discussão ainda ser cercada por tabus. Acredita-se que a satisfação e insatisfação sexual na relação conjugal influencie significativamente a vida dos indivíduos e, para compreender melhor a questão, é indispensável reconhecer os fatores considerados relevantes para o sujeito da temática. Este trabalho tratar-se-á da apresentação de um estudo de caso, possibilitado pela disciplina de Estágio Específico – Campo da Saúde, do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE/SC, por meio de atendimento clínico psicológico na clínica-escola da instituição, utilizando como abordagem a Terapia Cognitivo Comportamental.

Palavras-chave: Insatisfação sexual. Relação conjugal. Terapia cognitiva comportamental.

Introdução

O tema referente à sexualidade, a satisfação e a insatisfação sexual vem chamando a atenção e despertando interesse de pesquisadores nos últimos tempos, tendo sido tratado sob diferentes enfoques, já que distintas áreas do conhecimento têm se dedicado a investigar o assunto (LIMA, DOTTO, MAMEDE, 2013). É possível perceber, que esta questão, ainda tida como um tabu para a sociedade, vem assumindo, atualmente, uma nova configuração e ganhando dimensão social.

Conforme Langer (2009 apud NOGUEIRA et al, 2013, p. 77), “Amor, intimidade sexual e sexualidade são características que definem o indivíduo e frequentemente influenciam a forma de viver e envelhecer de cada ser humano”, tornando-se necessário dar atenção a estes aspectos, já que tanto pode contribuir para o bem-estar do indivíduo e o êxito de sua relação conjugal, como também ser gerador de conflitos, sejam pessoais, sejam interpessoais e contribuir para o fracasso desta mesma relação.

Assim, acredita-se que para compreender os aspectos que envolvem a satisfação e insatisfação sexual em um relacionamento conjugal é indispensável compreender que fatores são considerados relevantes para o sujeito da temática, já que de acordo com Andrade, Garcia e Cano (2009, p. 144), “quando as pessoas se envolvem romanticamente e buscam, de alguma forma, a manutenção da união, pode-se supor que algumas motivações influenciam essa escolha”.

Este trabalho tratar-se-á da apresentação de um estudo de caso, possibilitado pela disciplina de Estágio Específico – Campo da Saúde, do curso de psicologia, do Centro Universitário Barriga Verde, por meio de atendimento clínico psicológico, utilizando como abordagem a Terapia Cognitivo Comportamental, cujo objetivo é apresentar este formato terapêutico como uma ferramenta no tratamento das disfunções sexuais. Para isso, discutir-se-á acerca da questão da satisfação e insatisfação sexual na relação conjugal à luz da abordagem acima citada.

Sexualidade e disfunção sexual

Acredita-se que uma função sexual adequada é fator determinante para satisfação e qualidade de vida dos indivíduos. Ainda assim, diversos estudos têm demonstrado uma grande prevalência de disfunção sexual, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a questão como um problema de saúde pública, que necessitada ser mais estudado e discutido (THIEL et al 2008 apud LIMA, DOTTO, MAMEDE, 2013).

As disfunções sexuais são caracterizadas “por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual”, sendo que um mesmo indivíduo pode apresentar várias disfunções sexuais associadas (APA, 2014, p. 423).

As disfunções sexuais incluem ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênito- pélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada (APA, 2014, p. 423).

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2014, p. 423), “a resposta sexual tem uma base biológica essencial, embora, em geral, seja vivenciada em um contexto intrapessoal,

interpessoal e cultural”, ou seja, a função sexual é resultado da interação entre os fatores biológicos, socioculturais e psicológicos.

Destaca-se que em muitos casos é bastante complexo descobrir a etiologia de determinado problema sexual, sendo que para realizar o diagnóstico de uma disfunção sexual é necessário análise para exclusão de problemas que possam ser “mais bem explicados por algum transtorno mental não sexual, pelos efeitos de uma substância [...] por uma condição médica [...] ou por perturbação grave no relacionamento, violência do parceiro ou outros estressores” (APA, 2014, p. 424).

Anteriormente, a atividade sexual tida como normal caracterizava-se pela conduta heterossexual e por excitação exclusiva dos órgãos sexuais. Hoje, por meio de estudos e pesquisas, sabe-se que a maior parte das práticas e manifestações sexuais envolve o corpo como um todo, sendo que as genitálias são enfocadas para finalização e concretização do ato (KINSEY et al, 1948 apud ABDO, FLEURY, 2006).

Deste modo, em 1960, Masters e Johnson (1984 apud ABDO, FLEURY, 2006) desenvolveram um modelo de ciclo de resposta sexual comum tanto ao gênero feminino como masculino e composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Esse modelo preconizava que o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), bem como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão), promoveria a excitação, identificada pela ereção (no homem) e pela vasocongestão da vagina e da vulva (na mulher). A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, à qual se seguiria, caso o estímulo perdurasse, o orgasmo, no homem e na mulher. O orgasmo masculino seria acompanhado de ejaculação. Na seqüência, haveria para ambos um período refratário (resolução) mais definido no homem que na mulher –, quando o organismo retornaria às condições físicas e emocionais usuais, posto que, durante as fases anteriores, a respiração, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar (ABDO, 2005 apud ABDO, FLEURY, 2006, p. 163).

Em 1970, Kaplan descreveu que “antecedendo à fase de excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente o que conduz ao orgasmo”, reformulando a esquema e o compondo por três fases: desejo, excitação e orgasmo (KAPLAN, 1977 apud ABDO, FLEURY, 2006, p. 163).

Contudo, estudos têm demonstrado que o atual modelo de ciclo de resposta sexual não corresponde ao que realmente ocorre a um grande número de mulheres.

De tal modo, Basson (2001) sugeriu uma nova proposta ao ciclo feminino de resposta sexual, onde discute que a intimidade é determinante para a mulher sentir-se motivada e relacionar-se sexualmente. Para o mesmo, “muitas mulheres iniciam o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse: na verdade, desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva” (BASSON, 2001 apud ABDO, FLEURY, 2006, p. 165)

Apesar de o ciclo de resposta sexual ser comum a homens e mulheres, existem diferenças entre as características femininas e masculinas quanto a resposta aos estímulos sexuais. Tais diferenças atribuem-se a fatores biopsicossociais, como “hormônios sexuais (estrógenos *versus* andrógenos), educação sexual (repressora *versus* permissiva), ambiente (controlador *versus* estimulante)” (ABDO, 2005 apud ABDO, FLEURY, 2006, p. 164). Assim, quadros de disfunções sexuais tanto podem ter origens orgânicas, como emocionais.

Relação conjugal e insatisfação sexual

Assim como uma função sexual adequada, os relacionamentos íntimos são essenciais para a manutenção de uma vida saudável de homens e mulheres, nos mais diversos contextos.

Bystronski (1995 apud ANDRADE, GARCIA, CANO, 2009, p. 144), discorre que “o grau de satisfação corresponde a uma avaliação subjetiva sobre a qualidade do relacionamento”.

Silva e Pereira (2005 apud ANDRADE, GARCIA, CANO, 2009), sugerem que a satisfação e insatisfação dos relacionamentos está diretamente ligada às expectativas que o indivíduo constrói sobre seu companheiro e as características que, de fato, são de seu companheiro.

Nos dias atuais, a maioria dos relacionamentos se dão pela existência de um elemento que não se ouvia falar muito há alguns anos atrás, o amor. Existem diversas teorias a respeito da origem e composição do amor em relacionamentos. Considerando que as relações conjugais, no geral, contam com este elemento, Critelli, Myers e Loos (1986 apud ANDRADE, GARCIA, CANO, 2009), descreveram que o amor envolve intimidade comunicativa, excitação física, dependência de amor, respeito e compatibilidade romântica.

Já a satisfação conjugal é um conceito subjetivo, implicando em ter necessidades e desejos satisfeitos, além corresponder às necessidades e desejos do

parceiro, de modo espontâneo. Assim, a satisfação conjugal está relacionada à sentimentos de contentamento, segurança, companheirismo, afabilidade e sensações de bem estar. Estes fatores associados propiciam intimidade nas relações e decorrem da congruência entre as expectativas dos cônjuges comparadas à realidade que vivenciam (NORGREN et al 2004, p. 576).

Acredita-se também que diversas variáveis estejam envolvidas e interfiram na satisfação e insatisfação em relacionamentos conjugais, tais como: momento do ciclo da vida da família, presença e ausência de filhos, escolaridade, nível socioeconômico e cultural, questões laborais, experiência sexual anterior ao casamento, além de valores, atitudes, necessidades, personalidade e sexo (NORGREN et al 2004, p. 576).

Deste modo é possível perceber que o fator sexo é algo bastante relevante e pode tanto contribuir para a satisfação, quanto para a insatisfação nos relacionamentos.

Por meio de estudos e pesquisas Yen et al (2006 apud ANDRADE, GARCIA, CANO, 2009) demonstra “que indivíduos satisfeitos sexualmente tendem a estar satisfeitos e felizes com seu (sua) companheiro(a) e com o relacionamento, o que, automaticamente, reduz o grau de instabilidade conjugal”, sendo que tanto para homens quanto para mulheres, a satisfação ou insatisfação sexual influencia de maneira global o relacionamento conjugal.

É importante ressaltar que existem diferenças entre satisfação conjugal e estabilidade conjugal, já que existem casamentos estáveis, mas não satisfatórios que podem se manter pelas mais diversas razões, como:

um ou ambos os cônjuges abominam a idéia do divórcio, por razões pessoais ou por credo religioso; podem ter medo da mudança e da solidão; não conseguem lidar com a liberdade e auto-suficiência; não querem repartir o patrimônio que construíram ao longo dos anos e, finalmente, estar casado e fazer parte de uma família pode ser menos ansiógeno do que estar descasado (KASLOW, HAMMERSCHMIDT, 1992; SPANIER, LEWIS, 1980 apud NORGREN et al 2004, p. 576).

Conseqüentemente, percebe-se que muitos casais têm buscado ajuda para obter ajustes e melhorias em seus relacionamentos. A psicoterapia configura-se como uma alternativa, sendo que diversos estudos demonstram a eficácia da abordagem cognitiva comportamental para a terapia com casais.

Terapia Cognitiva Comportamental

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, no início dos anos 60 na Universidade da Pensilvânia. Ela surgiu de maneira estruturada como uma forma de psicoterapia breve, a princípio, orientada para o tratamento da depressão, com o objetivo de resolver problemas atuais e modificar tanto pensamentos como também comportamentos disfuncionais (BECK, 1964 apud BECK, 1997).

Este modelo teórico vem se transformando ao longo dos anos e se estendendo à diversos quadros clínicos, já que Beck e outros estudiosos vem adaptando a terapia às diversas populações e demandas (BECK, 1997; WRIGHT, BASCO, THASE, 2008). Tais “adaptações mudaram o foco, a tecnologia e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes” (BECK, 1997, p. 17).

Resumidamente, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes (BECK, 1997, p. 17).

Assim, a terapia cognitiva comportamental se baseia no *modelo cognitivo* que alude que emoções e comportamentos são diretamente influenciados por percepções de eventos. Compreende-se, conseqüentemente, que não é a situação por si só que determinará o que a pessoa irá sentir, mais sim a maneira como a pessoa interpretará tal situação, sendo que seus sentimentos, pensamentos e comportamentos estão relacionados ao modo como a situação foi interpretada (BECK, 1997).

O terapeuta, neste sentido, interessa-se pelo pensamento que opera simultaneamente ao nível mais obvio e superficial de pensamento, denominados, pensamentos automáticos (BECK, 1997).

Os *pensamentos automáticos* surgem de forma automática e de repente, são com frequência muito breves e não decorrem de raciocínio ou deliberação, sendo, frequentemente, aceitos como verdadeiros. Na terapia cognitiva comportamental é fundamental que se identifique tais pensamentos e se busque avaliar a validade dos mesmos, já que a correção destes pensamentos errôneos pode levar a mudanças de humor. Os pensamentos automáticos são específicos às situações e são

considerados o nível mais superficial de cognição, surgindo a partir das crenças centrais (BECK, 1997).

As *crenças centrais* começam a se desenvolver na infância e é onde as pessoas desenvolvem crenças a respeito de si, outras pessoas e o mundo. Em geral, estas ideias são tidas como verdades absolutas. As crenças centrais são o nível mais fundamentais das crenças, sendo globais, rígidas e super generalizadas. Quando a crença central está ativada, a pessoa interpreta a situação a partir da lente desta crença, muito embora, partindo de uma base racional, esta crença possa não ser tão verdadeira. As crenças centrais propiciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças chamada de crenças intermediárias, sendo que estas estão entre os pensamentos automáticos e as crenças centrais (BECK, 1997).

As *crenças intermediárias* consistem em atitudes, regras e suposições que a pessoa cria ao longo de sua vida. Tais crenças influenciam o modo como as situações são vistas e interpretadas, o que, conseqüentemente, influencia o modo da pessoa pensar, sentir e se comportar. Elas surgem a partir das aprendizagens, interações com o mundo e outras pessoas e da forma como a pessoa organizou as experiências que vivenciou (BECK, 1997).

Portanto, o processamento cognitivo é a peça chave deste modelo, sendo que o ser humano avalia os acontecimentos internos e do ambiente e estas cognições são associadas às emoções, que, por fim, geram os comportamentos.

O terapeuta cognitivo comportamental interessa-se inicialmente pelos pensamentos automáticos, que são cognições mais próximas da percepção. Ao identificar, avaliar e modificar tais pensamentos há o alívio dos sintomas que trazem sofrimento. Por conseguinte, as crenças que estão por trás destes pensamentos (crenças intermediárias e crenças centrais) passam a ser o foco do processo psicoterápico. A partir da modificação das mesmas a pessoa passa a interpretar de uma maneira mais realista as situações que vivencia, levando a mudanças tanto de humor, quanto de comportamentos (BECK, 1997). O mesmo deve dirigir sua atenção para a relação entre pensamento, emoção e comportamento para orientar as intervenções de tratamento, sem deixar de reconhecer as interações complexas entre fatores biológicos, ambientais, interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais (WRIGHT, 2004; WRIGHT, THASE, 1992 apud WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Além disso, a terapia cognitiva comportamental é desenvolvida com base nos princípios a seguir:

Princípio Nº 1. A terapia cognitiva se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos. [...]
Princípio Nº 2. A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica segura. [...]
Princípio Nº 3. A terapia cognitiva enfatiza colaboração e participação ativa. [...]
Princípio Nº 4. A terapia cognitiva é orientada em meta e focalizada em problemas. [...]
Princípio Nº 5. A terapia cognitiva inicialmente enfatiza o presente. [...]
Princípio Nº 6. A terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção da recaída. [...]
Princípio Nº 7. A terapia cognitiva visa ter um tempo limitado. [...]
Princípio Nº 8. As sessões de terapia cognitiva são estruturadas. [...]
Princípio Nº 9. A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais. [...]
Princípio Nº 10. A terapia cognitiva utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento (BECK, 1997, p. 21).

Estes princípios se aplicam a todos os pacientes, no entanto, a terapia varia conforme “o paciente individual, a natureza de suas dificuldades, suas metas, sua habilidade de formar um vínculo terapêutico forte, sua motivação para mudar, sua experiência prévia com terapia e suas preferências de tratamento (BECK, 1997, p. 24).

É importante lembrar que este é o modelo cognitivo comportamental de Aaron Beck e que outras formas desta terapia foram desenvolvidas por outros teóricos (BECK, 1997).

Estudos de Persons, Burns e Perloff (1988), demonstraram que a terapia cognitiva é efetiva para os mais diversos pacientes, com diferentes níveis de renda, educação e idade, podendo ser utilizada para o tratamento individual, de grupos, casais e até mesmo famílias (BECK, 1997).

Procedimentos Metodológicos

O presente trabalho tratar-se-á da apresentação de um estudo de caso, possibilitado pela disciplina de Estágio Específico – Campo da Saúde do Centro Universitário Barriga Verde, por meio de atendimento clínico psicológico na clínica-escola da instituição, utilizando como abordagem a Terapia Cognitivo Comportamental.

Os encontros com a paciente foram realizados em uma sala previamente preparada. No acolhimento, que é uma exigência institucional, foi recolhido os dados da paciente, bem como esclarecido a mesma sobre o sigilo ético quanto aos atendimentos, e recolhido sua assinatura à um termo de consentimento Livre e Esclarecido.

As sessões psicológicas foram realizadas pela estagiária e supervisionadas pela professora responsável. As sessões ocorreram no período entre maio e julho de 2015, totalizando 5 sessões, sendo que as mesmas aconteciam semanalmente e com duração de 50 minutos.

Salienta-se que o respectivo estudo atende aos preceitos éticos, sendo que o sigilo profissional quanto a identidade da paciente é mantida.

Relato de caso

A paciente, uma mulher de 31 anos, é estudante universitária. A mesma procurou ajuda porque há algum tempo não sentia desejo sexual pelo marido e por este motivo vinha se sentindo deprimida. Ambos eram casados há 6 anos, sendo que namoraram por um ano antes do casamento.

Durante o período de namoro não mantiveram relações sexuais, em razão da orientação religiosa (ambos eram evangélicos). Segundo a mesma, os dois primeiros anos de casamento foram muito bons, mas a partir do terceiro passou a não sentir-se atraída pelo parceiro, salientando que este foi o respectivo ano em que ela ingressou no ensino superior.

A paciente e o marido trabalhavam juntos em casa, prestando serviços para uma empresa e o marido tinha ainda um segundo emprego. Ela dizia que o marido era uma pessoa compreensiva, e que não era violento, mas vinham tendo discussões recorrentes por ele queixar-se da falta de atenção dela para com ele. A paciente acreditava que realmente não era atenciosa com o marido e que a culpa pelo relacionamento não estar bem era, de fato, toda sua. Relatou que não percebia as situações em que era fria com o marido, e só se dava conta quando o mesmo se queixava. Então ela tentava mudar seu comportamento, e conseguia, mas somente por um certo tempo, sendo que até a relação sexual tornava-se prazerosa.

A paciente estava grávida de 3 meses, no entanto a gravidez não havia sido planejada e ela estava muito assustada, já o marido, muito contente. Disse que ambos tinham uma rotina de trabalho muito intensa e não eram mais como no início do

relacionamento: atenciosos e carinhosos. Apesar de o marido ser compreensivo, a paciente queria que o mesmo fosse um pouco mais carinhoso e comunicativo, inclusive antes de iniciarem a relação sexual. Dizia sentir-se à vontade com o próprio corpo e não ter desconforto ou dor durante o ato sexual. A paciente relatava sentir-se atraída pelo marido e o admirava por ser um homem trabalhador, mas não tinha vontade de manter relações sexuais com o mesmo. Além disso, disse não tinha admiração ou interesse por nenhum outro homem.

Resultados e Discussão

Com o decorrer dos atendimentos, a intensidade dos pensamentos e sentimentos trazidos pela paciente, foram avaliados. Um exercício, utilizando como técnica a Tomada de Decisões, foi aplicado e identificou-se que, no momento, a mesma não gostaria de terminar o casamento.

Observou-se ainda que, para a paciente o que parecia fazer falta para a relação ser satisfatória era: carinho no dia a dia e não só no ato sexual, comunicação e tempo, já que haviam deixado que a intensa rotina de trabalho, estudos e o estresse do dia a dia fosse os afastando.

Em muitos casos é bastante complexo descobrir a causa de um problema sexual, sendo que é necessário analisar para descartar outros aspectos que possam estar levando ao problema como por exemplo violência por parte do parceiro (APA,2014).

Salienta-se que nenhuma disfunção sexual foi identificada na paciente, sendo que aspectos emocionais e de afeto pareciam ser o que determinavam a satisfação conjugal e sexual da mesma.

De acordo com DSM 5 (APA, 2014) apesar de a resposta sexual tem uma base biológica, ela também é influenciada por questões intrapessoais, interpessoais e culturais.

Para Andrade, Garcia e Cano (2009), é essencial compreender os fatores tidos como importantes para as pessoas se envolverem romanticamente e buscarem manter o relacionamento.

Assim buscou-se identificar que fatores eram tidos como essenciais para a paciente. Observou-se que para a mesma era necessária demonstração de sentimentos e carinho, como no início da relação. O ato sexual em si era uma consequência que poderia ser tanto muito positiva, se ela e o parceiro ao longo do dia

se mantivessem amorosos, quanto muito negativa, se não estivessem muito bem e o mesmo quisesse manter relações sexuais.

Kaplan (1977 apud ABDO, FLEURY, 2006, p. 163) descreveu três fases do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo, no entanto, Kinsey (et al, 1948 apud ABDO, FLEURY, 2006) demonstra que atualmente a atividade sexual não envolve mais somente a excitação exclusiva dos órgãos sexuais, mas sim o corpo e manifestações de carinho como um todo.

Para Basson (2001) o ciclo feminino de resposta sexual, é determinado por outros fatores, como a intimidade, e assim sentir-se motivada para relacionar-se sexualmente. Para o mesmo, “muitas mulheres iniciam o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse: na verdade, desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva” (BASSON, 2001 apud ABDO, FLEURY, 2006, p. 165).

Além disso, conforme Bystronski (1995 apud ANDRADE, GARCIA, CANO, 2009), a satisfação em um relacionamento corresponde a uma avaliação subjetiva sobre a qualidade do mesmo.

Critelli, Myers e Loos (1986 apud ANDRADE, GARCIA, CANO, 2009), descreveram que intimidade comunicativa, excitação física, dependência de amor, respeito e compatibilidade romântica, são fatores que envolvem e determinam o amor e satisfação amorosa.

Assim, uma função sexual adequada determina não só a satisfação, como também a qualidade de vida dos indivíduos.

Ao longo do processo terapêutico, e após identificadas as motivações e expectativas sobre o relacionamento, outras técnicas da psicoterapia foram aplicadas, como:

- RDPD (Registro Diário de Pensamento Disfuncional) – pois a paciente acreditava ser culpada pela relação não estar muito bem;
- Treino de Assertividade – sendo que a paciente tinha certa dificuldade de expor suas ideias e sentimentos para o marido;
- Solução de Problemas – já que a mesma tinha dificuldade de lidar com situações rotineiras da vida em casal, envolvendo ainda situações de trabalho e faculdade.

A paciente relatou melhoras pessoais, no relacionamento e na relação sexual, sendo que aspectos como comunicação, expectativas/necessidades, organização (para dar conta de todas as funções que tinha) e conquista diária, foram trabalhados.

Salienta-se que o encerramento do atendimento não foi determinado pela estagiária e professora supervisora, mas sim pela própria paciente que disse estar se sentindo bem, não havendo a necessidade de outros encontros.

Considerações Finais

Problemas sexuais têm sido uma queixa recorrente em consultórios psicológicos, sendo que eles interferem significativamente na vida das pessoas. Como visto, a terapia cognitiva comportamental refere que tanto as emoções como os comportamentos são influenciados pelas percepções que se tem de eventos (BECK, 1997). Assim, ao avaliar-se as vivências da paciente identificou-se seus pensamentos e seus sentimentos e buscou-se trabalhar os aspectos trazidos pela mesma.

Como demonstra a literatura e este estudo, a satisfação sexual e dos relacionamentos íntimos interferem no bem-estar no sujeito, sendo que é fundamental compreender o que na relação é considerado relevante para manter-se satisfeito.

Compreende-se, deste modo que muitas são as diferenças entre homens e mulheres em relação a resposta aos estímulos sexuais, sendo necessário considerá-los. Assim, o modelo cognitivo comportamental mostrou-se como uma importante ferramenta para a identificação e superação dos respectivos problemas, salientando que o processo terapêutico tem por característica essencial possibilitar um espaço em que o paciente possa não só identificar, como também avaliar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, buscando ajustá-los.

Referências

- ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.
- ANDRADE, Alexsandro Luiz de; GARCIA, Agnaldo; CANO, Débora Staub. Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 11, n. 3, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.
- BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LIMA, Adriani Castro de; DOTTO, Leila Maria Geromel; MAMEDE, Marli Villela. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1544-1554, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNO 5 - DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NOGUEIRA, Marcela Moreira Lima et al. Satisfação sexual na demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 77 - 80, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

NORGREN, Maria de Betânia Paes et al. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 3, p. 575-584, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Dados para contato:

Autor: Pátilla Francy Kulkamp da Silva e Rosane Romanha

E-mail: patilafancy@hotmail.com e rmagna@hotmail.com

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS MAUS TRATOS CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

Epidemiologia e políticas de saúde

**Lilian Fabianni Bastos¹; Alana Patrício Stols Cruzeta¹; Giseli Orben¹;
Karla Pickler Cunha¹**

¹. Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE;

Resumo: A violência contra a criança e o adolescente deve receber atenção especial, havendo necessidade de conhecer as políticas públicas e normas de encaminhamento e modelos de prevenção de violência intrafamiliar que vem se tornando questão de saúde pública e social. O objetivo desse estudo é analisar as notificações de maus tratos contra crianças e adolescentes em um município do Sul de Santa Catarina no período de um ano. Trata-se de um estudo quali-quantitativo, bibliográfico com análise documental. Analisou-se que a escola atua diretamente como denunciante e que um dos agravos mais relevantes é a negligência seguida do abandono e da evasão escolar.

Palavras-chave: Maus tratos. Criança e adolescente. Violência intrafamiliar.

Introdução:

Nas últimas décadas, o reconhecimento da violência como problema de saúde pública e da necessidade de proteger as crianças e adolescentes, veio ampliar as políticas e estratégias voltadas para a emergente questão da violência dentro dessa faixa etária (MARTINS; JORGE, 2009).

O termo abuso infantil vem sendo usado no Brasil e no exterior largamente e é confundido com vitimização sexual da criança, porém o termo abuso, assim como maus tratos, vitimização, negligência e punição, podem ser substituídos pelo termo único: violência (PIRES, 2004).

A definição sobre violência ou maus tratos que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea é apenas uma forma didática de compreender seus diferentes tipos. Os maus tratos ou abuso ocorrem quando o sujeito com idade, força, posição econômica ou social, inteligência e autoridade superior, comete ato ou omissão que causam danos físicos, psicológicos ou sexual, contrários à vontade da vítima ou com consentimento através de sedução enganosa ou indução, sendo o tipo mais frequente

de maus tratos contra a criança e adolescente o que acontece dentro dos lares ou convívio com familiares (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Fruto da luta social, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), teve início com a promulgação da Constituição de 1988 e representa um grande avanço da legislação brasileira. Se tratando de desenvolvimento e transformação de adultos conscientes e participativos do processo inclusivo, o ECA veio garantir a todas as crianças e adolescentes um tratamento com atenção, proteção e especiais cuidados (BRASIL, 2008).

Em seu art.13, o ECA orienta profissionais da saúde quanto à obrigatoriedade de encaminharem de maneira correta casos de maus tratos por eles detectados. A notificação também está assegurada com o intuito de evitar que profissionais se omitam alegando sigilo profissional (CONANDA, 2007). A notificação é de fundamental importância para enfrentar a violência e maus tratos à criança, além de ser um direito de cidadania, podendo desencadear ações com vistas a subsidiar se necessária, uma ação judicial através de investigação sobre a vida da família (SILVA; SILVA, 2003).

O Conselho Tutelar foi criado com a missão de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e adolescente. É um órgão inovador para a sociedade brasileira, sendo vinculado à prefeitura no aspecto administrativo sem que esta prejudique sua autonomia nas decisões, tem atuação restrita ao âmbito municipal sendo sua competência definida pelos artigos 138 e 147 do ECA (CONANDA, 2007).

A violência contra a criança e o adolescente, independente da ação ou omissão, provoca danos, lesões e transtornos a seu desenvolvimento integral. Existem quatro tipos de violência contra a criança e o adolescente, que são o abuso físico, emocional, sexual ou psicológico, os quais acarretam inúmeros problemas em seu crescimento e desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra a criança pode resultar em danos físicos e psicológicos, danos ao desenvolvimento, crescimento e maturação da criança. Muitas vezes, tais danos permanecem silenciosos e silenciados dentro do lar das famílias, escolas, serviços de saúde e comunidade, seus efeitos muitas vezes sequer podem ser mensurados e as consequências tornam-se irreversíveis (MASCARENHAS et al., 2010).

Ainda sobre as consequências, além de apresentar comportamentos prejudiciais à saúde, a violência pode gerar problemas sociais, psicológicos,

emocionais e cognitivos por toda a vida, tornando-se a vítima vulnerável a consumir substâncias psicoativas, álcool, drogas, atividade sexual precoce, prostituição ou envolvimento com a exploração sexual (BRASIL, 2008).

De maneira geral, graves são as consequências da violência doméstica e este problema compete tanto à esfera jurídica quanto aos setores de saúde, um por implicar em ações criminosas e outro, pelos agravos acometidos às vítimas. Tanto o serviço policial quanto o setor de saúde, desempenham significativo papel ao atender tão singular demanda onde vítima e agressor possuem laços afetivos estreitos (DOSSI et al., 2008).

Nesse contexto os profissionais da saúde são chamados a intervir e também a sociedade como um todo, o estudo da relação envolvendo violência entre pais e filhos ainda é tratado com reticência, já que a família é idealizada por nossa cultura, tornando-se difícil aceitar o fato de que pais possam provocar danos a seus filhos (PIRES, 2004).

Tem-se percebido que diante da temática da violência e suas consequências, o enfermeiro necessita ter um olhar para o cuidado não somente para a vítima, mas também para o agressor, pois, estudos concluem que criança vítima poderá ser futuramente um adulto agressor. É um ciclo vicioso que precisa ser interrompido, procurando conhecer qual a realidade desta vítima, sua condição social, qual o vínculo com a família, qual a estrutura familiar, religião, o que esta família aceita culturalmente como certo ou errado (LEOPARDI, 2006).

Nesse cenário originou-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: quais os tipos de agressões à criança e ao adolescente no município do sul de Santa Catarina. Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar as notificações no Conselho Tutelar do município estudado e maus tratos contra a criança e adolescente a fim de, posteriormente, elaborar estratégias para as Agentes Comunitárias de Saúde, que venham ao encontro às necessidades do município.

Procedimentos Metodológico

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, bibliográfico com análise documental onde foram reunidos dados de interesse no período de um ano (outubro de 2009 a outubro de 2010).

O estudo foi realizado no Conselho Tutelar do município do sul de Santa Catarina. Esse município possui 10.954 habitantes, segundo estimativa da população

do ano de 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua principal fonte de renda provém da indústria de plásticos e madeira. O Conselho Tutelar do município atende os munícipes através de telefone residencial, plantão e e-mail.

A equipe de saúde é composta por duas equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF) num total de trinta e seis profissionais e o Pronto Atendimento que recebe as emergências do município com atendimento vinte e quatro horas, com dezenove profissionais atuantes.

Para o estudo foram utilizados os seguintes critérios, crianças (0 a 11 anos 11 meses e 29 dias) e adolescentes (12 a 18 anos) notificados no Conselho Tutelar do município no período de outubro de 2009 a outubro de 2010.

Foram excluídas do estudo as que apresentaram ficha não preenchida corretamente principalmente àquelas sem data de registro.

Para a coleta de dados às informações foram obtidas através do levantamento manual das fichas arquivadas no Conselho Tutelar onde estavam separadas por ordem alfabética com o nome da criança e/ou adolescente ou ainda pelo nome da mãe, quando há mais de uma criança e/ou adolescente envolvida na ocorrência. Todas as fichas foram analisadas e entraram no estudo as que se enquadrarem nos critérios descritos anteriormente.

Para análise dos dados utilizou-se o levantamento das notificações, classificando segundo tipo de agressão; digitação dos dados no programa Excel; análise da incidência através, da faixa etária, gênero, grau de escolaridade, bairro onde reside a vítima;

Os valores da população geral foram obtidos através banco de Informações em Saúde do DATASUS, baseado nas estimativas populacionais da população residente.

Resultados e Discussão

Foram excluídas do trabalho notificações que não possuíam a data do registro para análise e notificações fora da data delimitada para o estudo. Optou-se por não ter outro critério de exclusão, pois se fosse preciso ater-se em excluir notificações com algum dado incompleto, poderia deixar de lado muitos casos, que mesmo com alguns dados faltantes, poderiam ser valiosos para o estudo.

Foram 209 notificações analisadas, observando que muitos casos envolviam irmãos e mais de um tipo de agressão sofrida numa mesma situação. Optou-se por separar as análises em sexo da vítima, idade até 12 anos incompletos e de 12 anos a

18 anos incompletos, o bairro de residência da vítima, a escolaridade, quem fez a denúncia, registros de outubro de 2009 a dezembro de 2009 e janeiro de 2010 a outubro de 2010 e os tipos de agressão separadamente.

Na categoria sexo da vítima, nota-se uma incidência maior para o sexo masculino, contudo, mesmo que os casos não informados fossem relatados, não influenciaria no resultado final, ainda prevaleceria o índice sobre o sexo masculino, pois o não informado gera uma porcentagem pequena em relação aos dados.

Ao que se compara com outros estudos, a incidência maior está no sexo feminino numa análise geral. Contudo, quando se faz um estudo ainda mais detalhado de incidência com relação ao sexo da vítima, nota-se que está pode variar entre masculino e feminino num mesmo estudo, separando-se os sexos por agressão sofrida. Por exemplo, em um mesmo estudo a taxa de violência pode ser maior para o sexo masculino, no entanto, separando-se a análise por agressão, por exemplo, no caso de violência sexual, prevalece uma incidência maior para o sexo feminino (SMS-RJ, 2002).

Quanto à idade da criança e adolescente, constitui-se um índice maior de maus tratos, em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, porém esta estimativa pode não ser fidedigna, pois são muitos os casos que não informam a idade. O mesmo acontece para os adolescentes, onde prevalece a faixa etária de 13 a 15 anos, mas uma realidade pouco confiável por conta de não sabermos a real proporção dentro dos casos não informados.

Ainda comparando a realidade de outro município brasileiro, conforme casos notificados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no ano de 2002, em estudo com crianças até 12 anos, a realidade muda quanto à faixa etária, em que crianças menores de 1 ano sofreram mais com a violência, seguida das crianças acima de 1 ano, 2 anos e 3 anos, totalizando quase a maioria dos casos, os casos não informados não alteram esta realidade pois nesse estudo foram baixos (SMS-RJ, 2002).

Na questão quando os bairros mais acometidos são próximos e interligados com maiores casos de violência, indicando que ali prevalece uma questão social a ser observada, questiona-se por serem bairros com um índice de pobreza maior e de marginalização em relação aos outros bairros, indicando que há a necessidade de cuidados mais concretos no que dizem respeito às questões socioeconômicas do município especificamente nestes bairros.

Na abordagem quando ao denunciante, percebe-se que a escola tem grande participação quanto às denúncias, principalmente no que diz respeito à evasão escolar. As escolas têm um sistema chamado de aviso por infrequência às aulas – APOIA, onde, criteriosamente, se a criança ou adolescente, faltam por três dias consecutivos sem justificativas, uma notificação é encaminhada ao Conselho Tutelar, cabendo às conselheiras, fazerem a averiguação da situação do aluno. Uma parceria que funciona muito bem em evidentes buscas ativas para evitar que se percam estes alunos por negligência dos pais ou até mesmo desinteresse nos estudos.

Observou-se que houve uma grande proporção de denunciante não informados e que o número de profissionais da saúde envolvidos nos casos de denúncia é diminuído, subentende que a sua participação, necessita de maior comprometimento, pois se sabe que muitos casos, chegam ao sistema de saúde e se resolvem apenas a parte curativa, sem que seja feita uma investigação do ocorrido, podendo deixar passar despercebido, algum caso de agressão, reforçando que se precisa maior atenção dos profissionais da saúde aos casos que chegam às unidades e medidas cada vez mais intensas para a prevenção e praticar a obrigatoriedade da notificação (MARTINS, 2009).

Em um estudo realizado na cidade de Londrina - PR nos anos de 2002 e 2006, acerca de casos de violência contra menores de 15 anos, foi observado que o maior índice de denúncias partiu dos próprios familiares e em segundo lugar dos profissionais da saúde (MARTINS, 2009).

Ao analisar nos arquivos do Conselho Tutelar do município em estudo, no período de um ano, a escolaridade das vítimas, verifica-se um grande número de casos não informados, seguidos do ensino fundamental e crianças sem idade escolar como maiores incidentes.

Correlacionando com estudos de outros municípios do Brasil, dentre os casos de violência entre menores de 15 anos, o grau de escolaridade que prevaleceu foi o ensino fundamental incompleto, seguido por crianças sem idade escolar e de pré-escola (MARTINS, 2009).

No período estudado, foi observado que os meses de maior incidência de notificações foram março, junho e agosto de 2010 respectivamente. Comparar as notificações em períodos diferentes é de grande valia epidemiológica, pois revelam a proporção de crescimento dos casos de violência ou de involução, enquanto houver crescimento ao passar dos tempos, porém é necessário estudar medidas de

prevenção, a fim de reduzir este quadro. A distribuição de casos de maus tratos coletados dos Conselhos Tutelares e programas de proteção ao menor contra crianças menores de 15 anos na cidade de Londrina no ano de 2002 e 2006 trazem claramente dados epidemiológicos, em que houve aumento de notificações entre o ano de 2002 e 2006 (MARTINS, 2009).

Quanto ao tipo de agressão, destaca-se as agressões concomitantes, somando 304 casos de maus tratos dentre as 209 notificações levantadas, sendo que a negligência, seguida de abandono e evasão escolar estão entre os índices mais prevalentes. Já no estudo de Martins (2009), dentre as notificações analisadas, houve predominância de violência propriamente dita, totalizando aproximadamente 70% dos casos notificados (MARTINS, 2009).

Após coleta e tabulação dos dados realizou-se uma capacitação para 6 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família de um dos bairros pesquisados, a fim de instrumentalizá-las para detecção precoce de vítimas de maus tratos. O convite para participar do encontro ocorreu via contato telefônico onde, num total de 8 das 9 ACS foram encontradas e convidadas.

A instrumentalização às ACS baseou-se em uma apresentação em data show, elaborada a partir do estudo do levantamento epidemiológico concluído e fundamentada na teoria apresentada neste trabalho. Foi priorizado esclarecer os tipos de agressões mais frequentes sofridas pelas crianças e adolescentes, a forma de detectar maus tratos e seus possíveis agressores, durante as visitas feitas pelas ACS e incentivando-as a denunciar casos de suspeita ou confirmação da violência seja para a enfermeira responsável ou informando ao Conselho Tutelar do município, sendo de extrema importância o comprometimento das mesmas e desmistificando a questão de repressão pela denúncia.

As ACS participaram ativamente da capacitação, fazendo diversas perguntas e compartilhando casos de agressões que elas encontram no dia a dia de trabalho. Mostraram-se surpresas com a existência de tipos de maus tratos, que até então, desconheciam e comprometeram-se a estar mais atentas e denunciarem quando encontrarem vítimas de agressões.

Considerações Finais

Considerando o aumento dos padrões de violência contra a criança e adolescentes na sociedade, percebemos que este é um problema originário do

desrespeito aos direitos humanos, desigualdades sociais, deficiência de políticas públicas e características regionais. Dessa forma, é necessário adotar ações multidisciplinares, tais como, capacitar os profissionais da saúde a terem uma efetiva percepção do problema.

Os maus tratos, especialmente os intrafamiliares, atingem proporções epidemiológicas tão assustadoras que geram prejuízos para o Estado, Governo e sociedade em geral, os quais não são somente econômicos, mas principalmente agravos físicos e psicológicos, muitas vezes irreversíveis.

O assunto sobre a violência não deve ficar no reducionismo. Profissionais de saúde, bem como as escolas, creches, associações, pastorais da criança e outros grupos sociais precisam instrumentalizar-se contra a violência, discutindo o assunto nas unidades de saúde e com a sociedade a fim de esclarecer as dúvidas pertinentes ao tema, elaborando meios para detecção precoce de maus tratos.

Muito se tem descrito sobre a violência contra crianças e suas múltiplas facetas, porém há uma singularidade encontrada em cada caso de abuso. Por isso, não há um modelo para o enfrentamento da violência, muitas políticas públicas auxiliam nos casos conhecidos, mas há que se refletir sobre as particularidades de cada caso, como o sofrimento individual e convívio familiar.

Um dos nós críticos do processo de prevenção aos agravos contra crianças e adolescentes está na qualidade da notificação, algumas famílias podem tentar dificultar ou impedir a notificação, pois a mesma permite a compreensão da configuração do agravo à criança e/ou adolescente. A notificação serve como fio condutor para medidas que possam ser tomadas pela equipe. Existe ainda o problema da subnotificação.

Diante destas diferenças convergentes, mostradas nas comparações feitas ao longo do estudo, sugere-se que cada localidade discuta quais devem ser as propostas e ações contra a violência, reforçando a necessidade de estudos, tendo um olhar específico para a realidade local, solidificando programas regionais e ampliando redes de suporte ao profissional da atenção básica.

Conhecer detalhadamente a situação socioeconômica e cultural de nossa sociedade e detectar os casos de abuso infantil que assombram, principalmente dentro dos lares, local este que deveria abrigar proteger e não ser o primeiro local que ocorre inúmeros tipos de agressões, é um dos primeiros passos para atitudes de comprometimento.

Esta pesquisa pretendeu levantar os tipos de maus tratos praticados a crianças e adolescentes do município em estudo, por se tratar de uma análise em curto período de tempo, há possibilidades de futuros estudos apontarem resultados diferentes, variando de acordo com ações preventivas realizadas.

Acredita-se que os resultados trazidos para discussão possam estimular uma reflexão crítica sobre o tema, e que sirva de mola propulsora para medidas de promoção e prevenção à saúde da criança e do adolescente.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 737 de 16 de maio de 2001: **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência**. Diário Oficial da União. Brasília, 18 de maio de 2001b.

BRASÍLIA. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violência e cultura da paz**. Ministério da Saúde, 2008.

CONANDA. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Do Adolescente e Conselho Tutelar: **Orientações para criação e funcionamento/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos**. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da criança e do adolescente: CONANDA, 2007.

DOSSI, Ana Paula, et al. **Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do estado de São Paulo entre 2001 e 2005**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, Ana Lúcia, et al. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.

GABATZ. Ruth Irmgard Bärtschi. **Violência intrafamiliar: percepções de Crianças escolares que vivem em abrigo**. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem. Santa Maria, RS. 2008 102p.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n.4, p. 315-334, out-dez, 2009.

MARTINS Christine baccarat de Godoy. **Violência Contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná**: análise epidemiológica de suas notificações. **Tese**: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, departamento de epidemiologia. São Paulo. 2008, 285p.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros, et al. **Violência contra criança:** revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Rio de Janeiro, 2010.

PIRES, Joelza Mesquita Andrade. **Violência contra crianças e adolescentes.** In: DUNCAN, Bruce B., et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. S.A., 2004.

PIRES, Ana L. D.; MIYAZAKI, Maria C. O. S. **Maus tratos contra crianças e adolescentes:** revisão de literatura para profissionais da saúde, 2005. Arq Ciênc Saúde 2005 jan-mar;12(1):42-9

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Notificação de Maus Tratos Contra a Criança:** Perfil dos Casos Notificados a SMS-RJ no ano de 2002. Disponível em: www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/Maustratos.ppt. Acesso em: 07 Nov 2010.

SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002.

SILVA, Maria Carmelita Maia e; SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência:** abordagem multidisciplinar. Recife: EDUPE, 2003.

Dados para contato:

Autor: Giseli Orben

E-mail: gisele_riof@hotmail.com

MOTIVOS DE ATRASO NO ESQUEMA VACINAL: UMA PESQUISA DE REVISÃO

Epidemiologia e políticas de saúde

**Jaqueline Caetano¹; Kassiane Dutra¹; Greice Lessa¹; Aline Lemos Marciano¹;
Lucas Corrêa Preis¹****¹. Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE**

Resumo: A vacina é um meio de proteção aos indivíduos no controle das doenças imunopreveníveis e de suma importância principalmente para idosos e crianças. Com isso, o estudo trata-se de uma revisão narrativa com o objetivo de identificar na literatura quais os motivos que levam a população a não manter a vacinação em dia e a atuação do enfermeiro frente a essa realidade. A partir de 08 publicações selecionadas, observou-se motivos como falta de conhecimento, descaso das mães, esquecimento, estrutura física, qualidade no atendimento, barreiras geográficas e socioeconômicas. Além disso, observou-se que a equipe de enfermagem realiza controle do calendário vacinal através da busca ativa dos faltantes.

Palavras-chave: Vacinação. Cobertura vacinal. Epidemiologia. Enfermagem.

Introdução:

A vacina é um meio de proteção aos indivíduos, contra doenças infectocontagiosas e é fundamental às crianças e idosos, pois estes são mais susceptíveis às doenças (OLIVEIRA, 2010).

A cobertura vacinal está principalmente relacionada ao funcionamento do serviço de saúde, sendo um indicador avaliado pelos programas nacionais de imunização de todo o mundo. A função mais importante da avaliação da cobertura vacinal é prover informação sobre a execução e o impacto de um programa de imunização em uma determinada localidade. Um esquema vacinal é uma recomendação, ou um agrupamento de recomendações sobre a administração de uma vacina, o qual inclui que vacina deve ser administrada, o número de doses a administrar, a idade na primeira dose, as faixas etárias para as quais a vacina deve ser rotineiramente administrada, a idade mínima em que uma dose é considerada válida, a idade máxima para iniciar a vacinação, os intervalos mínimos entre as doses, e vários outros ajustes (SARAIVA, 2014).

As vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) no calendário vacinal são: BCG, contra tuberculose, Hepatite B, vacina oral contra poliomielite, tetravalente (DTP + Hib), contra difteria, tétano, coqueluche e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, vacina contra febre amarela, tríplice viral, contra sarampo, caxumba e rubéola, triplica bacteriana DTP, contra difteria, tétano e coqueluche, dupla bacteriana DT, contra difteria e tétano, influenza, rotavírus pneumocócica 10 e meningocócica C. O programa tem como meta cumprir 100% das crianças menores de 1 ano e meta mínima de 95% para tetravalente, antipoliomielite, hepatite B e tríplice viral, 90% para BCG e 100% para dupla adulta em mulheres em idade fértil, nos municípios de risco para tétano neonatal (MARTINS et al., 2014).

A equipe de vacina é treinada e capacitada para conservação, preparo, administração, registro e descarte das vacinas, sendo composta pelo enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem, com número de funcionários adequado para cobrir a demanda. O enfermeiro é responsável pela supervisão das ações em vacinação realizadas pela equipe que tem como função, além de outras, orientar os usuários, registrar e alimentar os sistemas de informação do PNI, sendo assim de grande responsabilidade que a equipe esteja preparada para promoção da educação em saúde e incentivar a vacinação sem atrasos (BRASIL, 2014).

Oliveira (2014) ressalta que o enfermeiro é um profissional extremamente importante como educador em saúde, pois este exerce influências sobre suas opiniões e atitudes, principalmente para as mães, incentivando a participação no processo de saúde dos filhos, porém este profissional por ter outros afazeres acaba deixando esse papel para o técnico de enfermagem que dedica pouco tempo às ações de educação, tornando-se uma falha no sistema.

No Brasil, a cobertura vacinal é estimada no país pelos registros das unidades de saúde, estando sujeita a importantes erros de registro de dados, transcrição, estimativa de população-alvo, entre outros. A ocorrência de epidemias na vigência de estimativas de coberturas altas tem demonstrado a imprecisão de tais estimativas, com isso cabe aos profissionais darem importância para estes dados. Além disso, as estimativas baseadas em dados apresentam limitações, especialmente em grandes núcleos populacionais, pois podem ocultar grandes diferenciais em cidades urbanas (QUEIROZ et al, 2013).

Sabendo da importância da vacinação, este estudo busca identificar, na literatura, quais os motivos que levam a população a não manter a vacinação em dia

e saber o que o enfermeiro pode fazer para mudar essa realidade. É de grande relevância a importância da equipe de saúde sobre o desenvolvimento de estratégias que visem a promoção e prevenção das crianças, como principal ferramenta, mantendo a vacinação em dia. Tendo consciência que a vacinação cria barreiras para doenças, e auxilia no desenvolvimento do sistema imunológico.

Procedimentos Metodológicos

Abordagem de revisão narrativa, baseada em leituras exploratórias e seletivas do material do estudo, contribuindo para o processo de síntese e análise dos resultados, em que o objetivo de estudo foi verificar os motivos que levam à não adesão ao calendário vacinal.

Ressalta-se que neste tipo de investigação, o material para a consolidação deve ter sido publicado. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2015, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se as seguintes palavras-chave: Vacinação, Cobertura Vacinal e Epidemiologia. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos disponíveis na íntegra que abordassem a temática da pesquisa, publicados na base de dados BDNF, LILACS e MEDLINE, nos anos de 2011 e 2013 e em português.

Durante a análise dos trabalhos a serem escolhidos, iniciou-se a leitura dos títulos com seleção de 33 artigos, seguida da leitura dos resumos com seleção de 17 artigos e posteriormente, dos textos completos que assim foram selecionados 08 artigos. A aplicação dos critérios de exclusão foi realizada em todas as etapas, sempre em consenso de dois leitores. Foram eliminados os artigos repetidos e excluídas as publicações em outro idioma que não o português, bem como teses e dissertações de mestrado, além de outros estudos que não contemplassem o tema proposto para pesquisa.

Resultados e Discussão

Utilizando os descritores de Vacinação, Cobertura Vacinal e Epidemiologia no ensino na base de dados da BVS, bem como critérios para seleção de trabalhos, foram selecionados 8 artigos que estavam relacionados ao tema a ser estudado, sendo utilizados para extração dos dados.

A partir das publicações selecionadas, foram analisados os motivos descritos pelos autores que levam à não adesão da vacinação ou o não cumprimento do

calendário vacinal em dia. Os artigos selecionados não obtiveram critérios de idade, sendo que foram analisados textos contendo todas as faixas etárias, porém com maior destaque pelas crianças menores de 5 anos.

No Quadro 1 estão apresentados os dados referentes à autoria, ano de publicação, período de estudo e local, bem como: título do artigo, nome da revista, revisão teórica e estratégias metodológicas utilizadas.

Quadro 1 – Descrição dos estudos sobre a adesão a vacinação. Orleans-SC, 2015

Autor/Ano /Local	Título do Artigo	Revista	Dificuldades de Adesão
Barata; Pereira; 2013 Brasil	Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia	Revista Brasileira de Epidemiologia	A distância entre a residência e os serviços, a existência de meios de transportes públicos e horários de funcionamento a organização dos serviços.
Francisco; et al 2013 Brasil	Vacinação contra Rubéola em Mulheres em idade Reprodutiva no município de Campinas SP.	Caderno de Saúde Pública	Falta de orientação dos profissionais da saúde, esquecimento preguiça, medo, desconhecimento da gestante e falta de tempo pela população.
Lages; França; Freitas; 2013 Brasil	Profissionais de Saúde no processo de vacinação contra hepatite B em duas unidades Básicas de Belo Horizonte: Uma Avaliação Qualitativa	Revista Brasileira de Epidemiologia	Descaso das mães, falta de informação e receio dos pais devido à idade da criança.
Lopes; ET.al 2013 Brasil.	Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães.	Revista Brasileira de Enfermagem	Esquecimento da mãe, doença da criança, falta de orientação da mãe e dos profissionais, baixa qualidade no atendimento, estrutura precária.
Luhm; Cardoso; Waldman; 2011 Brasil	Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR.	Revista de Saúde Pública	Falta de estratégias de busca de faltosos e esquecimento por parte das mães.
Pereira; 2013 Brasil.	Cobertura vacinal dos adolescentes da área de abrangência do centro de saúde Cachoeirinha na região Nordeste de Belo Horizonte – MG	Revista Medicina Minas Gerais	Alto percentual de adolescentes que desconheciam o cartão vacinal, e as doenças preveníveis pela vacinação.
Pinto; Almeida; Pinheiro; 2011	Análise da susceptibilidade às doenças imunopreveníveis em profissionais de saúde a partir do status vacinal.	Revista Rene	Profissionais da saúde que não receberam vacinação na infância devido barreiras geográficas, condições econômicas e difícil acesso ao serviço de saúde.
Youkokura et al 2013 Brasil	Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade ...	Caderno de Saúde Pública	Ações dos profissionais como ter receio de abrir o frasco para apenas uma criança para não aumentar a perda de doses.

Fonte: Autores (2016).

Os 08 artigos analisados demonstram constante desenvolvimento e transformações no calendário vacinal visando a necessidade de atualização e capacitação frequente dos profissionais de saúde para melhor desenvolver suas atividades na sala de vacina.

A maioria dos artigos lidos demonstrou como grande causa da não adesão à vacinação, a falta de conhecimento ou orientação tanto por parte dos profissionais como pacientes e mães das crianças.

Existe um déficit de conhecimento dos profissionais quanto à importância da vacinação na prevenção das doenças imunopreveníveis, dificultando o processo de educação em prol do cumprimento das metas vacinais. Por exemplo, profissionais não medicam crianças individualmente em caso de vacinas multidoses para evitar perda ou a administração em intervalos incorretos possibilitando a resposta imunológica incorreta (YOKOKUR et al., 2013). Alguns profissionais desconhecem a cobertura vacinal da sua região de abrangência, devido a não divulgação de relatórios que constam o fluxo de informações destes (LAGES; FRANCA; FREITAS, 2013).

Observou-se em outro estudo que os técnicos de enfermagem responsáveis pelas salas de vacina não realizam atividades que são de sua função como verificar prazos de validade das vacinas ou descartáveis, verificar idade das crianças para identificação da correta vacinação, intervalo das doses e não questionam sobre reações adversas, expondo a clientela a riscos, além da falta de orientação que faz com que se reduza a adesão pela vacinação (ARAÚJO et al, 2013, FRANCISCO, 2013). Essas dificuldades são preocupantes já que esses profissionais recebem treinamentos constantes oferecidos pelo Ministério da Saúde para que atuem na sala de vacinação com eficiência.

A população em geral ainda tem conhecimento precário sobre as doenças preveníveis, o cartão de vacina e a importância da vacinação. Estudo realizado com 210 adolescentes entre 10 e 19 anos de Belo Horizonte – MG mostrou que o desconhecimento é muito grande quando se trata dos assuntos citados e que o atraso vacinal também é considerável, sendo que esta realidade poderia ser diferente, pois estes adolescentes vivem em região coberta pela Estratégia da saúde da família, que tem como foco principal a promoção da saúde e por estarem em idade escolar sendo que a escola é um meio de informações à vida social e pessoal e deveria facilitar o acesso à vacina (PEREIRA et al., 2013).

Outro dado significativo foi a atitude das mães frente à busca pela saúde. Vários relatos das próprias mães revelam motivos para a não adesão da vacinação que poderiam ser evitáveis, tais como: esquecimento, doença da criança e falta de tempo (LOPES et al., 2013). Os profissionais relatam que observam como motivos para não adesão à vacinação a falta de informação e orientação, o descaso das mães, receio devido idade da criança (LAGES; FRANCA; FREITAS, 2013).

Francisco (2013) observa que mulheres não vacinam seus filhos por vários motivos: não consideram a vacina necessária; muitas vezes acreditam que a criança não tem idade suficiente para ser imunizada; acreditam que crianças com doença prévia não devem ser vacinadas; percebe-se também, falta de tempo, preguiça de se deslocar até o local de vacinação ou medo de reações adversas. Percebe-se que pais que comparecem à Unidades Básicas de Saúde (UBS) com maior frequência, conseqüentemente, tem maior preocupação com a saúde dos filhos apresentando melhor cobertura vacinal (BARBIERI, 2013).

Fatores como estrutura precária, qualidade no atendimento e hora de funcionamento da UBS foram relatadas como dificuldades encontradas pelas mães e pacientes para a adesão da vacinação. Relatos das mães de recém-nascidos de risco mostram que atrasam a vacinação por falta de vacina na unidade, estrutura precária, baixa qualidade no atendimento, assim como, a falta de orientação por parte dos profissionais (LOPES et al., 2013) e pacientes e mães relatam que UBS não possuem sala de vacinação, sendo que estas preferem não procurar em outra localidade (BARATA; PEREIRA, 2013).

Foram encontradas dificuldades relacionadas às barreiras geográficas, como distância das UBS, difícil acesso, falta de meios de transporte, dificultando o acesso de imunobiológicos pelas mães e pacientes que acabam levando longo tempo para procurar os serviços de saúde, diminuindo o alcance das metas propostas pelo Ministério da Saúde (LAGES; FRANCA; FREITAS, 2013, BARATA; PEREIRA, 2013). Outro estudo com profissionais da saúde revela que tais dificuldades foram encontradas na infância destes quando não receberam algumas vacinas (PINTO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2011).

Profissionais da saúde observam que a maioria das crianças com atraso vacinal vivem com responsáveis em difícil condição socioeconômica e com problemas de álcool, drogas, muitos filhos, entre outros, (LAGES; FRANCA; FREITAS, 2013,

LOPES, 2013, BARATA; PEREIRA, 2013) assim como crianças onde os responsáveis tem escolaridade menor ou igual a 4 anos (YOKOKUR et al., 2013).

Para controle da situação vacinal a equipe de vacinação, deve anotar os registros de cada indivíduo em Sistema de Informação Nominal (SI-PNI) ou em cartão–controle ou cartão-espelho que ficam na unidade de saúde e deve conter dados como data, dose administrada, lote, validade da vacina, carimbo e assinatura do profissional (BRASIL, 2014).

Os cartões de vacina são um instrumento de informação onde o profissional pode acompanhar a situação vacinal da população, para que se possa realizar a busca ativa dos faltosos, porém muitos profissionais não dão a devida importância a tais cartões, pois relatam que avaliam rotineiramente as carteiras de vacinação durante o contato com a criança na UBS porém não realizam busca ativa dos que não vão até a unidade, deixando essa função para as agentes comunitárias (LAGES; FRANCA; FREITAS, 2013).

A equipe de ESF é de grande importância, quando se vê que essa é responsável pela verificação da caderneta e a situação vacinal, sendo que quando necessário encaminham para unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme calendários de vacinação, não somente a equipe de ESF como os demais profissionais da unidade de saúde devem realizar tal função para evitar oportunidades perdidas de vacinação (BRASIL, 2014).

Em pesquisa realizada em Curitiba – PR, crianças que tem cadastro nas UBS e realizam três ou mais consultas no ano apresentam coberturas vacinais mais elevadas, mesmo observado o contrário em muitos estudos que este comparou, demonstrando a grande importância da equipe multiprofissional na orientação pela busca da vacinação em dia, observando-se que existe uma necessidade de melhorias nas estratégias de busca de faltosos (LUHM, 2010), pois percebe-se melhora da cobertura vacinal em crianças acompanhadas por agentes comunitários que fazem a busca ativa dos faltosos durante as visitas domiciliares (YOKOKUR et al., 2013).

Outro grande problema que se observa nos artigos é a falta de educação em saúde, a equipe deve estar comprometida e atualizada, devendo buscar de forma contínua a solução de problemas e a capacitação de funcionários para orientarem a população sobre a importância de vacinação e que exista maior envolvimento dos profissionais na conscientização dos riscos da não adesão à vacina, contribuindo com um maior índice de metas atingidas (FRANCISCO, 2013).

A educação em saúde é papel importante da equipe de enfermagem, capaz de mudar o comportamento do indivíduo, porém observa-se uma desvalorização dessa prática, deixando de lado a oportunidade, de como educador, levar à população o conhecimento sobre a importância da vacinação, os riscos de não vacinar (ARAÚJO, 2013; LAGES; FRANCA; FREITAS, 2013, LUHM, 2010; PEREIRA et al., 2013).

Considerações Finais

A vacina é um meio de proteção aos indivíduos, contra doenças infectocontagiosas e é fundamental às crianças e idosos, pois estes são mais susceptíveis às doenças, com isso surge o Programa Nacional de Imunização – PNI, que organiza a política nacional de vacinação e tem como objetivo o controle e erradicação de tais doenças.

A equipe de profissionais de vacinação é treinada e capacitada para tal função e com o objetivo de promover a vacinação sem atrasos através do papel de educador em saúde. Com o intuito de identificar na literatura os motivos da não adesão à vacinação, observou-se, na maioria dos artigos a falta de conhecimento dos usuários, sendo que estes referem não receber tais informações dos profissionais de saúde, demonstrando uma preocupação com a falta de educação em saúde, apesar de ser esta uma das responsáveis pela mudança no comportamento do indivíduo para a procura da saúde. Outros motivos encontrados foram relacionados ao descaso das mães, esquecimento, estrutura física e qualidade no atendimento das UBS, barreiras geográficas e socioeconômicas.

Os programas de imunização necessitam de uma detalhada revisão, a fim de identificar os fatores que geram a baixa cobertura e a alta taxa de abandono pelos pais em relação à vacinação em atraso, além da identificação de medidas que possam resolver e diminuir os problemas por falta de adesão à vacinação. O programa de saúde somente se mantém com desempenho adequado, se for continuamente monitorado e aperfeiçoadas as estratégias que possam auxiliar a equipe de saúde (QUEIROZ et al., 2013).

Como principais ações de controle para esses atrasos foram encontrados a busca ativa através do cartão de vacina, observado como método eficaz, que deve ser desenvolvido na sala de vacina para posteriormente, através do conhecimento dos faltosos ser realizado a busca ativa principalmente pelos agentes comunitários de saúde e a educação em saúde como função da equipe de enfermagem e capaz de

mudar o comportamento de saúde do indivíduo a favor da adesão pela vacinação, porém observou-se que tais ações ainda são falhas e necessita de maior desenvolvimento destas, como através de melhor cumprimento do controle dos cartões de vacinação e conseqüentemente maior desempenho na busca ativas faltosas, assim como o enfermeiro deve desenvolver melhorar seu papel de educador em saúde e orientar tanto os profissionais como os usuários quanto os motivos para manter a caderneta de vacina em dia, dos riscos da na adesão, reações adversas e demais informações necessárias para que se possa atingir as metas e conseqüentemente reduzir o aparecimento de doenças imunopreveníveis.

Referências

- ARAÚJO, A. C. M. et al. Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n. 2, p. 255-264, abr-jun, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a07.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.
- BARATA, R. B.; PEREIRA S. M. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. **Rev Bras Epidemiol** v. 16, n. 2, p. 266-77, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00266.pdf>. Acesso em 05 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 02 jan. 2016.
- FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Vacinação contra rubéola em mulheres em idade reprodutiva no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 29, n. 3, p. 579-588, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a15v29n3.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2016.
- LAGES, A. S.; FRANCA, E. B.; FREITAS, M. I. F. Profissionais de saúde no processo de vacinação contra hepatite B em duas unidades básicas de Belo Horizonte: uma avaliação qualitativa. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, v.16, n. 2, p. 364-375, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00364.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.
- LOPES, E. G. et al. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. **Rev. bras. enferm.[online]**, v. 66, n. 3, p. 338-344, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a06v66n3.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.
- LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E. A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev.**

Saúde Pública [online], v. 45, n. 1, p. 90-98, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1768.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

MARTINS, A. F. et al. Imunização de crianças de 0 a 5 anos na Unidade de Saúde da Família da microárea Parque das Nações do município de Marília: uma contribuição referente à adesão. **Pediatria Moderna**, v. 50 n. 5, p. 222-227, 2014. Disponível em:
http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5792. Acesso em: 03 jan. 2016.

OLIVEIRA, V. G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev. Rene**, v. 11, p. 133-141, 2010. Disponível em:
http://www.revistarene.ufc.br/edicooespecial/a15v11esp_n4.pdf. Acesso em: 03 Jan de 2016.

PINTO, A. C. S.; ALMEIDA, M. I.; PINHEIRO, P. N. C. Análise da susceptibilidade às doenças imunopreveníveis em profissionais de saúde a partir do status vacinal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 104-110, 2011. Disponível em:
http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a14v12n1.pdf. Acesso em: 02 jan. 2016.

PEREIRA A. K. et al. Cobertura vacinal dos adolescentes da área de abrangência do centro de saúde cachoeirinha na região nordeste de Belo Horizonte – MG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 23, n. 3, p. 284-289, 2013. Disponível em:
<file:///C:/Users/Kassiane/Downloads/v23n3a03.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2016.

PORTO, M. A. et al. Análise das desigualdades socioeconômicas na cobertura da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP)/ tetravalente para menores de 1 ano de idade no Rio Grande do Sul, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 4, p. 579-586, 2013. Disponível em:
<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a04.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.

QUEIROZ, L. L. C. et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 294-302, 2013. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/16.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SARAIVA, F. O. **Cobertura vacinal e adesão aos esquemas recomendados da vacina pneumocócica conjugada 10 valente logo após sua introdução no calendário básico em Goiânia, GO: estudo transversal**. 2014. Dissertação (Mestrado em Patologia) - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2014.

YOKOKURA, Ana Valéria Carvalho Pires et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 29, n. 3, p. 522-534, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a10v29n3.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.

Dados para contato:

Autor: Kassiane Dutra **E-mail:** kassidutra@hotmail.com

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: ESTUDO DO SUICÍDIO NA REGIÃO CARBONÍFERA CATARINENSE DE 1996 A 2014

Epidemiologia e políticas de saúde

Paloma Bittencourt

¹ Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O suicídio tem se tornado uma preocupação mundial e para as políticas públicas de saúde e o perfil ocorrência varia entre regiões distintas, onde conhece-los é primordial para a implementação de políticas em saúde. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo com o objetivo de apresentar o perfil de mortalidade, descrevendo as quatro principais causas de mortes por suicídio na região carbonífera do estado de Santa Catarina. Os dados foram obtidos no DATASUS (sistema de informação on-line). Concluiu-se que, a maior causa de morte por suicídio no estado é por Enforcamento, seguido de disparo com arma de fogo, intoxicação por pesticidas. Observou-se também que o maior índice de suicídio ocorre entre homens, em pessoas com idade entre 20 e 49 anos.

Palavras-chave: Perfil de mortalidade. Suicídio. Sistemas de informação.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 2005 é considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100.000 habitantes) quando comparada com as taxas de outros países. O país ocupa a 67ª posição em uma classificação mundial. No entanto, em números absolutos, o Brasil está entre os 10 países com mais suicídios (MELLO; BERTOLOTE, 2005).

Ainda de acordo com a OMS, o suicídio é um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida (WHO, 2002). As taxas de suicídio ao redor do mundo variam de acordo com aspectos culturais, regionais e sociodemográficos e também de acordo com a maneira como estas mortes são registradas.

No Brasil, existem poucos estudos a respeito de análises epidemiológicas de séries históricas de suicídio. Na análise das taxas de suicídio registradas entre 1980 e 2000, Mello-Santos, Bertolote e Wang (2005) verificaram que, neste período, aquela

taxa tinha crescido 21% (de 3,1 para 4,0 por 100,000 habitantes) (MELLO; BERLOTE; WONG, 2005).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo estudar o perfil de mortalidade por suicídio na Região Carbonífera do estado de Santa Catarina.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados secundários obtidos nos sistemas de informação on-line da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina (DIVE-SC, 2016). Os dados foram localizados no site da instituição, no Sistema TABNET, no item mortalidade, no período de 1996 a 2014, utilizando-se todas as causas de morte por suicídio. Destaca-se que os dados são de domínio público, com acesso disponível pela rede mundial de computadores, sendo o Sistema TABNET uma base de dados disponibilizada pela DIVE-SC.

Foram coletados dados do sistema informatizado DATASUS, no período de 08 de fevereiro de 2016 a 11 de julho de 2016, relativos às seguintes variáveis: Região de residência, ano do óbito, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e local de ocorrência. Os dados foram consolidados em uma planilha do Programa Microsoft Excel 2013®.

A pesquisa foi um estudo descritivo das seguintes características epidemiológicas dos óbitos por suicídio na Região Carbonífera do estado de Santa Catarina, entre os anos de 1996 e 2013: a) coeficiente bruto de mortalidade por suicídio; b) coeficiente de mortalidade por suicídio para sexo; c) coeficiente de mortalidade por suicídio para faixa etária e; d) descrição dos meios empregados para o suicídio; e) coeficiente de mortalidade por suicídio por escolaridade; f) coeficiente de mortalidade por suicídio por ano; g) coeficiente de mortalidade de suicídio por estado civil. A região analisada foi definida conforme a divisão das microrregiões de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, devidamente discriminada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2016) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Resultados e Discussão

A partir da coleta de dados na primeira etapa, chegou-se a 501 mortes entre os anos de 1996 a 2014 na Região Carbonífera Catarinense. No quadro 1 são

apresentados os dados gerais obtidos na coleta do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), mostrando idade, sexo e CID 10 e descrição da doença.

Quadro 1 – Descrição dos dados de suicídio coletados do Sistema de Informação de Mortalidade do estado de Santa Catarina sobre sexo e idade entre os anos de 1996 e 2014.

Causas – Categoria CID-10	SEXO		IDADE (anos)							
	M	F	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 anos e mais
X60 Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	4	8	0	1	1	7	2	1	0	0
X62 Auto-intox intenc narcot psicodislept NCOP	1	2	0	1	0	2	0	0	0	0
X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	6	1	0	0	1	2	2	1	1	0
X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
X68 Auto-intox intenc a pesticidas	9	2	0	3	2	5	1	0	0	0
X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	6	1	0	3	2	1	0	1	0	0
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	299	75	1	54	81	90	64	50	17	17
X71 Lesao autoprov intenc p/afogamento submersão	4	4	0	1	1	1	2	2	0	1
X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	3	1	0	0	0	3	1	0	0	0
X73 Les autoprov int disp arm fog maior calibre	4	0	0	0	3	0	0	1	0	0
X74 Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	38	9	1	8	7	13	7	2	6	3
X76 Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas	2	5	0	1	1	4	0	0	1	0
X78 Lesao autoprov intenc obj cortante penetr	2	3	0	0	1	2	0	2	0	0
X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	4	2	0	2	2	1	1	0	0	0
X82 Lesao autoprov intenc impacto veic a motor	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0
X83 Lesao autoprov intenc p/outr meios espec	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (2016).

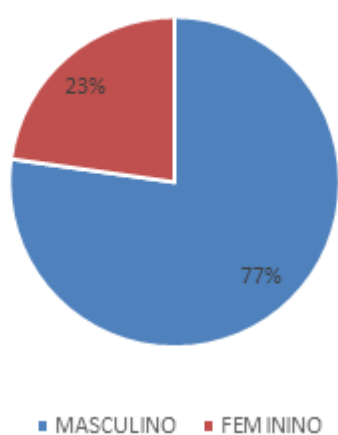
Segundo classificação de doenças do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2016), entre os anos estudados, as mortes mais frequentes por suicídio foram por Enforcamento, Lesão por Arma de Fogo e Autointoxicação por pesticidas, com taxa de incidência de morte desta região com 299, 38 e 9 mortes respectivamente.

Em concordância com a pesquisa realizada a partir dos dados descrito acima, em estudo conduzido por Souza et al. (2002) que analisou o comportamento suicida de adultos jovens vivendo em nove áreas metropolitanas brasileiras, Porto Alegre e Curitiba apresentaram as taxas de suicídio mais altas. Os principais métodos de suicídio foram o enforcamento, estrangulamento e sufocação, especialmente em Porto Alegre e armas de fogo em Belo Horizonte. Estes estudos evidenciaram a necessidade de investigações sobre a taxa de mortalidade por suicídio levando em consideração as diferenças regionais encontradas no Brasil (SOUZA, 2002).

Em relação ao sexo, a maior incidência de mortes no período analisado foi do sexo masculino, com 387 mortes e 144 óbitos do sexo feminino (Gráfico 1). Segundo Laurenti et al. (2005), a mortalidade masculina é sempre maior em praticamente todos os indicadores de saúde, também em todas as faixas etárias e em quase todas as causas, o que ficou evidente também neste estudo.

Os dados acima descritos são caracterizados nessa pesquisa e tem conformidade com pesquisa realizada por Vidal, Gomes e Mariano (2012), em uma microrregião de Minas Gerais demonstram que a mortalidade por suicídio no sexo masculino representa 80,1% do total de suicídios e que a idade com maior prevalência entre eles é de 29 a 49 anos, representando cerca de 64% das mortes (VIDAL, GOMES, MARIANO, 2012).

Gráfico 1 – Número de óbitos por sexo no período de 1996 a 2014. SC, 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2016.

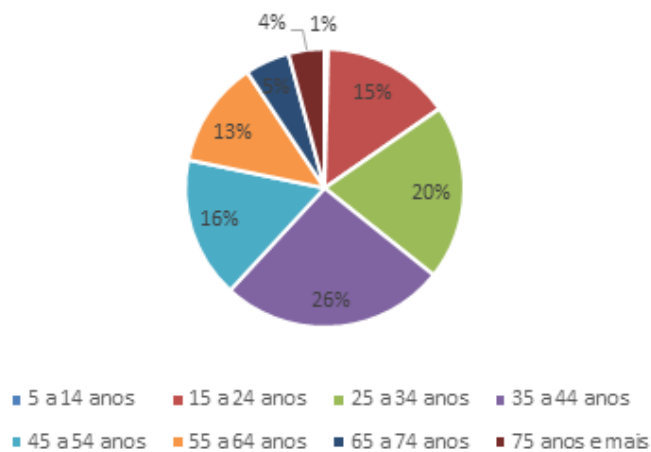
Em relação à faixa etária as 5 categorias com maior incidência foram entre 15 e 64 anos. A maior concentração de óbitos foi de pessoas entre 35 a 44 anos, com

131 mortes no período. Seguido de pessoas com idade entre 25 e 34 anos com 102 mortes, 45 e 54 anos com 82, 15 a 24 anos com 75 e com idade entre 55 e 64 anos com 62, que representou a menor incidência, com 21 óbitos (Gráfico 2).

Evidenciou-se também, na presente pesquisa uma concordância entre dados de Vidal, Gomes, Et. Al. (2012) em relação à faixa etária. As 5 categorias com maior incidência foram entre 15 e 64 anos. A maior concentração de óbitos foi de pessoas entre 35 e 44 anos, com 131 mortes no período. Seguido de pessoas com idade entre 25 e 34 anos com 102 mortes, 45 e 54 anos com 82, 15 a 24 anos com 75 e com idade entre 55 e 64 anos com 62, que representou a menor incidência, com 21 óbitos (VIDAL, GOMES, MARIANO, 2012).

Em todo o mundo, a taxa de suicídio é mais alta entre os indivíduos mais velhos do que entre os mais jovens; contudo, esta tendência vem se alterando em escala mundial desde os anos 90. O suicídio é uma das quatro principais causas de morte entre as pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (SOUZA, 2002).

Gráfico 2 – Número de óbitos por faixa etária no período de 1996 a 2014. SC, 2016.

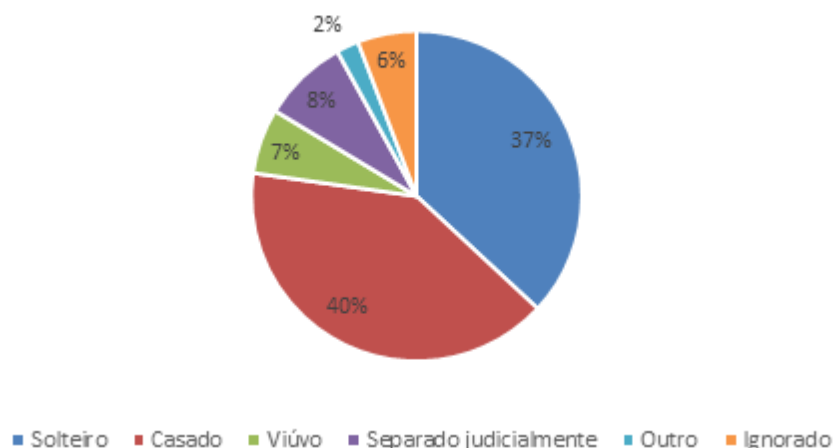


Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2016.

De acordo com os dados coletados sobre estado civil localizados no gráfico 3, a categoria com maior prevalência foi a de pessoas casadas, seguidas de pessoas solteiras e pessoas separadas judicialmente, sendo elas representantes respectivamente de aproximadamente 40%, 37% e 7% do total de suicídios cometidos (Gráfico 3).

Em pesquisa realizada por Vidal, Gomes e Ramos (2012), que contrapõe a presente pesquisa, no período de 1997 a 2012 na microregião de Barbacena em Minas Gerais, 45,6% dos óbitos ocorridos por suicídio são cometidos por pessoas solteiras, sendo esse o maior índice apresentado no perfil desenvolvido (VIDAL, GOMES, RAMOS, 2012).

Gráfico 3 – Número de óbitos por estado civil no período de 1996 a 2014. SC, 2016



Fonte: Sistema de Informação de mortalidade (SIM), 2016.

Confirmando a presente pesquisa, um estudo realizado por Sehnem e Palosqui (2014) no estado de Santa Catarina identificou-se que o maior índice de suicídio ocorre com pessoas casadas com maior frequência do que com pessoas solteiras (SEHNAM, PALOSQUI, 2014), sendo confirmada por pesquisa realizada por Portella, Moretti e Panatto (2013) no período de 1980 a 2007 (PORTELLA, MORETTI, PANATTO, 2013).

Sadock. e Sadock (2007) descrevem que nos meios externos as pessoas que não estão fortemente integradas em grupos sociais como a família, são mais vulnerais a suicídio, sendo assim pessoas casadas e casais com filhos um grupo com menos risco de realizar o ato

A presente pesquisa, mostra que o perfil de mortalidade de suicídio por estado civil da Região Carbonifera de Santa Catarina vai em contraponto a outras pesquisas já realizadas sobre suicídio. Sehnem e Palosqui (2014) afirmam que em sua pesquisa o estado civil não segue os padrões de outros perfis de mortalidade por suicídio já estudados no Brasil, onde entende que no estado de Santa Catarina o suicídio não está sendo acompanhado pela intervenção de valores básicos da sociedade, onde

pode haver essa modificação no perfil de mortalidade ocorrer por existir uma nova relação entre as famílias (SEHNEM, PALOSQUI, 2014).

Quadro 2 – Descrição dos dados de suicídio coletados do Sistema de Informação de Mortalidade do estado de Santa Catarina sobre estado civil dos anos de 1996 e 2014. SC, 2016.

Causas - Categoria CID-10	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Outro	Ignorado
X60 Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac	-	1	-	-	-	-
X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	4	7	1	-	-	-
X62 Auto-intox intenc narcot psicodislept NCOP	2	1	-	-	-	-
X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	2	2	1	-	1	1
X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores	-	1	-	-	-	-
X68 Auto-intox intenc a pesticidas	4	5	1	-	1	-
X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	5	1	-	-	-	1
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	141	146	25	34	8	20
X71 Lesao autoprov intenc p/afogamento submersão	2	3	-	2	-	1
X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	1	3	-	-	-	-
X73 Les autoprov int disp arm fog maior calibre	2	2	-	-	-	-
X74 Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	11	25	2	4	-	5
X76 Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas	3	2	1	1	-	-
X78 Lesao autoprov intenc obj cortante penetr	2	-	1	1	-	1
X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	5	1	-	-	-	-
X82 Lesao autoprov intenc impacto veic a motor	1	1	-	-	-	-
X83 Lesao autoprov intenc p/outr meios espec	-	1	-	-	1	-
Total	185	202	32	42	11	29

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2016.

Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional (ROGERS, 2001).

Segundo Vidal, Gomes e Mariano (2012) em pesquisa realizada em uma microrregião de Minas Gerais não foi possível obter informações da maioria dos casos de suicídio referentes à escolaridade (VIDAL, GOMES, MARIANO (2012). Assim como mostra na tabela 3, 35% dos casos registrados não possuem informação de escolaridade, evidenciando uma necessidade de maior atenção em relação a esse fator. Mas a partir dos dados obtidos pode-se perceber que 184 pessoas que cometeram suicídio não possuíam ensino fundamental completo, sendo que na tabela há duas formas de contagem devido à mudança na declaração de óbito no ano de 2011.

Quadro 3 – Descrição dos dados de suicídio coletados do Sistema de Informação de Mortalidade do estado de Santa Catarina sobre escolaridade dos anos de 1996 e 2014. SC, 2016.

Causas - Categoria CID-10	Nenhum	1 - 3	4 - 7	8 - 11	< 12	1 - 8	9 - 11	Ignorado
X60 Auto-int int analg antipir anti-reum n-opiac	-	-	1	-	-	-	-	-
X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	-	1	1	5	4	-	-	1
X62 Auto-intox intenc narcot psicodislept NCOP	-	-	3	-	-	-	-	-
X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	-	1	3	-	1	-	-	2
X67 Auto-intox intenc p/outr gases e vapores	-	-	-	-	-	-	-	1
X68 Auto-intox intenc a pesticidas	1	-	2	2	-	-	-	6
X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	-	-	2	2	1	-	-	2
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	16	36	84	73	25	8	5	127
X71 Lesao autoprov intenc p/afogamento submersao	-	-	4	2	-	-	-	2
X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	-	-	1	1	-	-	-	2
X73 Les autoprov int disp arm fog maior calibre	-	1	-	-	1	-	-	2
X74 Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	-	6	9	7	1	-	1	23
X76 Lesao autoprov intenc fumaca fogo e chamas	1	-	1	2	-	-	-	3
X78 Lesao autoprov intenc obj cortante penetr	-	-	2	-	1	-	-	2
X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	-	-	-	1	3	-	-	2
X82 Lesao autoprov intenc impacto veic a motor	-	-	-	1	-	-	-	1
X83 Lesao autoprov intenc p/outr meios espec	-	-	-	2	-	-	-	-
Total	18	45	113	98	37	8	6	176

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 2016.

Considerações Finais

O estudo sobre o perfil de mortalidade por suicídio no estado de Santa Catarina permitiu concluir que, as maiores causas de mortes são por Enforcamento, Lesão por Arma de Fogo e Autointoxicação por Pesticidas. A maior incidência se dá em pessoas do sexo masculino e a maior parte dos óbitos se dá em pessoas entre 25 e 44 anos de idade, constatando que a população jovem possui maior grau de risco.

Percebeu-se também, a necessidade de maior atenção no preenchimento das declarações de óbitos pois aproximadamente 35% dos casos não haviam informação de escolaridade e nos casos onde há informação constata-se que aproximadamente 40% das pessoas que cometem suicídio possuem baixa escolaridade. Pode-se concluir que, assim como em outra pesquisa realizada no estado de Santa Catarina a região segue os padrões do estado em relação à estado civil, mas difere-se de outras regiões com pesquisas realizadas podendo haver uma diferenciação de fatores culturais ou modificação na estrutura familiar.

Os dados da pesquisa constataram que o perfil do indivíduo com maior grau de risco para suicídio na região Carbonífera do Estado de Santa Catarina é do sexo masculino, com idade entre 25 e 44 anos, com baixa escolaridade e casado.

Além disso, conclui-se que estes estudos apresentam uma grande contribuição que pode ser dada pelo sistema de informação de mortalidade em relação à situação de saúde atual do local estudado, como também, são úteis para a avaliação dos resultados da implementação de políticas públicas, principalmente, aquelas com foco em prevenção na saúde da população, podendo ser utilizada como base para estudos de novas políticas de prevenção de instituições públicas ou privadas.

Evidencia-se também, a necessidade de mais estudos acerca do perfil destacado com maior risco, além de outros perfis de risco de maneira mais detalhada, para que as políticas de saúde pública possam ser desenvolvidas de forma mais eficaz e para conhecimento acadêmico.

Referências

DATASUS. **Datasus**. 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10sc.def>. Acesso em: 11 jul. 2016.

DIVE-SC. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. 2016. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br>. Acesso: 11 jul. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <<http://www.estados.ibge.gov.br>> Acesso em: 11 jul. 2016.

MELLO-SANTOS, C. BERTOLOTE, JM. WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev Bras Psiquiatr.** v.27, n.2, p.131-134, 2005.

PALOSQUI, SEHNEM. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina, **Rev. Psicol.**, v. 26, n. 2, p. 365-378, maio/ago. 2014.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SIM. **Sistema de Informação de Mortalidade.** 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10sc.def>. Acesso em: 11 jul. 2016.

SOUZA, E. R.; MALAQUIAS J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cad Saude Publica.** v.18, n.3, p.673-683, 2002.

VIDAL, C.; MARIANO, C.; GOMES. Et. Al. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena , Minas Gerais , no período de 1997 a 2012 **Cad. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 158-164, 2014.

WHO-World Health Organization. World report on violence and health
In: DAHLBERG, LL, et al. Geneva: World Health Organization; 2002.

Dados para contato:

Autor: Paloma Bittencourt

E-mail: palomab.psicologia@gmail.com

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PNEPS: OS CAMINHOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

Educação e Promoção de Saúde

Luciano Silveira Pacheco de Medeiros¹; Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões¹; Luciane Bisognin Ceretta¹; Marco Antônio de Medeiros²; Lisiane Tuon¹

¹.Universidade do extremo Sul Catarinense - UNESC; ². Universidade do extremo Sul Catarinense - UNESC; ².Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina

Resumo: O estudo teve por finalidade descrever os caminhos percorridos, durante o processo de implantação da Política Nacional de Educação Permanente – PNEPS em uma Secretaria Municipal da Saúde (SMS) no Estado de Santa Catarina (SC), para a operacionalização deste importante dispositivo de gestão e de controle social, enquanto política de saúde instituída pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no ano de 2004, por meio da Port. GM/MS nº 198. Fez-se necessária aprofundada revisão dos conceitos centrais dessa política pública, analisando, passo a passo, suas características de singularidade e transversalidade, desde sua concepção enquanto instrumento essencial às mudanças nos cenários das práticas dos profissionais da área da saúde. Trabalhou-se com 18 gestores do organograma da SMS. Observou-se por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), raso conhecimento acerca da PNEPS e entre os conceitos de Educação Continuada (EC) e Educação Permanente em Saúde (EPS).

Palavras-chave: Gestor. Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Educação em saúde.

Introdução:

Os bastidores do processo de criação e estruturação de um setor encontram-se permeados de singularidades que nem sempre são percebidas com entendimento e clareza suficientes por quem se encontra na posição de expectador e, determinadas vezes, algumas de suas nuances podem passar despercebidas, principalmente no que se refere às competências e valores a ele agregados.

Durante todo esse processo existem questões bastante específicas que necessitam ser pensadas, organizadas e contextualizadas de maneira objetiva, ação,

essa que deve ser feita por todos os atores sociais envolvidos até que este deixe o campo do planejamento e torne público seu *modus operandi*.

A Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200 prevê que “a formação do dos recursos humanos na área da saúde” é de competência do SUS. A Port. GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, alterada pela Port. GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, fala que a os processos de aprendizagem se dão no trabalho, nos próprios cenários de prática

O Ministério da Saúde editou em 20 de agosto de 2007 a Portaria 1.996, definindo novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O instrumento substitui a Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu essa política como uma proposta de ação estratégica visando contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação da PNEPS implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social (CIES MEIO OESTE, 2015).

A educação e a saúde são práticas tidas como indissociáveis, análogas, interdependentes e transversais, atuando sempre de forma processual, dinâmica e articuladas no quadrilátero ‘ensino-gestão-atenção-controle social’, sendo consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde. Devido sua importância, torna-se necessário conhecer seus significados.

Sobre a ‘transversalidade’ que é característica da EPS, quando citam Ceccim e Ferla (2009)

[...] Educação Permanente em Saúde como “prática de ensino-aprendizagem” significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (RIBEIRO e MONT’ALVÃO, 2015, pág. 04).

Essa característica singular de transversalidade que apresenta a política de EPS recebeu a forma de um quadrilátero que deve ser desenvolvido pelas práticas de Educação Permanente na visão de Ceccim e Feuerweker (2004):

O quadrilátero da formação se constitui de elementos que integram e se articulam na produção de novos saberes e práticas. Dentre eles, a *formação* se apresenta como produtora de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento para o adequado conhecimento do SUS; as práticas de *atenção*

à saúde como construtoras de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão dos usuários no planejamento terapêutico; a *gestão* no desafio da busca de assegurar redes de atenção às necessidades em saúde da população e considerar a satisfação dos usuários; e o *controle social* com a presença dos movimentos sociais no apoio às lutas pela saúde e à construção dos atendimentos às necessidades sociais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, pág. 43).

Miranda, Oliveira e Gonçalves (2008), em alguns de seus trabalhos, apontam que as atividades conhecidamente desenvolvidas com finalidades educativas destinadas aos profissionais da área da saúde são práticas bastante comuns no contexto dos serviços de saúde pública, devido, principalmente, a velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam e da necessidade de organizar e implementar ações e serviços com a qualidade desejada.

Entretanto, tais processos educativos, em sua grande maioria, apresentam-se de forma descontínua, relacionando-se apenas com o propósito de apoio à implantação das principais estratégias dos programas, obedecendo, assim, uma lógica verticalizada, com ações descendentes e prescritivas, cabendo aos trabalhadores a reprodução mecanizada, sem oportunidade prévia de reflexão sobre sua pertinência com suas práticas dentro de seus contextos e realidades apresentados diariamente.

O MS tem a EP como

[...] referência estratégica, uma vez que esta se articula aos princípios e às diretrizes do SUS, à atenção integral em saúde e à construção das RAS. A EP tem como elementos essenciais a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Ela se ressignifica e se (re)constrói nos processos de trabalho: habilidades técnicas se desenvolvem, novas tecnologias são produzidas e estratégias de enfrentamento dos nós críticos são construídas pelos diferentes atores envolvidos. Parte, portanto, do pressuposto da aprendizagem coletiva e significativa. Ao aproximar o mundo do trabalho ao mundo da educação, o ambiente de aprendizagem dos profissionais do MS configura-se no próprio espaço da gestão do SUS. Essa aproximação permite que o aprendizado seja fundamentado na reflexão das práticas cotidianas, ganhando sentido por estar alinhado à realidade dos trabalhadores (BRASIL, 2014, pág. 06).

A partir desse pressuposto, somando-se a tudo isso o descumprimento/desconhecimento da proposta feita inicialmente nos dois últimos Planos Municipais de Saúde - criação e efetivação do GTES e, ainda, as demandas evidenciadas pelos gestores da Semsu, perguntou-se: “Como os gestores da Secretaria Municipal da Saúde de Jaraguá do Sul – Semsu, percebem as

competências/atribuições do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES?”.

Para Ceccim (2005), as capacitações não se mostram eficazes de possibilitar novos conhecimentos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão como de atenção e controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem, principalmente, na transmissão de conhecimento.

Em seu Art. 1º, parágrafo único, a Portaria nº 1.996/07 nos fala que

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Novas práticas político-pedagógicas devem ser empregadas nas formas de ver e fazer EPS, a fim da obtenção de resultados efetivos e eficazes, como, por exemplo, não mais desvincular os trabalhadores da área da saúde dos seus cenários de prática. Tais práticas tem como função primordial

[...] apoiar a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e aplicados a uma dada realidade, como um processo de produção de sujeitos críticos e reflexivos, transformação da realidade, constituição de modos de existência e criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2014, pág. 06).

Conforme consulta à documentos disponibilizados no endereço eletrônico da Semsu e no Conselho Municipal de Saúde (CMS), o Plano Municipal de Saúde (Eixo Gestão em Saúde, Objetivo 15, Diretriz 01: desenvolver política permanente de educação em saúde para a população e profissionais da saúde), aprovado em novembro de 2013, prevê a criação e a efetivação do GTES para o ano de 2014, porém observou-se que em virtude de vontade política local essa meta do Plano Municipal não foi cumprida, pelo menos até o final do ano de 2015, o que, de maneira geral, deixou o GTES, hoje ainda chamado de “Educação em Saúde” responsável por momentos pontuais de capacitações, o que nos reporta à velha prática de educação continuada. O mesmo fato data, ainda, do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, onde fora proposto o mesmo.

Segundo Ceccim (2005a), foi com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que tivemos as primeiras ações para o desenvolvimento gradual da EP no setor da área da saúde, acreditando, esta, que somente através a qualificação e a aprendizagem serviriam como impulsionadores de mudanças consideráveis nos processos de trabalho dos profissionais da área da saúde, agregando-se, dessa maneira, novos valores, uma nova forma de se fazer saúde no país, tendo como estratégia principal o alcance do desenvolvimento da relação entre educação e saúde.

A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e os princípios e as diretrizes do SUS. Nesta direção, busca-se – com a política de desenvolvimento de pessoas implementada no Ministério da Saúde (MS) – promover ações direcionadas aos seus trabalhadores que articulem as competências individuais aos objetivos institucionais e que gerem valor público sustentável (BRASIL, 2014, pág. 06).

Santos, Lanza e Carvalho (2011) inferem que “[...] nesse sentido não são novas as posições que os entes federados passam a ocupar no desenho da saúde pública no país, bem como as demandas que os usuários tensionam nos serviços de saúde, tornando atual e legítima a temática da formação dos trabalhadores”.

A EP parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promova e produza sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004:10).

A proposta de educação permanente em saúde orienta-se pela política educacional de transformação e aprimoramento dos serviços de saúde, pelo reconhecimento das condições regionais de saúde, identificação dos problemas locais, investimento e cooperação técnica e apoio do Ministério da Saúde em formação profissional, articulação entre atores envolvidos, definição de metas e estratégias. Incide em reconhecer nos espaços de formação permanente a influência de aspectos políticos, institucionais, ideológicos e culturais que podem representar entraves ou possibilidades na operacionalização. Importa evitar o simplismo, reducionismo entre as questões contextuais e discriminar os fatores dependentes e que podem ser superados mediante o investimento em qualificação da formação profissional (SILVA e MAGALHÃES, 2015, pág. 10).

No Brasil, as primeiras tentativas para a garantia dos direitos da população à atenção à saúde, onde ficam asseguradas a maximização da qualidade e a minimização dos riscos, bem como os direitos dos trabalhadores ao acesso à educação profissional mínima necessária para o desempenho eficaz e eficiente de

suas responsabilidades datam da década de 1980, quando da criação do 'Projeto de Formação em Larga Escala'.

Conforme Pereira e Ramos (2006), “[...] trata-se de um projeto de cooperação interinstitucional, oriundo do Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a OPAS, que tem por objetivo a formação profissional de trabalhadores de ensino médio e fundamental”.

Procedimentos Metodológicos

Propôs-se uma pesquisa de natureza descritiva, de análise interpretativa e abordagem quali-quantitativa, com amostra não aleatória, composta pelos 20 (vinte) gestores da Semsu (todos constantes no organograma vigente).

Dos 20 sujeitos de pesquisa inicialmente propostos, apenas 18 (dezoito) deles participaram do estudo (no momento da aplicação das entrevistas um havia se aposentado e, o outro, não entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE preenchido e assinado dentro do prazo descrito nos critérios de inclusão/exclusão propostos para o trabalho).

Os dados foram coletados através da aplicação de entrevistas semiestruturadas (05 questões abertas e 07 questões fechadas) aplicadas durante os meses de fevereiro a março de 2015. Após a etapa da coleta, compilação e análise dos dados, foi construído o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica apresentada pela primeira vez no ano de 2003 por Lefèvre e Lefèvre.

Para efeitos de construção do DSC percorreu-se as seguintes etapas descritas: a) leitura dos discursos individuais, em cada uma das 05 (cinco) questões, do tipo aberta, dos sujeitos envolvidos na pesquisa; b) identificação das expressões-chave, agrupando-as pelo termo 'Educação Permanente'; c) foram selecionadas as ideias centrais, identificando-se por numerais romanos, respectivamente, as de mesmo sentido ou equivalência e, partindo-se desse ponto, agora já na 4ª etapa do processo de construção do DSC, foram identificadas as de maior frequência, assumindo, estas, as funções de ancoragens; d) realizadas as ancoragens; e, e) etapa onde foram aglutinadas as todas respostas e elaborado o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.

Quanto às ferramentas disponíveis e aplicáveis às pesquisas de caráter quali-quantitativo optou-se por usar, para o delineamento e aplicabilidade desse trabalho as seguintes: (a) Árvore Explicativa dos Problemas, ou Mapa de Alta Direção de

Planejamento Popular (MAPP), de Carlos Matus, na etapa da construção do pressuposto norteador pelos pesquisadores; e, ainda o Arco de Charles Margueres como ferramenta de apoio.

Para que o MAPP fosse desenhado, seguiu-se os seguintes passos: (a) foi definido o problema para análise/estudo/intervenção; (b) foram identificados os descritores do problema; sendo que tais descritores deveriam ter característica quali-quantitativa, ou seja, serem descritos de maneira quantitativa (mensuráveis) e expor de maneira clara a natureza do problema elencado; (c) correlacionou-se as possíveis causas que explicassem esses descritores; (d) ordenados as possíveis consequências dessas causas e seus impactos na gestão; e, (e) foram estabelecidos os nós críticos.

Somente após essas primeiras etapas foram desenhadas as propostas de intervenção. Tomou-se o cuidado para que tais propostas apresentassem características passíveis de aplicação, ou seja, que estivesse dentro da governabilidade local. Utilizou-se o Arco de Margueres como ferramenta nessa etapa do processo da pesquisa.

A aplicação das entrevistas deu-se em encontros previamente agendados, momento estes acordados entre pesquisador e sujeitos da pesquisa somente após aprovação e liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Professor MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel (ESP/SES/SC), conforme parecer consubstanciado nº 925.517, emitido em 21 de dezembro de 2014.

Resultados e Discussão

Após construído, o DSC, um discurso evidenciado por uma fala fragmentada, o qual pode-se afirmar que o nosso 'gestor' demonstra ter pouco conhecimento acerca da PNPE:

O Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES é um setor da Secretaria Municipal da Saúde – Semsa que tem como finalidade a implantação de ações que objetivem, principalmente, a formação e aprimoramento técnico dos servidores lotados na Semsa através de momentos de cursos de aperfeiçoamento/capacitação, e, automaticamente a melhoria da qualidade das ações desses servidores e, conseqüentemente, o atendimento prestado à população. Suas atribuições podem ser entendidas como a realização de diagnósticos situacionais, quali e quantitativos, acerca das demandas apresentadas pelos gestores e/ou profissionais de saúde no campo de formação e desenvolvimento de suas competências profissionais; elaboração de políticas de formação e desenvolvimento profissional através

de práticas de Educação Permanente em Saúde; elaboração de um plano de capacitações para os servidores em conformidade com o plano de cargos e salários e carreiras e que esteja dentro do previsto pelo Programa de Desenvolvimento Humano – PDH e, conforme as necessidades apresentadas pelas diversas diretorias da Semsas; planejamento, execução e direcionamento da Política de Educação Permanente da Semsas; facilitação de palestras, cursos e capacitações. Com a valorização dos profissionais através da implantação de uma política de Educação Permanente que favoreça sua formação e o desenvolvimento de suas competências, os processos de trabalhos virão na contrapartida, ou seja, melhorarão automaticamente. Poderemos observar melhorias, exemplificando, no atendimento aos usuários, que são a razão de ser dos profissionais da área da saúde e do sistema único de saúde, desde que exista coerência entre o planejado e o implementado pelo GTES, bem como das condições de trabalho. No que se refere aos fluxos do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desconheço o todo, e o pouco que conheço não o considero funcional. Para que o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde seja efetivado primeiro se faz necessário a vontade do gestor que este possa sair do Plano Municipal, do plano das ideias. Se faz necessário, ainda, a composição de uma equipe técnica mínima capaz capacitada, qualificada e comprometida em colocar em prática todas as atribuições que ao GTES competem; recursos financeiros próprios; espaço físico mínimo adequado que possibilite os trabalhos mínimos necessários e estruturas de funcionamento, tais como biblioteca, computadores, mesas, armários, etc.; definir estrutura hierárquica a qual o setor estará subordinado dentro do organograma da Semsas (MEDEIROS, 2015, pág. 45).

Observa-se, também, que nosso ‘gestor’ conhece as competências/atribuições do GTES, porém, as conhece parcialmente. A segmentação desses saberes torna-se evidente quando sua fala fica centrada apenas no campo da Educação em Saúde. Em raros momentos, nosso ‘gestor’ fez alusão ao outro campo de atuação do GTES, a Gestão do Trabalho, e quando o fez, simplesmente mencionou brevemente através da seguinte afirmativa: “[...] desenvolvimento das competências [...]” dos servidores teremos como ‘produto final’ a melhoria dos processos de trabalhos, refletindo, automaticamente, no atendimento ao usuário.

Se nos situarmos na história recente da Semsas, constataremos que essa problemática remonta a elaboração dos dois últimos Planos Municipais de Saúde, 2010-2013 e 2014-2017, contemplando a criação e a efetivação do GTES já para o ano de 2014, pois neste documento, quando analisado, passo a passo, não encontramos contempladas, em momento algum, nenhuma ação do GTES no campo da gestão do trabalho, mas, somente no campo da Educação na Saúde e, ainda, o que piora a situação, uma terrível confusão de leituras e significações entre Educação Popular e EPS.

Em encontro acontecido no mês de junho de 2015, trabalhou-se: (a) dinâmicas específicas que auxiliaram na explanação das competências e atribuições do GTES,

à luz da PNPE e diretrizes norteadoras do MS; (b) a reestruturação/organização dos fluxos do GTEs; (c) apresentação das propostas das duas primeiras Portarias diretamente relacionadas ao GTEs, sendo a primeira criando e formalizando o setor e, a segunda, instituindo normativa para regulamentação para a liberação, à pedido, para eventos de qualificação profissional dos servidores lotados na Sems; (d) apresentação da Plataforma EaD para cursos de capacitação/atualização dos servidores lotados na Sems.

Considerações Finais

Após as etapas de coleta, análise e compilação dos dados coletados e consequente construção do DSC, percebeu-se que a equipe atual de gestores da Sems ainda desconhece a PNPE e boa parte das diretrizes propostas para o GTEs, bem como suas competências e as atribuições quase que na sua totalidade, mesmo tendo sido proposto quando da elaboração dos dois últimos Planos Municipais da Saúde.

Constata-se, ainda, que essa disparidade entre proposição e ação precede o Plano Municipal, datando as propostas aprovadas em plenária final da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul conforme os documentos consultados no CMS do município, já que, conforme dito anteriormente, os planos municipais de saúde, em muito de sua essência, nascem das propostas aprovadas nessas plenárias. Porém a gênese da questão é o desconhecimento por boa parte dos atores sociais envolvidos no estudo acerca de determinadas políticas públicas de saúde, especificamente nesse caso, a PNPE.

A atual política para educação permanente dos trabalhadores da saúde surgiu em 2007 (Portaria GM/MS n. 1996, 20 ago. 2007), com o propósito de favorecer a pactuação, no âmbito da gestão, de ações educacionais para trabalhadores de saúde. A portaria que a apresentou delegou aos Colegiados de Gestão Regional a sua condução regional, por intermédio da elaboração de planos de ação regionais de educação permanente, com a participação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) – instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, responsáveis por participar da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2012, pág.897).

Sabemos que as mudanças são provocativas, desconfortáveis, nos causam estranhezas, inquietações e descontentamentos, porém são extremamente necessárias para a vida útil e o bom andamento de todas as instituições, e isso não

difere no serviço público. Ao contrário, são vitais. Sendo assim, quando propomos 'criar', 'efetivar', desejamos, a priori, transformar uma situação que nos incomoda ou que necessitamos mudá-la. Mas, para tanto, devemos nos apoderar das ferramentas necessárias, para que tais mudanças sejam reais e produzam efeitos positivos nos cenários que desejamos alterar.

Referências

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. de 2007. Seção 1

_____. _____ SECRETARIA EXECUTIVA SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014** Brasília: Ministério da Saúde 120 p.

_____. _____ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2007 646 p. (Série E. Legislação e Saúde)

_____. _____ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE **Princípios e diretrizes para gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** 3 ed Brasília: Ministério da Saúde, 2005 98 p. (Série J. Cadernos – MS)

_____. _____ SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DEPARTAMENTO DE GESTÃO NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE **Política de desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2004 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida **A formação superior dos profissionais em saúde** in GIOVANELLA, Lúcia (org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 1100 p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Lara Camargo Macruz **O quadrilátero da formação para a área da saúde; ensino; gestão atenção e controle social** Rev. Saúde Coletiva Rio de Janeiro, n.14, v. 10, pág. 41-64, 2004

_____. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde** Rev. Saúde Coletiva Rio de Janeiro, n.4, v. 10, pág. 975-986, 2005

COMISSÃO INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO MEIO OESTE – CIES MEIO OESTE **O que é educação permanente** Material disponibilizado no seguinte endereço

eletrônico: <<http://www.ciesmeiooeste.org/p/o-que-e-educacao-permanente.html>> Acesso em janeiro de 2015

JARAGUÁ DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE JARAGUA DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE **Plano Municipal de Saúde 2010–2013**
Jaraguá do Sul: Secretaria Municipal da Saúde de Jaraguá do Sul, 71 p

_____ **Plano Municipal de Saúde 2014–2017** Jaraguá do Sul:
Secretaria Municipal da Saúde de Jaraguá do Sul, 188 p.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti **O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)** 2 ed Caxias do Sul: Educus, 2005 256 p. (Coleção Diálogos)

MEDEIROS, Luciano Silveira Pacheco de **Gestão do trabalho e educação na saúde: a percepção dos gestores da secretaria municipal da saúde de Jaraguá do Sul, Santa Catarina, sob a ótica do discurso do sujeito coletivo, de Lefèvre e Lefèvre** 2015 96 f. (Monografia do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Profº Osvaldo de Oliveira Maciel – ESP/SES/SC (Orientadora: Profª MSc. Helen Bruggemann Bunn Schmitt)

MIRANDA, Gisely Rocha; OLIVEIRA, Glauco Garcia Lima de; GONÇALVES, Milene Carvalho **Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família** 2008 21 f. (Monografia do Curso de Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Pará – UFP (Orientadora: Profª Drª Elizabeth Teixeira)

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira **Educação profissional em saúde** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 120 p.

RIBEIRO, Carlos Eduardo; MONT'ALVÃO, Claudia **Design de interfaces de consumo virtual de práticas na educação permanente em saúde** Material disponibilizado no seguinte endereço eletrônico:
<<http://pdf.blucher.com.br/designproceedings/15ergodesign/96-U126.pdf>> Acesso: 29 de janeiro de 2016

SANTOS, Eliezer Rodrigues dos; LANZA, Liria Maria Bettiol; CARVALHO, Brígida Gimenez **Educação permanente em saúde: a experiência do serviço social com equipes de saúde da família** Rev. Textos & Contextos (Porto Alegre) v. 10, n. 1, p. 16-25, jan./jul. 2011

SILVA, Ana Cláudia Conceição da; MAGALHÃES, Ionara Souza de **A importância do processo de Educação Permanente em Saúde para a formação profissional** Rev. Brasileira de Saúde Funcional, v. 2, n. 2, p. 05-11, set. 2015

Dados para contato:

Autor: Luciano Silveira Pacheco de Medeiros

E-mail: lucianospm@unesc.net

POSSÍVEIS CAUSAS ENVOLVIDAS NO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA

Educação e promoção de saúde

**Francieli Canton¹; Candice Steckert da Silva¹; Fabrício Eládio Felisbino¹;
Andressa Córneo Gazola¹**

¹.Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE

Resumo: Dentre os cânceres que acometem o sexo feminino, o câncer de mama é o tipo mais frequente em todo mundo. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo conhecer as possíveis causas no desenvolvimento do câncer de mama em um município do sul de Santa Catarina. Nesse intuito foi aplicado às participantes da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama da cidade um questionário estruturado. Observou-se que grande parte das mulheres estiveram expostas por períodos prolongados a hormônios que desencadeiam o câncer de mama além de histórico familiar de câncer de mama, ovário e/ou útero. Ainda, metade das mulheres estavam acima do peso e não faziam atividade física. Dessa forma, alerta-se para que a população controle alguns fatores envolvidos no desenvolvimento dessa patologia, especificamente, tenham uma boa alimentação, controlem o peso, pratiquem atividade física, realizem a amamentação e avaliem o risco-benefício do uso de anticoncepcionais hormonais.

Palavras-chave: Câncer de mama. Fatores de risco. Causas.

Introdução

Cientificamente, câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente aos tumores malignos. Existem quase 200 tipos dessa patologia que é caracterizada pelo crescimento descontrolado de células alteradas geneticamente que podem adquirir a capacidade de se desprender do tumor primário e migrar, invadindo inicialmente os tecidos vizinhos. Devido à constante multiplicação celular há a necessidade de que novos vasos sanguíneos sejam formados para que haja a nutrição dessas células, em um processo denominado angiogênese. Esse processo facilita para que as células tumorais atinjam o interior de vasos sanguíneos ou linfáticos e, através desses, disseminem-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, formando as metástases (ALMEIDA, 2005).

A mama é composta principalmente por tecido gorduroso e uma rede de lobos, formados por lóbulos que abrigam as glândulas produtoras de leite. Pequenos ductos ligam essas glândulas aos lóbulos e lobos para levarem o leite materno ao mamilo, localizado no centro da aréola (INCA, 2010).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos novos casos de câncer a cada ano (INCA, 2014). No Brasil, existem diferenças nas taxas de incidência da doença entre as regiões. Essas diferenças provavelmente são decorrentes do fato já conhecido de quanto maior o desenvolvimento da região maior a incidência de câncer de mama. Isso reflete uma sociedade mais industrializada com consumo cada vez maior de uma alimentação inadequada, excesso de peso e estresse (SBM, 2011).

Salienta-se ainda que nos últimos anos vem sendo observado um elevado aumento no número de casos de câncer de mama cujo desenvolvimento atinge indivíduos cada vez mais jovens. É fundamental que todas as mulheres conheçam os principais fatores de risco para o câncer de mama para que assim consigam prevenir a doença e ter um bom prognóstico. Tendo-se observado isso, o presente trabalho buscou conhecer as possíveis causas que estão envolvidas no desenvolvimento do câncer de mama em um município do sul de Santa Catarina visando informar melhor a população a respeito da doença, fazendo com que as mesmas se conscientizem e fiquem em alerta tornando possível diminuir a alta taxa de mortalidade por essa doença.

Câncer de Mama

Segundo RICCI (2008), câncer de mama é uma neoplasia maligna causada pela multiplicação celular desordenada, associada à perda do controle da apoptose, causando o aumento celular incontrolado e imortalidade da célula. Ou seja, o câncer de mama ocorre quando as células desse órgão passam a se dividir rapidamente e de forma desordenada (KUMAR, 2005).

Esse câncer tem início com o crescimento descontrolado das células epiteliais que revestem os ductos mamários depende da influência dos hormônios, principalmente estrogênio e progesterona (RICCI, 2008). Assim, cerca de 90% dos tumores de mama ocorrem nos ductos ou lobos (INCA, 2010).

Segundo KUMAR (2005), o Carcinoma Ductal é o câncer de mama mais comum. Ele pode ser *in situ*, quando não passa das primeiras camadas de células

desses ductos; ou invasor, quando atinge tecido periférico. Já, os cânceres que começam nos lóbulos da mama são chamados de Carcinoma Lobular, são menos comuns que o primeiro e frequentemente acomete as duas mamas. Ainda, pode ocorrer o Carcinoma Inflamatório de mama, o qual é mais raro, apresentando sinais de inflamação como calor, rubor e inchaço e normalmente são mais agressivos, comprometendo toda a mama.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (INCA, 2014).

Prevalência

O câncer é considerado um problema de saúde pública há muito tempo em países desenvolvidos. No entanto um aumento na incidência de câncer tem sido observado também em países de baixa renda, especialmente na América Latina (PALMERO, 2007).

No tocante ao câncer de mama, a OMS (2010) registrou 10 milhões de novos casos e 6 milhões de mortes no ano de 2002 e estima, para o ano de 2020, 15 milhões de novos casos e 12 milhões de mortes.

No Brasil, o câncer de mama é a primeira causa de morte relacionada ao câncer de todas as idades (INCA, 2014). Conforme o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o número de casos registrados no ano de 2010 foi 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. As regiões sudeste e sul apresentam os maiores índices nacionais, com risco estimado de 65 e 64 casos novos para cada 100 mil mulheres, respectivamente (INCA, 2010).

Fatores de Risco

Os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser hereditários. A maioria dos casos (cerca de 80%) está relacionada ao meio ambiente, onde encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente, o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (quando insalubre), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) e o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos). As mudanças provocadas no meio ambiente

pelo próprio homem, os hábitos e estilos de vida adotados pelas pessoas podem determinar o desenvolvimento dos diferentes tipos de câncer (ALMEIDA, 2005).

A etiologia do câncer de mama envolve uma interação de diversos fatores denominados de fatores de risco e, através da epidemiologia e da observação clínica, pode-se associar a probabilidade de se desenvolver câncer da glândula mamária com a presença dessas variáveis. Assim, os fatores de risco determinam os grupos de pessoas expostas a maior probabilidade de desenvolverem o câncer de mama, e que deverão ser examinadas com maior cuidado e frequência (BONFIM, 2009).

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama são bem conhecidos, como: sexo feminino, envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação tardia), história familiar de câncer de mama e/ou ovário, história de doença mamária benigna, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, exposição a pesticidas, consumo de álcool, tabagismo e alta densidade do tecido mamário (INCA, 2003; INCA, 2014).

Diante o exposto, o presente trabalho pretendeu identificar quais são as principais causas possíveis no desenvolvimento do câncer de mama em um município do sul de Santa Catarina buscando alertar a população acerca de possíveis formas de prevenção dessa patologia.

Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa foi classificada como pesquisa de campo descritiva, associada à pesquisa bibliográfica sendo analisada de forma quantitativa culminando em uma pesquisa-ação.

Para a realização da pesquisa foi estabelecida uma cooperação mútua entre os representantes das instituições envolvidas, sendo elas o Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE e a Rede Feminina de Combate ao Câncer de um município de pequeno porte do sul de Santa Catarina.

Na presente pesquisa foi realizada uma amostragem por acessibilidade, onde o pesquisador seleciona os elementos que tem acesso (GIL, 1999). Nesse contexto, a amostra foi compreendida por 10 mulheres com diagnóstico prévio de câncer de mama que participam da Rede Feminina de Combate ao Câncer do município e que concordaram em participar da pesquisa, fato comprovado por suas assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido.

Posteriormente à aprovação do projeto desta pesquisa pelo comitê de ética do UNIBAVE (parecer número 46344115.5.0000.5598), os dados foram coletados através das respostas das participantes a um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, aplicado nos dias de encontros da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama do município de Braço do Norte. O questionário foi respondido pelas próprias participantes, sendo que qualquer problema na interpretação elas recebiam o auxílio.

Resultados e Discussão

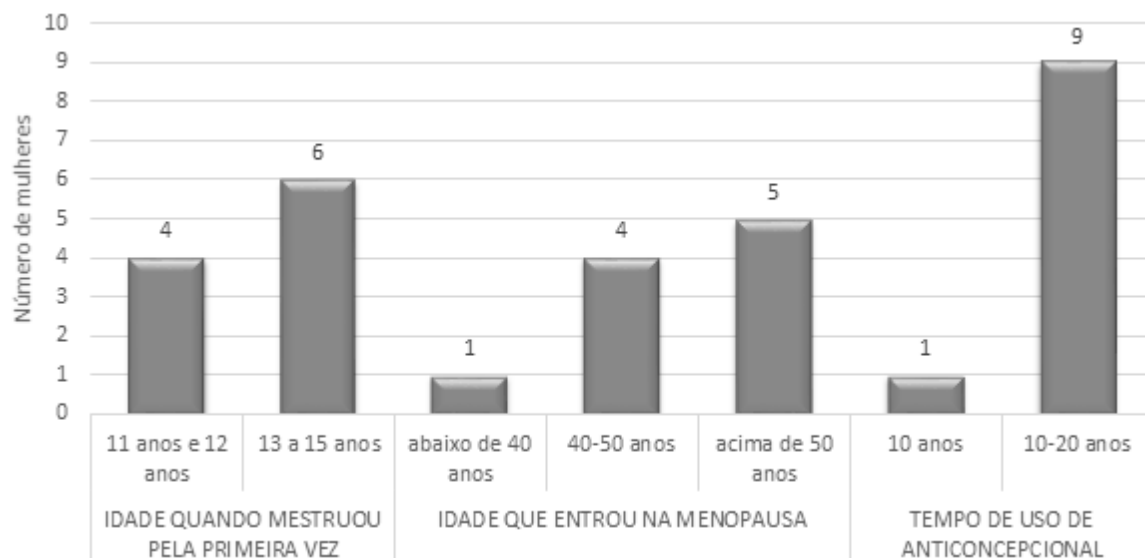
Os dados mostrados abaixo foram organizados e apresentados segundo os fatores de risco descritos no site do INCA e são resultado dos questionários respondidos por 10 mulheres que fazem parte da Rede Feminina de Combate ao Câncer de Mama de um município de pequeno porte do sul de Santa Catarina.

A idade dessas mulheres variava entre 38 e 68 anos, sendo que o diagnóstico da patologia ocorreu após os 35 anos de idade. Dentre os diagnósticos realizados, apenas três mulheres souberam responder qual era o tipo do câncer que tiveram, sendo esses um carcinoma lobular invasivo, um carcinoma intraductal e um carcinoma ductal invasivo.

A Influência dos Fatores Hormonais

Observou-se que praticamente todas as mulheres participantes da pesquisa tiveram uma menarca precoce e que metade delas entraram na menopausa depois dos cinquenta anos de idade, dessa forma, 9 mulheres do total permaneceram em fase reprodutiva por longos períodos e fizeram uso de anticoncepcional via oral (Gráfico.1).

Gráfico 1 - Idades das participantes ao ocorrer a menarca, a menopausa e o tempo que utilizaram anticoncepcional.



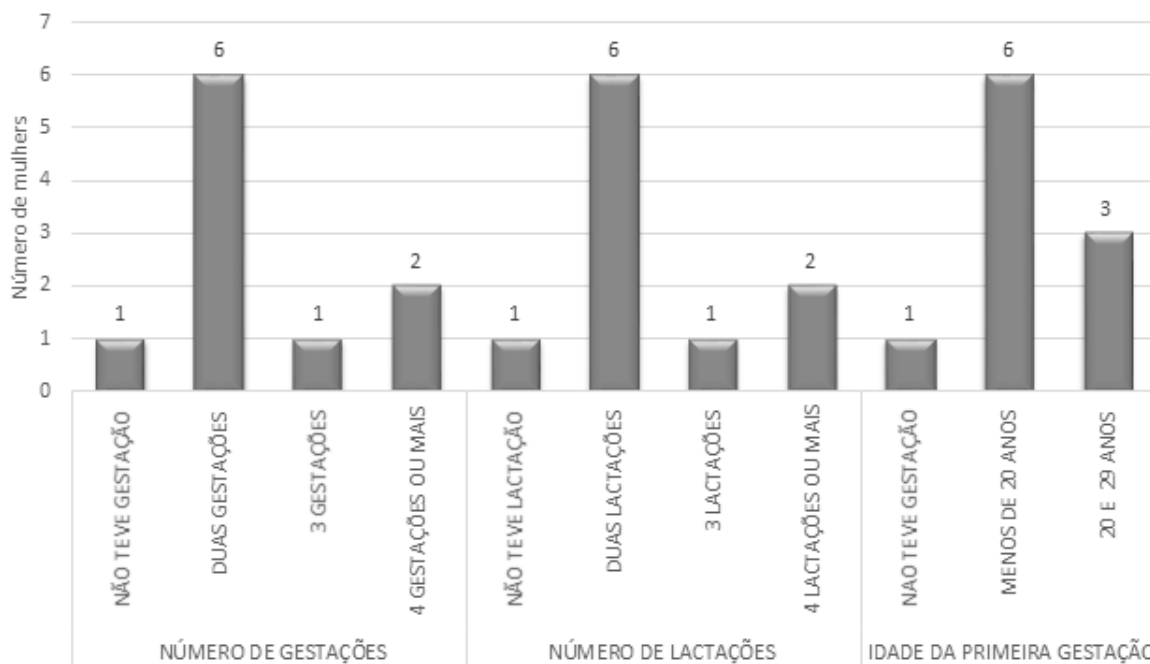
Fonte: Autores (2016).

A exposição prolongada ao estrogênio aumenta o risco da mulher desenvolver câncer de mama, ou seja, é fato conhecido que o câncer de mama é hormônio dependente (JÚNIOR, 2011).

Fatores que aumentam o número de ciclos menstruais, como menarca precoce (antes dos 14 anos) e menopausa tardia (depois dos 50 anos) estão associados com aumento da probabilidade de desenvolver câncer de mama. Por outro lado, até hoje, é bastante discutido e controverso o papel da anticoncepção hormonal no aumento do risco de desenvolvimento desse tipo de câncer (JÚNIOR, 2011).

Em relação a ter gestado ou não, apenas 1 mulher respondeu que não. Dentre as outras, 6 tiveram duas gestações, 1 três gestações e 2 quatro gestações ou mais sendo lactantes em todas as vezes por no mínimo seis meses. Quanto à idade da primeira gestação a mesma ocorreu antes dos vinte anos em 6 mulheres e entre vinte e vinte e nove anos em 3 mulheres (Gráfico.2).

Gráfico 2 - Idade da primeira gestação e os números de gestações e amamentações das participantes.



Fonte: Autores (2016).

O número de gestações e a amamentação interferem no desenvolvimento do câncer de mama devido ao reduzido tempo de exposição ao estrogênio que ocorre no corpo da mulher nesses períodos. Ou seja, quanto mais ciclos ovulatórios, maior a exposição da mulher ao estrogênio, sendo, portanto, maior o potencial de alterações genéticas e consequentemente, o desenvolvimento da neoplasia mamária (PASCALICCHIO, FRISTACHI, BARACAT, 2011).

Um fator importante a ser levado em consideração é o fato demonstrado que ter filho antes dos vinte anos de idade reduz o risco de desenvolver câncer de mama em 50% quando comparado a ter o primeiro filho após os trinta e cinco anos de idade. Além disso, deve-se destacar que mulheres com três ou mais filhos, tem um risco menor de desenvolver esse tipo de câncer em comparação a mulheres nulíparas, pois acredita-se que a gestação e o parto reduzem, a longo prazo, o risco de ter câncer de mama (JESUS, 2012).

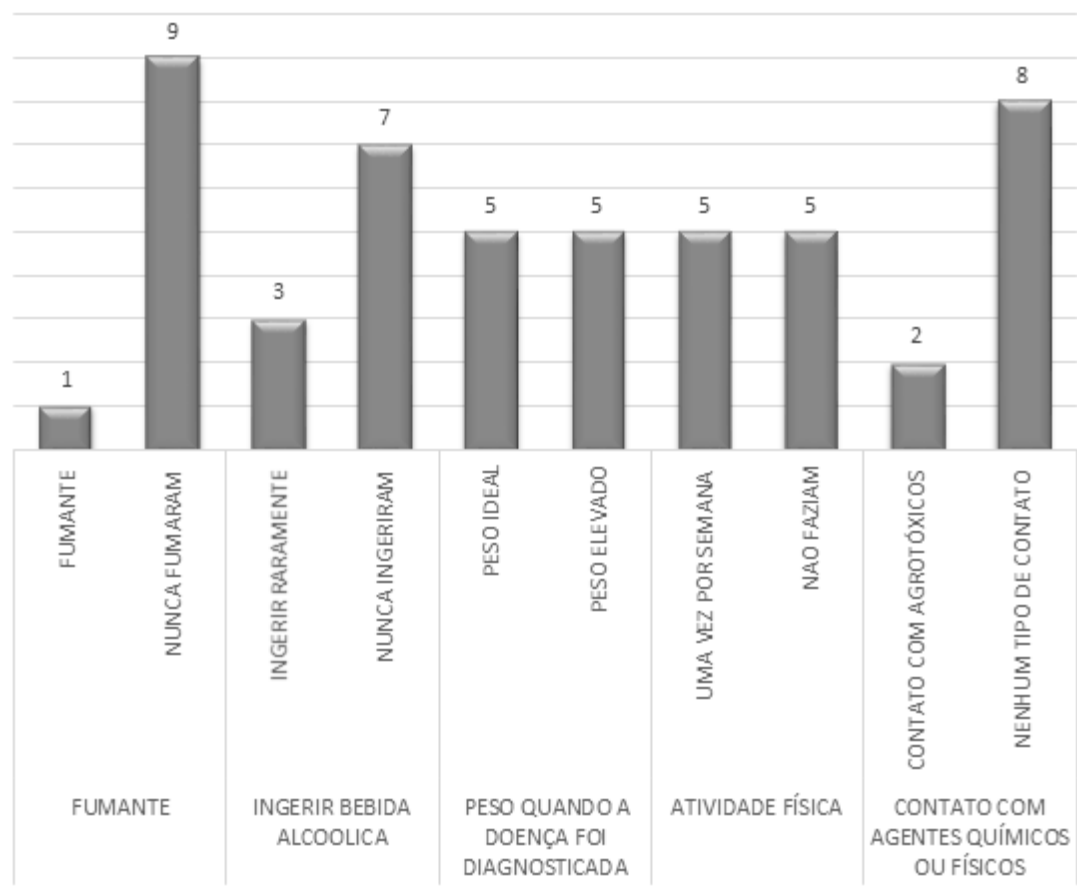
Considerando-se a lactação, é descrito que a amamentação expandida, ou seja, por mais que um ano após a gestação atua como um benefício de proteção a mulher, diminuindo as possibilidades de ocorrência do câncer de mama (LIMA et al, 2001). Essa observação corrobora com os resultados observados neste estudo, já que

todas as mulheres amamentaram por no mínimo 6 meses e apenas uma relatou ter amamentado por mais de um ano.

Fatores Ambientais

Ao serem questionadas sobre seus hábitos de vida, grande parte das participantes relataram que nunca fumaram ou ingeriram bebidas alcoólicas nem entraram em contato com agentes químicos ou físicos geralmente associados ao desenvolvimento do câncer. Por outro lado, 6 mulheres estavam com o peso elevado antes do diagnóstico da doença apenas e nenhuma das participantes realizavam atividade física regularmente (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Comportamento das participantes frente aos fatores ambientais que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer de mama.



Fonte: Autores (2016).

Apesar na observação neste trabalho que a maioria das participantes não bebiam, fumavam ou entravam em contato com substâncias cancerígenas

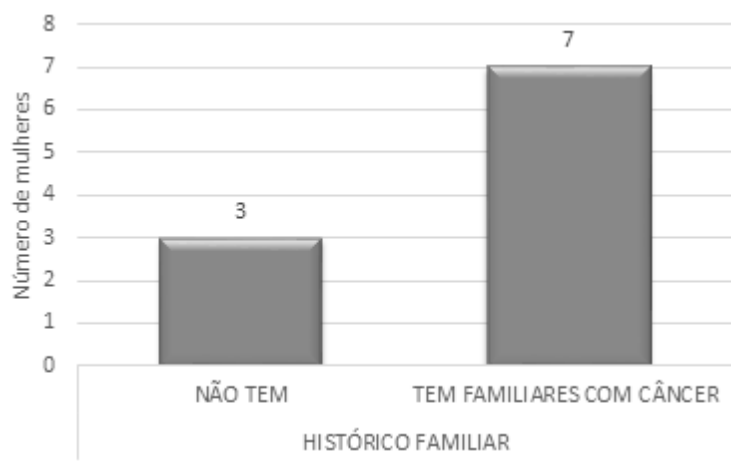
frequentemente deve-se salientar que estudos demonstraram que o uso regular de álcool (acima de 60 gramas por dia) é um fator preponderante para o desenvolvimento do câncer de mama. Isso se deve ao acetaldeído, primeiro metabólito do álcool, o qual é carcinogênico, mutagênico, estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor (CANTINELLI et al, 2006). Além disso, o glifosato, ingrediente ativo do herbicida mais empregado nos cultivos atualmente tem efeitos potencialmente adversos sobre a saúde humana por ser um disruptor endócrino exercendo, dessa forma, efeitos proliferativos sobre o câncer de mama humano dependente de estrogênio (THONGPRAKAISANG, 2013). Por fim, a influência do tabagismo na indução do câncer de mama ainda é controversa (SMELTZER, 2006) apesar de estar relacionado a outros tipos de câncer, tais como câncer de pulmão, laringe, pâncreas, boca e rins (IBCC, 2015).

Em contrapartida, outros dois fatores observados no presente estudo foram o sobrepeso e a falta de exercícios físicos. A obesidade está relacionada ao desenvolvimento do câncer de mama pelo aumento do nível de estrogênio produzido no tecido adiposo, principalmente no climatério (CIBEIRA e GUARAGNA, 2006). Já, o exercício físico normalmente diminui a quantidade de hormônio feminino circulante. Como este tipo de tumor está associado a esse hormônio, fazer exercício regularmente diminui o risco de ter câncer de mama, principalmente em mulheres que fazem ou fizeram exercício regular quando jovens (ZELMANOWICZ, 2012).

Fatores Genéticos

Em relação a fatores genéticos quando investigados, apenas 3 mulheres disseram não ter histórico de câncer de mama, útero e ovário na família em familiares próximos (Gráfico 4)

Gráfico 4 - Número de participantes que apresentavam histórico familiar de câncer de mama, útero ou ovário



Fonte: Autores (2016).

Segundo o INCA (2010), a história familiar é um dos fatores de risco para o câncer de mama, principalmente se um ou mais parentes de primeiro grau foram acometidos antes dos cinquenta anos de idade.

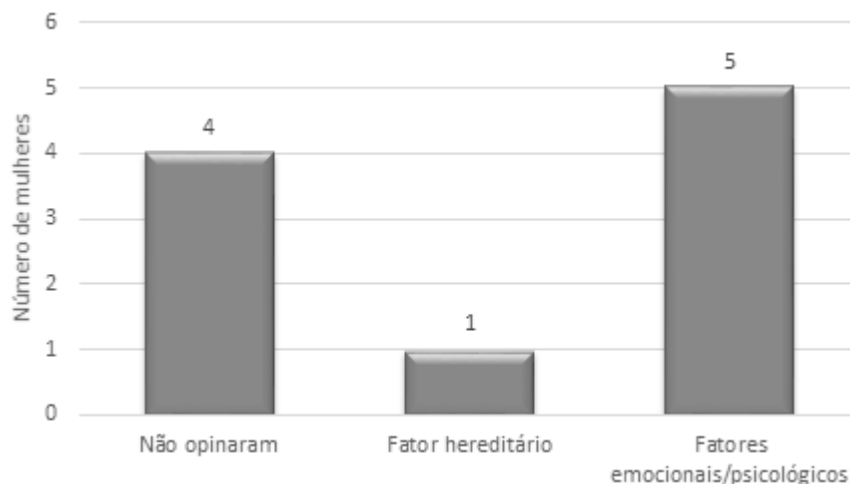
No Brasil, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a apenas 10% do total de casos de câncer de mama (INCA, 2010), porcentagem extremamente abaixo da observada na presente pesquisa. Esse fato pode explicar, em partes, a falta de correlação entre os outros fatores oncogênicos descritos na literatura e os observados neste estudo.

O Câncer de mama de origem hereditária é proveniente de mutações na linhagem germinativa e diversos genes vem sendo identificados como importantes na etiologia desses tumores. Muitos desses genes são supressores tumorais e atuam como reguladores, controlando a proliferação celular (KUMAR, 2005). Os genes BRCA1 e BRCA2 são genes humanos supressores de tumor que regulam o ciclo celular e previnem a proliferação descontrolada das células. Assim, mutações nesses genes interferem na atividade normal dos mesmos e, por isso, o indivíduo se torna mais suscetível ao câncer de mamário ou ovariano. Esses genes estão envolvidos em 84% dos casos de câncer de mama hereditário (NAROD e FOULKES, 2004).

Desencadeadores do Câncer de mama na visão das participantes

Em relação a visão das participantes sobre o que desencadeou a doença, 4 preferiram não opinar, 1 atribuiu a fatores hereditários e 5 associaram a fatores emocionais e psicológicos (Gráfico.5).

Gráfico 5 - Opinião das participantes sobre o que desencadeou a doença



Fonte: Autores (2016).

As alterações imunológicas causadas pelo estresse e fatores emocionais podem explicar a carcinogênese, pois a maioria dos carcinógenos promovem o câncer através de danos no DNA, produzindo assim células mutantes. As células possuem um sistema de defesa que destroem carcinógenos químicos, processo de identificação e reparo de danos no DNA e destruição de DNA não-reparado pelo sistema imune. Esse processo que o sistema imune realiza de reparo e destruição de danos no DNA é crítico, pois falhas nesse processo está associado com o aumento na incidência de câncer (BAUER, 2004).

Considerações Finais

A partir das respostas obtidas e dos resultados, observou-se que alguns fatores de risco foram confirmados e outros refutados, o que pode ter sido ocasionado pela pequena amostra do estudo.

Dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, o fator hormonal, que seria um dos mais proeminentes, esteve presente na grande maioria das mulheres, pois as mesmas ficaram longos períodos expostas ao estrogênio.

Outro dado obtido é que o fator hereditário também apresentou grande incidência no estudo, apontando que mais da metade das mulheres tem histórico familiar de câncer de mama, ovário e/ou útero.

Quanto aos fatores ambientais, metade das mulheres estavam acima do peso, sendo que as mesmas não praticavam atividade física, podendo assim contribuir também para um aumento na produção de hormônios femininos, desencadeando o câncer de mama.

Todas as mulheres que participaram da pesquisa estiveram expostas a pelo menos um dos fatores de risco de predisposição ao desenvolvimento do câncer de mama elencados pelo INCA, mas a metade das mesmas atribuiu a doença a fatores emocionais e psicológicos. Esse dado pode ser um sinal de que as participantes apresentam déficit na percepção e conhecimento sobre todos os fatores de risco que desenvolvem o câncer de mama.

Mesmo com muitas campanhas a respeito da doença, o número de casos dessa patologia cresce todo ano, sendo isso inaceitável para uma doença com um excelente prognóstico e tratamento totalmente gratuito pelo SUS.

Assim, diante dos dados obtidos, este trabalho vem alertar a população acerca dos fatores predisponentes que são possíveis prevenir ou evitar, tais como, ter uma boa alimentação, controlar o peso, praticar atividade física, realizar amamentação e nos casos que possivelmente tem interferência genética avaliar o risco-benefício do uso de anticoncepcionais hormonais.

Referências

ALMEIDA, V. L. et al. **Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução.**

Revista Química Nova. Belo Horizonte, vol 28, n.1, 118-129, 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S010040422005000100021&pid=S0100-40422005000100021&pdf_path=qn/v28n1/23048.pdf> Acesso em: 11 abr. 2015.

BAUER, M. E. **Como os fatores psicológicos influenciam o surgimento e progressão do câncer?** revista Brasileira de Oncologia Clínica. Vol 1, n.1, 33-40, jan/abr. 2004. Disponível em < <http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/1/artigo3.pdf>> Acesso em 14 out. 2015.

BONFIM, I. M. et al. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Rev.**

Rene. Fortaleza, v. 10, n.1, p.45-52, jan/mar 2009. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/425>> Acesso em: 06 abr. 2015.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.3, p.124-33, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000300002&script=sci_arttext> Acesso em 24 set. 2015.

CIBEIRA, G. H; GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. **Revista de Nutrição**, v 19, n.1, p.65-75, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000100007> Acesso em 24 set. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. **Tabagismo**. São Paulo, 2015. Disponível em <<http://www.ibcc.org.br/duvida/agentes-cancerigenos/tabagismo/1/5/>> Acesso em 14 out. 2015.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de Mama: é preciso falar disso**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_mama_preciso_falar_disso.pdf> Acesso em 12 set. 2015.

_____. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>> Acesso em 25 mai. 2015.

_____. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/cancerdemama16575>> Acesso em 23 set. 2015.

JESUS, L.G. **Estudo sobre o perfil sócio-sanitário e estilo de vida de mulheres portadoras de câncer de mama de um município do sul do estado de Santa Catarina**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE.

JÚNIOR, E.S, et al. **Anticoncepção hormonal e câncer de mama**. Revista Femina, Curitiba, v.39, n.4, 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2488.pdf>> Acesso em 01 out. 2015.

KUMAR, et al. **Patologia, bases patológicas das doenças**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LIMA, M. G.et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, nov./dez. 2001. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600039> Acesso em 01 out. 2015.

NAROD, S. A; FOULKES, W. D. BRCA1 and BRCA2: 1994 an beyond. **Nature Reviews Cancer**, v.4, p. 665-676, 2004. Disponível em <<http://www.nature.com/nrc/journal/v4/n9/full/nrc1431.html>> Acesso em 24 set. 2015.

PALMERO, E. I. **Identificação e caracterização de pacientes em risco para câncer de mama hereditário no Sul do Brasil**. 2007. 344f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13705>> Acesso em 20 abr. 2015.

PASCALICCHIO, J. C, FRISTACHI, C. E, BARACAT, F. F. Câncer de mama:fatores de risco, prognósticos e preditivos. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.11, n.2, 71-84, 2011. Disponível em < http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4336/1/2009_art_imbonfim.pdf> Acesso em 01 out. 2015.

RICCI, S.S., **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia. **Estatísticas sobre câncer de mama no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/rastreamento-e-diagnostico/60-estatisticas-sobre-cancer-de-mama-no-brasil>> Acesso em: 25 mai. 2015.

SMELTZER S. C, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

THONGPRAKAISANG, S. et al. O glifosato induz o crescimento de células de câncer de mama humano via receptor estrogênicos. **Food Chem Toxicol**, v.59, p.129-136, 2013. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23756170>> Acesso em 01 out. 2015.

ZELMANOWICZ, A.M. Cancer de mama. **Revista ABC da Saúde**. 2012. Disponível em <<HTTP://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?611>> Acesso em 24 set. 2015.

Dados para contato:

Autor: Andressa Córneo Gazola

E-mail: andressa@unibave.net

RISCO OCUPACIONAL DOS QUIMIOTERÁPICOS: A ROTINA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA

Educação e promoção de saúde

Dandara da Silva Walter¹; Kelli Pazeto Della Giustina¹; Sirli Resin¹; Morgana da Silva Del Canale¹; Aline Lemos Marciano¹

¹: Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: O presente estudo tem como objetivo conhecer a rotina da equipe multiprofissional do setor de quimioterapia acerca do risco ocupacional dos quimioterápicos. O mesmo classifica-se em pesquisa descritiva, qualitativa, documental, com coleta por meio de questionário com perguntas mistas e verificação dos protocolos através de aplicação de um *checklist*. Os dados revelam conhecimento insuficiente dos profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiro e farmacêutico acerca do risco ocupacional dos quimioterápicos. A partir dos resultados obtidos, observa-se a necessidade de novos estudos relacionados ao risco ocupacional dos quimioterápicos, objetivando ampliar o conhecimento e os cuidados dos profissionais acerca desta temática.

Palavras-chave: Quimioterápicos. Exposição. Risco ocupacional. Multiprofissional.

Introdução

O câncer é uma doença caracterizada pela multiplicação e disseminação descontrolada de formas anômalas de células do próprio corpo. Trata-se de uma das principais causas de óbitos em nações desenvolvidas (HANG et al., 2007). Atualmente, as principais formas de tratamento do câncer incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

O tratamento quimioterápico foi o enfoque desta pesquisa. Sua aplicação ou administração é geralmente realizada em uma Central de Quimioterapia através de uma equipe técnica especializada. A Central de Quimioterapia é o local onde todo processo de manipulação e aplicação do medicamento ao paciente é realizada, por meio de uma estrutura organizada, objetivando uma assistência de qualidade sistematizada (BRASIL, 2015b).

Atualmente tem-se falado muito acerca da humanização no atendimento ao paciente pela equipe de enfermagem e multiprofissional. Mas para que a humanização aconteça, faz-se necessário também que estes profissionais estejam saudáveis e satisfeitos pessoal e profissionalmente. E no que diz respeito aos quimioterápicos é fundamental a preconização da saúde dos profissionais frente ao risco ocupacional dos mesmos, uma vez que tais medicamentos oferecem um grande risco à saúde de quem os manuseia. O interesse por esse estudo surgiu mediante a realização de visita técnica ao setor de oncologia em um hospital da região Sul de Santa Catarina, em que a mesma despertou a curiosidade de conhecer a rotina de atendimento ao paciente oncológico e suas variáveis, principalmente em caso de intercorrências, como é o caso de uma exposição ao risco ocupacional. Isso despertou a vontade de adquirir maior conhecimento acerca do risco ocupacional de drogas vesicantes e irritantes, bem como ter a oportunidade de observar na prática os cuidados desenvolvidos pela equipe multiprofissional. Diante disto, levantou-se a seguinte problemática: Qual a rotina da equipe multiprofissional do setor de quimioterapia de um hospital da região Sul de Santa Catarina no que diz respeito ao risco ocupacional dos quimioterápicos?

Assim o presente texto é fruto de parte de um trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem, teve como objetivo verificar o conhecimento da equipe multiprofissional no setor de quimioterapia a respeito da exposição das drogas quimioterápicas e o risco ocupacional que estas apresentam.

Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa classifica-se como descritiva, de campo, documental e com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar de grande porte, mais especificamente no setor de quimioterapia. Trata-se de um hospital geral, que possui serviço de alta complexidade em oncologia, ou seja, conta com serviços de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia.

Para a realização desta pesquisa, foi aplicado um questionário para 10 profissionais atuantes no setor de quimioterapia e farmácia de manipulação, todas do sexo feminino, compreendendo, portanto, 2 enfermeiras, 5 técnicas em enfermagem e 3 farmacêuticas. A faixa etária esteve entre 25 e 41 anos de idade. A coleta de dados se deu através de um questionário com perguntas fechadas e abertas (misto). Para verificação teórico-prática dos protocolos utilizados no setor foi aplicado um *checklist* de normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental em face dos

quimioterápicos, preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (BRASIL, 1995), caracterizando a parte documental da pesquisa. Esse *checklist* foi preenchido durante o período de coleta de dados com a equipe multiprofissional e leitura do protocolo, no próprio ambulatório de quimioterapia e áreas adjacentes. A pesquisa foi realizada no próprio ambiente de trabalho da equipe, em horário comumente acordado com os profissionais, sem que a aplicação do questionário interferisse em suas atividades.

Este estudo atendeu os preceitos éticos constantes na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi avaliado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição de ensino e da instituição hospitalar.

Resultados e Discussão

Para análise de dados desta pesquisa, utilizou-se a categorização proposta por Minayo (GOMES, 2004) surgindo assim, diversas categorias de análise, dentre as quais será explanada a categoria de atribuições profissionais.

Aos participantes foi questionado acerca das atividades relacionadas dentro de suas respectivas classes profissionais, explicitando a categoria de atribuições profissionais. Assim, as atividades realizadas pelos técnicos em enfermagem compreendem: punção de acesso venoso periférico, instalação de quimioterapia, auxílio ao médico em procedimentos, organização do setor, administração de medicação endovenosa, intramuscular e subcutânea, curativo, coleta de sangue para exames laboratoriais, apoio ao paciente tanto sobre informações a respeito dos quimioterápicos quanto apoio psicológico, além de realizar evolução de enfermagem no prontuário. A técnica de enfermagem que atua na farmácia de manipulação realiza algumas ações diferenciadas como preparo dos soros e etiquetas para manipulação, formulação dos rótulos, controle do estoque, suporte à farmacêutica no momento da manipulação, conferência dos soros manipulados, recebimento e entrega de materiais e medicamentos, e lançamento dos gastos na conta do paciente.

Complementando, Soares (2010), afirma que além das ações já citadas, são pertinentes ao técnico em enfermagem ações como observação e verificação dos sinais, avaliação da rede venosa periférica, mensuração da diurese do paciente, quando necessário, observação dos sinais e sintomas de possível reação anafilática e registro no prontuário de toda a assistência prestada.

As ações dos enfermeiros entrevistados constituem-se de punção de acesso venoso (central ou periférico), sondagem vesical, acompanhamento de procedimentos como biópsia de medula óssea, aspirado de medula óssea, administração intratecal, administração de quimioterápicos, consulta de enfermagem e gerenciamento administrativo do setor. Estas ações correspondem às determinações da Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/86 de 25 de junho de 1986, Art. 11, em que, dentre as ações, destacam-se como funções primordiais do enfermeiro a participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais de saúde, participação em atividades preventivas, educativas, legislativas e integração à equipe de saúde (BRASIL, 1986).

A atribuição específica do enfermeiro dentro do setor de quimioterapia, de acordo com todos os profissionais entrevistados, compreende: executar as atividades burocráticas do setor, gerenciar processos administrativos e assistenciais, prestar toda assistência que o paciente e familiar necessitam, liderar a equipe, puncionar o cateter totalmente implantado, realização de sondagem vesical e nasoenteral, controlar e organizar todos os departamentos e fluxo do setor, comunicar os médicos a respeito do paciente ou sobre intercorrências, dar orientações gerais para cada paciente novo que inicia o seu primeiro dia de quimioterapia, fornecer orientações para os pacientes e acompanhantes sobre os quimioterápicos, controlar sinais/sintomas durante a administração/uso dos quimioterápicos e seguir condutas em caso de intercorrências com o paciente junto à equipe multiprofissional. Como o enfermeiro participa de todos os estágios de tratamento dos pacientes, sua atuação é fundamental, não só durante o diagnóstico da doença, mas também no momento da alta hospitalar, como afirma Soares; Albuquerque (2014, p. 14) “O enfermeiro tem papel fundamental no processo de alta, pois é considerado o profissional mais próximo ao paciente e o elo entre os outros membros da equipe multiprofissional”.

Outro profissional de suma importância no tratamento quimioterápico é o farmacêutico. De acordo com Andrade (2009, p. 2), em oncologia, o farmacêutico é o principal instrumento para a qualidade da farmacoterapia.

Suas atribuições excedem a simples dispensação da prescrição médica, ou ainda a manipulação propriamente dita. Sua atuação é importante em várias etapas da terapia antineoplásicas, como: seleção e padronização de medicamentos e materiais, auditorias internas, informação sobre medicamentos, manipulação dos agentes

antineoplásicos, farmacovigilância, educação continuada e participação em comissões institucionais [...] (ANDRADE, 2009, p. 2).

As farmacêuticas entrevistadas realizam a manipulação das drogas quimioterápicas, além de atividades administrativas. O transporte das drogas quimioterápicas até o setor de quimioterapia é realizado por dois estagiários que atuam na farmácia de manipulação, sendo que um está cursando o 2.º grau e o outro, o curso de graduação em Farmácia.

No setor de quimioterapia cada profissional atua dentro da sua especialidade, de forma organizada, prestando ao paciente todo o suporte necessário para sua recuperação. A Resolução RDC 220/2004 afirma que a equipe de profissionais que compõe o setor de quimioterapia pode ser considerada como multiprofissional quando constituída, no mínimo, de profissional farmacêutico, enfermeiro e médico especialista (BRASIL, 2004). Neste caso, a afirmação correspondente às equipes de ambulatórios de quimioterapia comprova à da equipe em questão.

A equipe multiprofissional do local pesquisado compõe-se de nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Eles interagem por meio de atividades como “Medida Certa” que inclui a nutricionista, a fisioterapeuta e a psicóloga; grupos de apoio ao familiar; e, palestras para pacientes (como em eventos do “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”). O setor tem como base o acolhimento, dando conforto e segurança aos pacientes, para sua melhor recuperação, sempre com ética, técnica e cuidado. Cada membro da equipe tem seu papel específico, mas todos têm em comum a valorização dos pacientes.

A equipe presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões (SOUZA et al, 2009).

No que se refere ao conhecimento dos profissionais acerca da quimioterapia e seu risco ocupacional, outra categoria de análise de dados, em suma, todos os profissionais relataram que se trata de danos causados à saúde dos profissionais, podendo estes serem a curto ou longo prazo. Esse questionamento envolveu os profissionais diretamente ligados ao risco ocupacional dos quimioterápicos.

Segundo Mauro et al (2004, p. 342):

Os riscos ocupacionais têm origem nas atividades insalubres e perigosas, aquelas cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente hospitalar podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais.

No que se refere ao conhecimento do risco ocupacional na administração dos quimioterápicos, a maioria dos profissionais entrevistados relataram possuir maior conhecimento das vias intramuscular e intravenosa, já que estas são comumente mais utilizadas, com exceção dos profissionais de nível superior, que além dessas vias, relataram conhecer também as vias intra-arterial, intracavitária e intravesical.

Dentre os tipos de exposição às drogas quimioterápicas, a maioria dos profissionais relatou possuir menor entendimento da exposição por meio de ingestão, porém alguns relataram desconhecer também a exposição por meio de líquidos corporais e excreta do paciente.

O risco ocupacional pode estar presente em todas as ações, desde o preparo do quimioterápico, sua administração e, inclusive, na eliminação de líquidos corporais e excreta do paciente (BRASIL, 2015). Isso indica que estes profissionais devem ampliar seus conhecimentos acerca do risco ocupacional referente a cada tipo de exposição, pois o desconhecimento de determinados tipos acaba comprometendo seus cuidados a fim de evitar contaminações pessoais.

Moura et al (2013) e Dellamora; Oliveira (2011) confirmam que pode haver exposição por meio da excretas e secreções dos próprios pacientes, pois após a administração de quimioterápicos, o organismo do paciente inicia o processo de metabolização do fármaco, podendo produzir metabólitos ativos, permitindo a eliminação de moléculas citotóxicas nos fluidos corporais e excretas dos pacientes, sobretudo durante as primeiras 72 horas após a administração. Sendo assim, o risco de exposição ocupacional não se encerra após a administração da quimioterapia. Esta forma de exposição, segundo Maia e Brito (2011, p. 253), consiste “em uma exposição indireta (por meio do suor, urina, fezes, sangue, vômitos) de clientes que receberam quimioterapia”.

Segundo Villarini et al (2011, p. 4, *apud* MOURA et al, 2013),

[...] as principais vias de exposição aos medicamentos quimioterápicos são por meio da inalação de aerossóis e absorção percutânea de resíduos ou partículas em qualquer fase do manejo destes medicamentos, principalmente no processo de preparação e administração.

Atualmente, existe a NR-32 que descreve os cuidados necessários durante o preparo e manipulação dos quimioterápicos, porém, as orientações sobre a excreção destes fármacos ainda são escassas. Recomenda-se, portanto, o uso de equipamentos de proteção individual no cuidado ao paciente oncológico até dez dias após a administração da última dose da quimioterapia (DELLAMORA; OLIVEIRA, 2011).

Ao questionar os profissionais sobre as consequências trazidas a si mesmo por meio da contaminação por quimioterápicos, em média, metade dos profissionais entrevistados relatou que as principais consequências são reações alérgicas, tontura, cefaleia, náusea, tosse, prurido e neutropenia. Alguns profissionais relataram também que a exposição prolongada pode levar a danos no DNA, podendo ocasionar o desenvolvimento de câncer.

Silva e Reis (2010, p. 316) afirmam que:

A exposição á drogas quimioterápicas podem causar desde efeitos simples, como cefaleia, vertigens, tonturas, vômitos, alopecia e hiperpigmentação cutânea, até os mais graves e complexos, tais como: carcinogênese, efeitos mutagênicos e teratogênicos, que podem ser observados em trabalhadores que preparam ou administram antineoplásicos sem o uso de equipamentos de proteção coletiva ou individual, o que implica em absorção indevida e considerável dessas substâncias pelos profissionais de saúde.

De acordo com os participantes, os principais cuidados realizados a fim de evitar a contaminação pessoal da quimioterapia são o uso de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) no preparo, armazenamento e transporte dos quimioterápicos, sendo que os principais EPI's utilizados são luva de vinil, jaleco e máscara (simples e de carvão ativado). No processo de manipulação realizado pelos profissionais farmacêuticos são utilizados, além destes EPI's, o avental impermeável (macacão) e a capela de fluxo laminar. Outros cuidados citados foram relacionados à administração dos quimioterápicos corretamente e conhecimento e execução dos protocolos (POP's – Procedimentos Operacionais Padrão). No entanto, não souberam especificar tais protocolos. Porém, durante o período de observação em campo, pôde-se observar que as normas de biossegurança não são seguidas integralmente. Entre elas inclui-se o desuso da máscara de carvão ativado e avental impermeável pelos técnicos em enfermagem durante a administração de quimioterapia endovenosa, apesar de todos possuírem, ou seja, estes profissionais ainda não estão mobilizados o suficiente para aplicar as medidas em favor de sua própria saúde. Vários motivos podem estar

relacionados à não utilização de alguns EPI's por parte dos profissionais da saúde. Silva e Reis (2010, p. 312) citam falta de conhecimento, pressa em realizar os procedimentos devido à falta de recursos humanos, desestímulo profissional relacionado às extensas cargas horárias de trabalho, baixos salários e estresse.

O uso de EPI é regulamentado pela NR-6, que considera EPI todo dispositivo ou produto de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaça à segurança e à saúde no trabalho. Na administração de medicamento quimioterápico, todos os envolvidos no processo devem usar luvas e aventais descartáveis de baixa permeabilidade, segundo a RDC/ANVISA 220/2004 (BRASIL, 2004).

A NR-9 estabelece a aplicação de normas ou procedimento para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando garantir as condições de proteção, originalmente estabelecidas (BRASIL, 2014). Recomenda-se, ainda, que os aventais sejam de manga longa, com punhos ajustáveis, óculos contra respingos e respiradores na administração de medicamentos com aerossol. Segundo a NR-32, é vedado iniciar qualquer atividade sem o uso de EPI's adequados (BRASIL, 2004).

No que se refere a protocolos que contemplem os possíveis riscos aos profissionais, todos os entrevistados confirmaram a sua existência, porém não souberam especificar; alguns relataram não terem acesso ao documento. Citaram ações preconizadas de acordo com esses protocolos como: avisar o serviço de segurança do trabalho da instituição e lavar a região contaminada com água e sabão. Por meio desta categoria de análise, destacou-se o conhecimento insuficiente dos trabalhadores acerca dos POP's.

Quanto aos protocolos que contemplem cuidados relativos aos pacientes, todos os profissionais confirmaram a existência de protocolos com esta temática, abrangendo cuidados com o extravasamento de quimioterapia vesicante, irritante e derramamentos, porém não souberam especificá-los. No caso da farmácia de manipulação, de acordo com os profissionais farmacêuticos, há também protocolos sobre a lavagem das mãos, limpeza da capela, transporte de quimioterápico, manipulação e contaminação ambiental.

Outra categoria de análise diz respeito ao conhecimento dos profissionais acerca da quimioterapia e seu risco ocupacional. Sobre as drogas vesicantes, todos os profissionais relataram que são drogas que causam reações mais graves do que

as drogas irritantes devido à sua composição química, podendo provocar lesões, muitas vezes profundas e irreversíveis, como a necrose do tecido, além de irritação severa e dor. Já as drogas irritantes causam reações menos intensas como dor, hiperemia e edema.

O relato dos profissionais pode ser confirmado por meio de Adami et al (2001, p. 144), em que diz:

Os quimioterápicos vesicantes são os responsáveis pelas reações mais graves e exuberantes, pois provocam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual quando infiltrados fora do vaso sanguíneo. Os quimioterápicos irritantes, quando extravasados, provocam reação cutânea menos intensa, como dor e queimação, sem necrose tecidual ou formação de vesículas.

Ainda sobre a questão, Adami et al (2001, p. 150) diz que:

Sempre que ocorrer um extravasamento de drogas ou soros durante a administração ao paciente, deve-se adotar algumas medidas especiais: Interromper imediatamente a infusão; Aplicar compressas frias ou quentes, de acordo com as características de cada droga; Avisar a farmácia, para que ela registre devidamente a ocorrência do extravasamento; Terminar de infundir a(s) droga(s) ou a hidratação do paciente através de outro acesso venoso.

As ações preconizadas com o ambiente de exposição são restrição do acesso ao setor e permissão de apenas um acompanhante por paciente, cujo qual não pode ser gestante ou criança.

A higienização diária do setor de quimioterapia é feita da mesma maneira que nos demais setores hospitalares, sendo que uma vez por mês é realizada uma limpeza terminal em todo setor. Quando há derramamento de quimioterápico, a higienizadora tem acesso ao kit derramamento para poder fazer a limpeza do local.

É importante lembrar que o kit de derramamento é composto por avental impermeável, luvas de vinil, máscara de carvão ativado, óculos de proteção, compressas absorventes e produto neutralizador em correspondência da NR-32.

Segundo a NR-32, nas áreas de preparação, armazenamento e administração e, até mesmo transporte, o “kit” de derramamento identificado e disponível deve ser mantido juntamente com a descrição do procedimento de manuseio (BRASIL, 2005).

Após verificar o conhecimento dos profissionais acerca de suas próprias funções, da exposição a drogas quimioterápicas e seu risco ocupacional, coletados

através do questionário, é necessário conhecer a respeito das padronizações do INCA (Instituto Nacional do Câncer), para levantamento teórico-prático dos protocolos utilizados no setor de estudo.

Com a aplicação de um *checklist* dos protocolos nacionais constantes no INCA aos protocolos institucionais e setoriais (farmácia de manipulação e do setor de quimioterapia), foi possível observar o cumprimento parcial dos quesitos de referência nacional.

Os setores pesquisados não possuem POP's referentes às normas de segurança relativas ao manuseio de pacientes em sua integralidade como preconiza o INCA. Porém possuem normas de segurança relativas ao pessoal, em que fala da limitação do número de trabalhadores que manipulam os quimioterápicos, obrigatoriedade do uso de EPI's e demais restrições do setor. Diante disso, observaram-se os protocolos condizentes com os cuidados relativos ao ambiente, encontrados durante a pesquisa e se constatou que estes correspondem aos exigidos pela RDC 220/2004; porém observou-se a falta de incentivo aos profissionais para manuseá-los.

Com relação às competências do empregador frente aos quimioterápicos, foi possível observar uma conformidade com a RDC 220/2004, a qual diz que o empregador deve:

Proibir fumar, comer ou beber, bem como portar adornos ou maquiar-se; afastar das atividades as trabalhadoras gestantes e nutrízes; proibir que os trabalhadores expostos realizem atividades com possibilidade de exposição aos agentes ionizantes [...] (BRASIL, 2004, s/p).

Durante a realização da pesquisa foi possível confirmar a presença e o cumprimento parcial de protocolos do INCA que dizem respeito às exigências do empregador frente aos trabalhadores do setor de quimioterapia e também da farmácia de manipulação. Quanto à farmácia de manipulação, constatou-se que as drogas são preparadas em uma Cabine de Segurança Biológica (CSB) que garante a proteção pessoal e ambiental.

Os profissionais, tanto da farmácia de manipulação, quanto do setor de quimioterapia em si, realizam a lavagem das mãos antes e após o uso das luvas de acordo com a NR-32 que diz que “[...] o uso de luvas não substitui o processo de

lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas” (BRASIL, 2005).

Quanto às normas de segurança relativas à ocorrência de contaminação ambiental e pessoal do INCA (*checklist*), na farmácia de manipulação e setor de quimioterapia, pôde-se confirmar a presença de POP's correspondentes. Todavia, ao questionar os profissionais, destacou-se o conhecimento insuficiente acerca destes POP's, bem como das medidas a serem tomadas em caso de contaminação, principalmente pessoal.

Com base na observação dos setores pesquisados e aplicação do *checklist* baseado nas normas preconizadas pelo INCA, constatou-se que estas não são seguidas em sua totalidade, o que de fato, interfere nos cuidados realizados pelos profissionais, em cada instância de atendimento, frente aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos.

Considerações Finais

Os resultados revelaram que os profissionais entrevistados possuem conhecimentos relativamente insuficientes sobre os riscos a que estão expostos durante a manipulação, administração e descarte de quimioterápicos, bem como dos POP's que abordam esta temática. Desconhecem as normas referentes aos procedimentos a serem realizados em caso de contaminação ambiental e principalmente pessoal e não recebem incentivos para especializações por parte do empregador. Quanto às normas preconizadas para os setores, observou-se o não cumprimento de algumas, ou presença parcial destes documentos dos setores pesquisados. A situação encontrada não afeta o tratamento quimioterápico do paciente, porém pode expor os participantes a riscos ocupacionais.

Sugere-se à instituição hospitalar a realização de educação continuada e permanente, objetivando aprimorar o conhecimento relacionado principalmente ao risco ocupacional, incentivo aos trabalhadores a participarem ativamente da formulação e atualização dos POP's e realização de todos os exames preconizados pelos protocolos nacionais para os funcionários. Ao setor de quimioterapia, sugere-se aos profissionais o uso adequado dos EPI's em prol de prevenção de riscos ocupacionais. Sugere-se, também, buscar conhecer os protocolos do setor no que tange às normas preconizadas.

A partir dos resultados obtidos, observa-se a necessidade de novos estudos relacionados ao risco ocupacional dos quimioterápicos, com o intuito de ampliar o conhecimento e os cuidados dos profissionais acerca desta temática.

Ao realizar esta pesquisa pôde-se acompanhar a rotina de um setor complexo e importante como o setor de quimioterapia, em que a atuação da equipe multiprofissional faz-se primordial para o tratamento e recuperação do paciente; local em que o vínculo entre profissional, paciente e familiar por meio do atendimento humanizado é o primeiro passo para a recuperação do paciente. Neste olhar, viu-se que o enfermeiro e a equipe de enfermagem tornam-se o elo entre o paciente e o tratamento, uma vez que este gera muitas intercorrências e incertezas ao paciente e seu familiar. Por isso, observa-se a importância de os profissionais estarem psíquica e fisicamente bem, sendo que um dos cuidados para tal é evitar os riscos ocupacionais aos quais podem estar submetidos.

Referências

ADAMI, N. P, et al. Extravasamento de Drogas Antineoplásicas Notificação e Cuidados Prestados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n.47, v.2, p.143-51, 2001. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v02/pdf/artigo2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

ANDRADE, C. C. **Farmacêutico em oncologia: interfaces administrativas e clínicas**. 2009. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa9514e7.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2015.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC n.º 220, de 21 de setembro de 2004**: Regulamento Técnico de Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Ação de enfermagem para controle do câncer**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home/resultado_google?siteurl=www2.inca.gov.br%22Fwcm%2Fconnect%enfermagem+para+controle+do+c%C3%A2ncer+1995&sa=Pesquisar>. Acesso em: 01 jun. 2015.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 9.273 a 9.275, 25 abr. 1986. Disponível em:<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3518208/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-25-06-1986>>. Acesso em: 27 out. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego, Brasília, DF. **NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais**. 2014. Disponível em: <[http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20\(atualizada%202014\)%20II.pdf](http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20(atualizada%202014)%20II.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego, Brasília, DF **NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. 2005. Disponível em: <[http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf)>. Acesso em: 13 out. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**: Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Segurança e Medicina do Trabalho. Inspeção do Trabalho e Fiscalização do Trabalho**. 2015. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/lei_cotas_10.asp>. Acesso em: 13 out. 2015.

DELLAMORA, E. C. L.; OLIVEIRA, F. K. V.L. Prevenção da Exposição Ocupacional: Recomendações para a Atenção ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Farmacologia**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 21-25 jan./abr, 2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS_02_art04.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.

GOMES, R.A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 67-80, 2004.

HANG, H. P. et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

MAIA, P.G. BRITO, J. C. Riscos relacionados à exposição de trabalhadores a quimioterápicos antineoplásicos: uma análise crítica da produção científica brasileira. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.1,2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/930> >. Acesso em: 10 out. 2015.

MAURO, M. Y. C., et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v.12, n.45, p. 338, 2004. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a14.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2015.

MOURA, L. L. et al. Avaliação dos Níveis de Risco Ocupacional Associados ao Manejo de Medicamentos Antineoplásicos numa Central de Abastecimento Hospitalar. **XXXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, Salvador, BA, Brasil, 08 a 11 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_180_028_22779.pdf>. Acesso em: 11 out. 2015.

SILVA, L.F.; REIS, P.E.D. Avaliação do Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre Riscos Ocupacionais na Administração de Quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.56, n.3, p. 311-320, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/04_artigo_avaliacao_conhecimento_equipe_enfermagem_riscos_ocupacionais_administracao_quimioterapicos.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

SOARES, O. Práticas do Técnico em Enfermagem no Atendimento ao paciente Oncológico: Tratamento Quimioterápico. **II Jornada de Técnicas de Enfermagem do INCA. Projeto Gráfico: Serviço de Edição e Informação Técnico Científico**, 11 e 12 novembro, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tratamento_quimioterapico_otavio.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

SOARES, S. G. S. C., ALBURQUEQUE, J. O. L. Intervenção do enfermeiro no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 3, p. 29-45, jan. / jul. 2014. Disponível em: <<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/issue/view/30>>. Acesso em: 07 out. 2015.

SOUZA, A. F. et al. **Integralidade: um princípio, uma atitude; relato de experiência multiprofissional em saúde da família**. 2009. Disponível em: <[http://cac-
php.unioeste.br/eventos/saudepublica/comunicacao_oral/integralidade_um_principio_uma_atitude.pdf](http://cac-
php.unioeste.br/eventos/saudepublica/comunicacao_oral/integralidade_um_principio_uma_atitude.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2015.

Dados para contato:

Autor: Dandara da Silva Walter

E-mail: dady_sw@hotmail.com

TAXA DE MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2005 A 2014

Epidemiologia e Políticas de Saúde

Lucas Corrêa Preis¹; Ana Paula Bazo¹; Giseli Orben¹; Kelli Pazeto Della Giustina¹; Greice Lessa¹

¹. Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE;

Resumo: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é definido como uma lesão celular irreversível e considerado um problema de saúde pública. O presente estudo tem por objetivo descrever a taxa da mortalidade por IAM no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os resultados mostraram um total de 22.566 óbitos por IAM no período, correspondendo a uma taxa de mortalidade que variou entre 32,71 (2005) e 41,03 (2011) a cada 100 mil habitantes.

Palavras-chave: Mortalidade. Infarto Agudo do Miocárdio. Epidemiologia.

Introdução

A mortalidade por doenças cardiovasculares representa a principal causa de óbitos em homens e mulheres no mundo, afetando principalmente os países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, nas últimas décadas, observa-se um declínio dessa taxa (BAENA et al., 2012).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam as principais causas de mortes, representando uma alta prevalência e com diversas complicações associadas às doenças isquêmicas do coração ou às doenças cerebrovasculares, impactando na morbidade das populações e acarretando em diversas internações e incidência de óbitos precoces, levando a alteração do perfil epidemiológico de mortalidade (VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

Dentro das doenças isquêmicas do coração, o infarto agudo do miocárdio (IAM) permanece como a primeira causa isolada de óbito mais comum em mulheres e homens, apresentando mortalidade no ano de 1998 de 9,1% e no ano de 2009 de 6,7% (BAENA et al., 2012).

Definido como uma lesão celular irreversível com necrose miocárdica, o IAM atualmente é considerado um problema de saúde pública e sua incidência vem crescendo ao longo dos anos. Dentre os fatores de riscos que contribuem para essa patologia podemos citar: idade avançada, predisposição genética, sexo, dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, fatores psicológicos, menopausa e contraceptivos orais (FERREIRA; FERREIRA, 2012).

A adoção de medidas de promoção e hábitos saudáveis é de suma importância na prevenção das doenças cardiovasculares como um todo. Muitos dos fatores de risco são modificáveis e o controle dos mesmos pode impactar significativamente na incidência de doenças cardiovasculares, que se encontram entre os maiores gastos em internações nos leitos de unidade de terapia intensiva do sistema público de saúde (CUNHA et al., 2016).

O Ministério da Saúde vem priorizando nos últimos anos as ações de prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares, como a Política Nacional de Promoção da Saúde. Sobretudo, as doenças circulatórias ainda se apresentam como um desafio para as políticas públicas de saúde, havendo a necessidade de executar ainda mais medidas de promoção, além de identificar os grupos de risco com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade por estes agravos (CECCON et al., 2013).

Neste cenário, originou-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: qual a taxa da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2014? Assim, o presente estudo tem por objetivo descrever a taxa da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2014.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Teve como finalidade principal apresentar as taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina, no período de 2005 a 2014.

A população foi constituída por todos os óbitos decorrentes de infarto agudo do miocárdio e de residentes no Estado de Santa Catarina, ocorridos no período de 2005 a 2014.

Os dados foram coletados através do sistema informatizado TABNET, no item “Estatísticas Vitais” (BRASIL, 2016a), entre os meses de maio e junho de 2016 relativos às seguintes variáveis: ano do óbito, sexo e faixa etária, os quais foram distribuídos da seguinte forma: ano e sexo: masculino e feminino, bem como, por ano e faixas etárias: menor de 20 anos; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80 anos e mais.

A obtenção da taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado e período analisados foi obtida através da razão entre o número de óbitos ocorridos decorrentes de infarto agudo do miocárdio e a população estimada para o Estado de Santa Catarina em cada ano estudado, sendo apresentados por 100 mil habitantes.

Os dados populacionais foram referentes aos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1980, 1991, 2000 e 2010, bem como de projeções intercensitárias (1981 a 2012). Os dados relacionados aos anos faltantes foram oriundos da projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade (2000-2030). Ressalta-se que, estes dados populacionais para a execução dos cálculos das taxas de mortalidade foram obtidos a partir do DATASUS, no item que descreve informações “Demográficas e Socioeconômicas” (BRASIL, 2016b).

Destaca-se ainda que todos os dados coletados para a execução da pesquisa são de domínio público, com acesso irrestrito e disponível pela rede mundial de computadores, descartando-se assim, todas as considerações éticas de pesquisas que envolvem seres humanos, uma vez que se trabalha com dados já tratados e que não possibilitam a identificação da identidade de qualquer pessoa.

Resultados e Discussão

A partir da coleta de dados, chegou-se a 337.238 óbitos no período de 2005 a 2014 no Estado de Santa Catarina, sendo 194.302 (57,62%) do sexo masculino e 142.813 (42,35%) do sexo feminino. Do total, 123 (0,04%) foram declarados como ignorados no sistema de informações, com relação ao sexo.

Do total de óbitos no período estudado, 96.641 (28,66%) foram classificados como causas decorrentes de doenças do aparelho circulatório, sendo 22.566

(23,35%) decorrentes de infarto agudo do miocárdio (IAM) conforme código “I21” do CID-10. Do total de mortes por IAM, 13.904 (61,61%) foram do sexo masculino, 8.657 (38,36%) do sexo feminino e 05 (0,02%) tiveram a informação ignorada no sistema de coleta de dados.

Estudo realizado na cidade de Pedralva, no Estado de Minas Gerais, em que se objetivou analisar os principais fatores de risco para mortalidade por doenças cardiovasculares entre os anos de 1999 a 2008, os resultados mostraram que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 23,2% do total de óbitos no período, mostrando-se aproximadamente semelhantes com os achados do presente estudo. No mesmo estudo, os dados ainda apresentam semelhança quando se trata do sexo masculino com a maior incidência de morte, representando 53,9% dos óbitos da população do sexo masculino e 46,1% da população do sexo feminino (FERREIRA; FERREIRA, 2012).

Já no estudo desenvolvido por Bassanesi; Azambuja e Achutti (2008) na cidade de Porto Alegre - RS, observou-se uma frequência maior de mortes por IAM, uma vez que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 22,8% das mortes, sendo 40% decorrentes de IAM.

Dados semelhantes à pesquisa citada no parágrafo anterior foram observados na cidade de São Jose do Rio Preto – SP, os quais mostraram que a mortalidade por infarto agudo do miocárdio no período de 1980 e 2002 foi responsável por 47,4% do total de óbitos, e que, a mortalidade por acidente vascular cerebral foi responsável por 52,6% das mortes (GODOY et al. 2007).

No presente estudo, além dos valores brutos de mortalidade, foram calculadas também, as taxas de mortalidade. Dessa forma, os quadros 1, 2, 3 e 4, assim como os gráficos 1, 2, 3 e 4, apresentam detalhadamente as taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio entre o período de 2005 a 2014 no Estado de Santa Catarina.

O quadro 1 apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio levando em conta a variável sexo.

Quadro 1 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina, por sexo, no período de 2005-2014.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
2005	40,35	25,12	32,71
2006	41,41	25,60	33,48
2007	42,60	25,63	34,08
2008	43,48	25,78	34,62
2009	44,80	27,96	36,33
2010	44,70	30,30	37,44
2011	51,27	30,94	41,03
2012	47,55	28,41	37,91
2013	45,30	28,72	37,05
2014	45,62	27,49	36,58

Fonte: DATASUS (2016).

Analisando-se os dados do quadro 1, percebe-se que a taxa de mortalidade da população do sexo masculino é superior à taxa de mortalidade do sexo feminino, sendo que para o sexo masculino, a taxa variou de 40,35 (2005) a 51,27 (2011). Verifica-se ainda, uma progressiva elevação da taxa de mortalidade entre o período de 2005 a 2009, apresentando algumas oscilações nos anos seguintes. Em relação ao sexo feminino, a taxa de mortalidade variou de 25,12 (2005) a 30,94 (2011) a cada 100 mil mulheres.

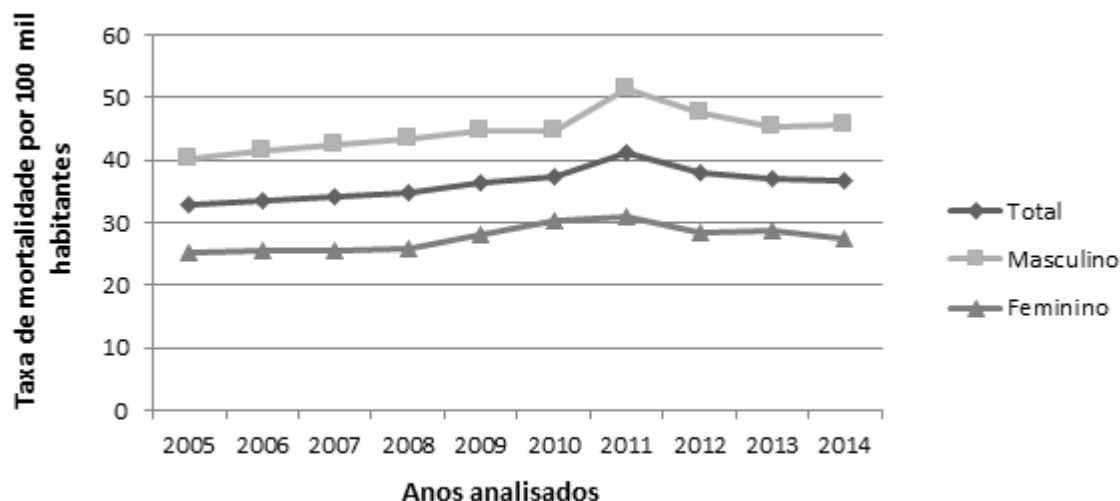
No total do período analisado, foi encontrada uma taxa de mortalidade que variou entre 32,71 (2005) e 41,03 (2011) a cada 100 mil habitantes. Percebe-se que as taxas foram aumentando conforme os anos analisados até o ano de 2011, apresentando a partir de então, dados declinantes.

Em estudo conduzido por Melo; Carvalho e Travassos (2006), os resultados mostraram que especificamente para o Município do Rio de Janeiro, a taxa bruta da mortalidade por infarto agudo do miocárdio para o ano de 2000 foi de 62,4 para cada 100 mil habitantes, mostrando-se um índice expressivamente mais alto que os valores encontrados para o Estado de Santa Catarina. O mesmo estudo, ainda apresenta as taxas de mortalidade de cada sexo (masculino e feminino), apresentando respectivamente, 75,8 e 50,7 a cada 100 mil habitantes, mostrando-se também com dados mais elevados do que os encontrados no presente estudo.

Tratando-se das causas de morte por doenças cardiovasculares como um todo, nos estados de Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro, o estudo de Oliveira; Silva e Klein (2005) apresentou que no período de 1990 a 1999 as taxas de

mortalidade nesses estados foram, respectivamente, 988,7, 956,2 e 1.157,2 a cada 100 mil habitantes.

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina, por sexo, nos anos de 2005 e 2014.



Fonte: DATASUS (2016).

O gráfico 1 apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina, por meio da variável sexo. Pode-se observar o aumento das linhas tanto do sexo masculino, como do sexo feminino, entre os anos de 2010 e 2011, que se mantiveram declinantes nos demais anos avaliados.

O quadro 2 apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio da população do sexo masculino levando em conta a variável faixa etária, no período de 2005 a 2014.

Quadro 2 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina da população do sexo masculino, por faixa etária, no período de 2005-2014.

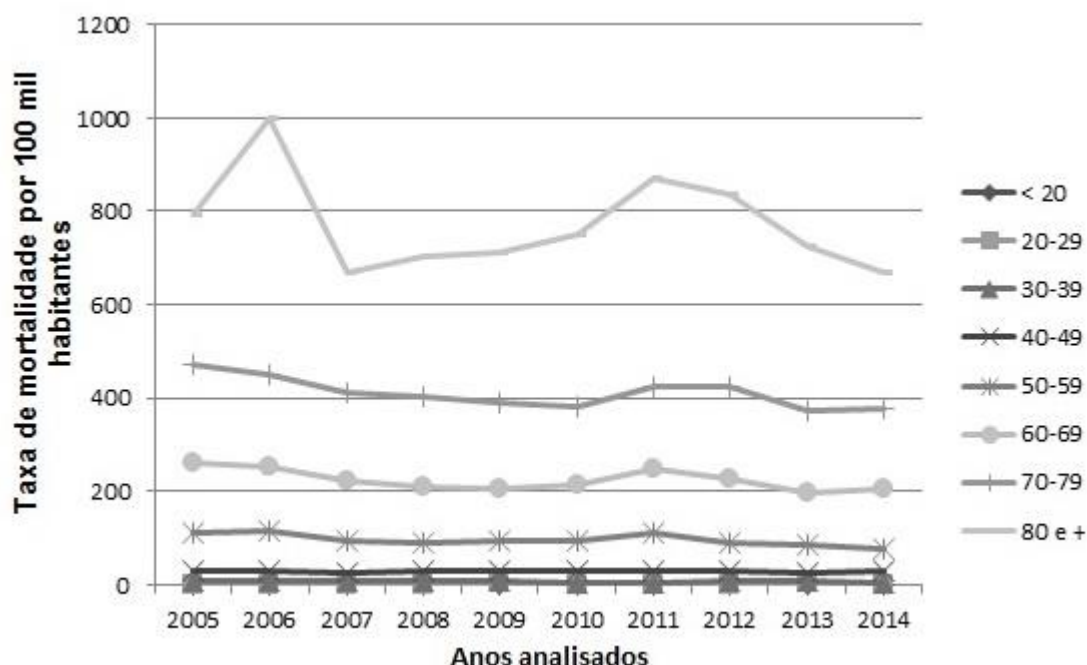
Ano	Faixa etária								Total
	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	
2005	0,08	1,37	5,81	31,35	111,17	260,57	470,33	791,61	40,35
2006	0,25	1,35	6,33	30,60	115,85	254,66	451,42	998,73	41,41
2007	0,29	1,27	7,78	25,77	95,14	221,63	409,66	667,55	42,60
2008	0,10	1,45	6,29	29,97	88,61	210,28	404,03	703,52	43,48
2009	0,20	1,61	6,63	29,97	92,89	204,98	389,45	713,14	44,80
2010	0,10	0,52	4,48	29,10	92,49	213,54	379,45	750,36	44,70
2011	-	0,86	5,64	31,01	109,57	248,17	422,32	869,82	51,27
2012	0,10	1,36	6,17	28,28	90,60	226,19	425,21	835,28	47,55
2013	0,19	1,98	6,19	26,75	85,98	197,72	373,07	725,38	45,30
2014	0,19	1,15	4,92	28,74	77,47	203,59	379,20	669,99	45,62

Fonte: DATASUS (2016).

Analisando os dados do quadro 2, percebe-se que a maior taxa de mortalidade da população do sexo masculino se dá a partir dos 50 anos de idade, apresentando uma taxa em sua maioria superior aos 80 óbitos por 100 mil habitantes. Dentre todos os anos e faixas etárias analisadas, a maior taxa foi encontrada no ano de 2006 na população com idade superior aos 80 anos de idade, em que a taxa encontrada foi de 998,73 mortes a cada 100 mil homens.

O gráfico 2, apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio da população do sexo masculino, por faixa etária.

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina da população do sexo masculino, por faixa etária, nos anos de 2005 e 2014.



Fonte: DATASUS (2016).

Com base nos dados apresentados no gráfico 2, percebe-se dois grandes picos entre os anos e faixas etárias analisadas. As mais evidentes estão relacionadas com a população que possui idade de 80 anos ou mais, em que entre os anos de 2005 e 2006 e 2010 e 2011 apresentaram elevações nas taxas de mortalidades que se mantiveram decrescentes nos anos seguintes.

No quadro 3, apresenta-se a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio da população do sexo feminino levando em conta a variável faixa etária, no período de 2005 a 2014.

Quadro 3 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina da população do sexo feminino, por faixa etária, no período de 2005-2014.

Ano	Faixa etária								Total
	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	
2005	0,09	-	2,25	11,67	52,42	103,05	243,72	702,55	25,12
2006	-	0,77	2,01	13,36	36,46	111,80	297,25	660,59	25,60
2007	0,10	0,55	3,21	12,19	36,53	92,47	224,32	483,24	25,63
2008	-	0,18	1,93	12,76	28,52	82,77	233,18	512,83	25,78
2009	-	-	1,91	15,24	35,13	87,39	212,49	559,42	27,96
2010	-	0,71	2,44	11,32	43,46	96,24	251,29	525,30	30,30
2011	-	0,17	2,81	12,70	37,18	91,79	241,58	636,60	30,94
2012	0,10	0,35	2,38	11,93	29,90	96,76	225,96	551,68	28,41
2013	-	-	3,49	13,40	32,80	83,47	200,43	526,95	28,72
2014	-	0,34	3,22	9,25	26,54	82,45	193,77	497,81	27,49

Fonte: DATASUS (2016).

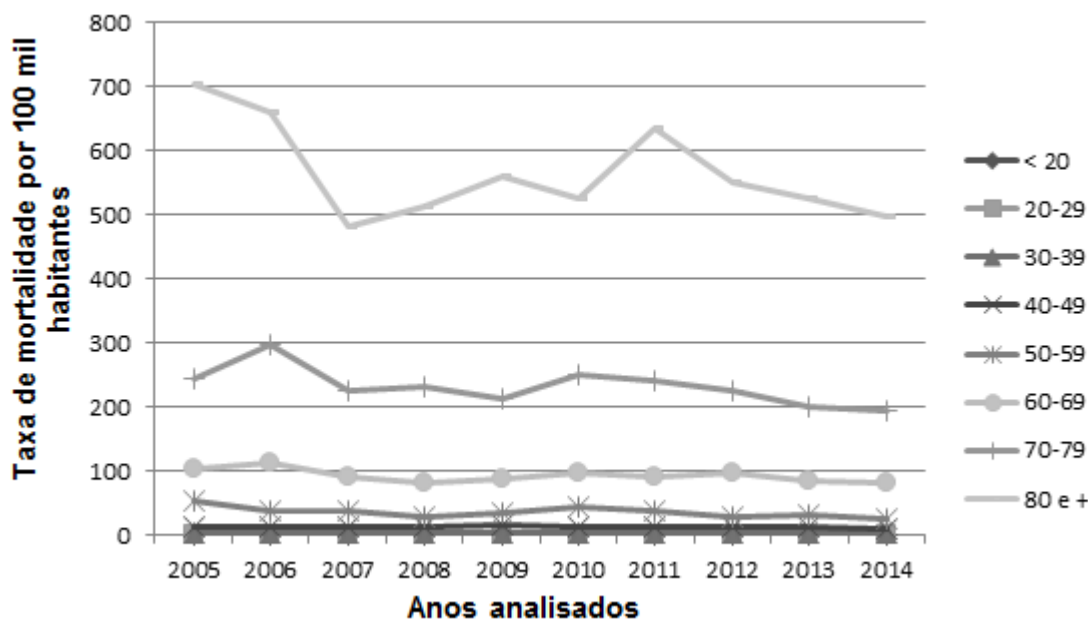
Com base nos dados do quadro 3, percebe-se que a maior taxa de mortalidade da população do sexo feminino se dá a partir dos 60 anos de idade, apresentando taxas superiores aos 80 óbitos por 100 mil habitantes. Dentre todos os anos e faixas etárias analisadas, a maior taxa de mortalidade também foi encontrada no ano de 2006, na população com idade superior aos 80 anos de idade, em que a taxa encontrada foi de 660,59 óbitos a cada 100 mil mulheres.

Analisando-se comparativamente os quadros 2 e 3, por ano as faixas etárias: 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos e mais, as maiores taxas de mortalidade foram, respectivamente, 31,35 (2005) e 15,24 (2009), 115,85 (2006) e 52,42 (2005), 260,57 (2005) e 111,80 (2006), 470,33 (2005) e 297,25 (2006) e 998,73 (2006) e 702,55 (2005). A faixa etária inferior aos 20 anos, entre os 20 e 29 anos e dos 30 aos 39 anos, representaram as menores taxas de mortalidade por infarto a cada 100 mil homens/mulheres, as quais respectivamente apresentaram: 0,08 (2005) e 0,09 (2005), 0,52 (2010) e 0,17 (2011) e 4,48 (2010) e 1,91 (2009).

Além disso, comparando as taxas de mortalidade apresentadas nos quadros 2 e 3, percebe-se um maior número de ausências de casos de óbitos da população do sexo feminino nos faixas etárias inferiores aos 20 anos e entre 20 e 29 anos de idade, bem como, o crescimento progressivo das taxas de mortalidade conforme o aumento da faixa etária da população, tanto da população do sexo feminino, como da população masculina.

O gráfico 3 apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio da população do sexo feminino por faixa etária.

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina da população do sexo feminino, por faixa etária, nos anos de 2005 e 2014.



Fonte: DATASUS (2016).

Com base no gráfico 3, percebe-se uma expressiva redução das taxas de mortalidade entre os anos de 2005 e 2007 da população do sexo feminino com idade igual ou superior aos 80 anos de idade. Além disso, percebe-se um aumento nos anos seguintes, com queda entre 2009 e 2010, seguido de um novo aumento entre o ano de 2010 e 2011, permanecendo com valores decrescentes de óbitos nos anos seguintes.

Em relação à população do sexo feminino com idade entre 70 e 79 anos, percebem-se dois picos mais expressivos por meio da análise do gráfico, um entre o ano de 2005 e 2006 e outro entre o ano de 2009 e 2010. Os demais anos analisados sofreram pequenas oscilações e que permaneceram com valores decrescentes.

O quadro 4 apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio da população do sexo masculino e feminino levando em conta a variável faixa etária, no período de 2005 a 2014.

Quadro 4 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina, por faixa etária, no período de 2005-2014.

Ano	Faixa etária								Total
	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	
2005	0,08	0,69	4,02	21,45	81,30	177,08	342,82	736,77	32,71
2006	0,13	1,06	4,16	21,92	75,48	178,92	364,65	790,45	33,48
2007	0,19	0,91	5,48	18,89	65,27	153,62	304,95	556,73	34,08
2008	0,05	0,82	4,10	21,25	57,98	143,55	308,24	588,82	34,62
2009	0,10	0,81	4,26	22,50	63,43	143,22	289,77	619,57	36,33
2010	0,05	0,61	3,46	20,09	67,34	151,77	307,14	608,14	37,44
2011	-	0,52	4,22	21,73	72,44	165,81	320,32	722,44	41,03
2012	0,10	0,86	4,28	19,99	59,46	158,03	312,77	656,04	37,91
2013	0,10	1,01	4,86	20,11	59,10	137,90	275,85	601,57	37,05
2014	0,10	0,76	4,09	19,05	51,73	140,26	275,04	561,58	36,58

Fonte: DATASUS (2016).

Observa-se que as taxas de mortalidade aumentaram progressivamente com o aumento da idade da população, sendo as maiores taxas de mortalidade encontrada na faixa etária de 80 anos ou mais. Analisando-se, por ano, as faixas etárias: 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos e mais, as maiores taxas de mortalidade foram, respectivamente, 22,50 (2009), 81,30 (2005), 178,92 (2006), 364,65 (2006) e 790,45 (2006). A faixa etária inferior aos 20 anos, entre os 20 e 29 anos e dos 30 aos 39 anos, representaram as menores taxas de mortalidade por infarto a cada 100 mil habitantes, as quais variaram respectivamente entre: 0,5 (2008 e 2010) e 0,19 (2007), 0,52 (2011) e 1,06 (2006) e entre 3,46 (2010) e 5,48 (2007).

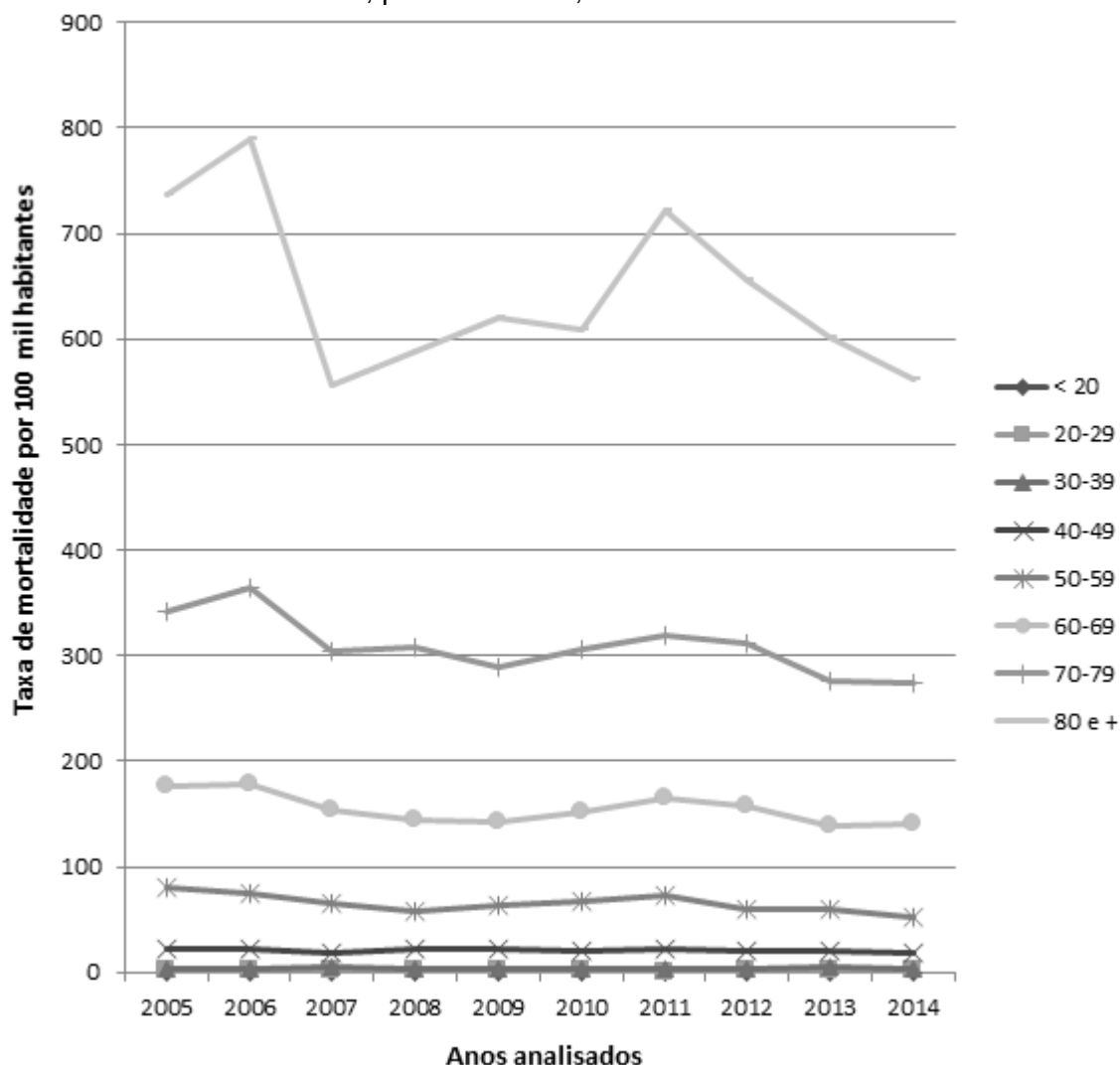
Um estudo cujo objetivo era avaliar a evolução da taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no período de 1998 a 2009 na cidade de Curitiba, apresentou que no período pesquisado, a quantidade de óbitos por infarto agudo do miocárdio apresentou um decréscimo em todas as faixas etárias, sendo que, a população jovem com idade entre 20 e 49 anos apresentou a redução com número mais significativo, uma redução total de aproximadamente 7% ao ano. A população idosa (80 anos ou mais), também apresentou uma redução do número de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, porém, com valores menos significativos, representado um decréscimo de 4,3% ao ano (BAENA et al., 2012).

Jesus, Campelo e Silva (2013), encontraram em seus estudos cujo objetivo era analisar os casos de infarto agudo do miocárdio dos pacientes atendidos pelo Hospital de Urgência de Teresina-PI, um aumento da mortalidade considerável com o aumento da idade da população. O aumento foi de 13,5% em pacientes com até 60 anos para 30,8% na população com idade superior aos 60 anos de idade.

Este aumento expressivo é explicado em função da população com maior idade apresentar um índice maior de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial, e, além disso, possuírem com maior frequência, casos de infarto prévio, angina, doenças vasculares periféricas, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e entre outras (GALON et al., 2010).

O gráfico 4 apresenta a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina levando em conta a viável faixa etária.

Gráfico 4 - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por infarto agudo do miocárdio (I21) no Estado de Santa Catarina, por faixa etária, nos anos de 2005 e 2014.



Fonte: DATASUS (2016).

Percebe-se para maioria das faixas etárias uma leve oscilação das taxas de mortalidade entre os anos estudados, com poucas variações. Excetuando-se a faixa etária de 80 anos ou mais, em que se observa dois picos de mortalidade entre os anos

de 2005 e 2006 e entre 2010 e 2011. Outra oscilação significativa foi verificada para população com idade entre 70-79 anos, a qual apresentou um pico na taxa de mortalidade entre os anos de 2005 e 2006.

Considerações Finais

Sob base em dados estatísticos, o presente estudo tratou de descrever a taxa da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2014. Em suma, os dados apontaram para um aumento progressivo das taxas de mortalidade com o aumento da idade da população, sendo maior a partir de 80 anos, explicado pelo aumento de comorbidades compatíveis com a senilidade. Porém apesar de ainda encontrar-se elevada, a taxa de mortalidade vem diminuindo ao longo dos anos, na maioria das faixas etárias.

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com alguns estudos semelhantes ocorridos em outros estados, no que tange à taxa de mortalidade, faixa etária e sexo. Para maior possibilidade desta afirmação, seriam importantes novos estudos estaduais e até por regiões do Brasil, para elucidar efetivamente esta realidade brasileira e promover ações de melhorias sobre a situação cardiovascular por região.

Precisa-se destacar essa diminuição da taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio ao longo dos anos em Santa Catarina. Pode-se atribuir às melhorias ocorridas na saúde, através da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ações de prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares. E também não se pode descartar a possibilidade de melhorias na busca por esta prevenção e na qualidade de vida por parte da própria população, ainda que se necessite de estudos efetivos para tal afirmação.

Ainda assim, os dados deste estudo ainda apontam altos índices de mortalidade, o que demonstra que as melhorias nas políticas públicas nacionais devem continuar e se tornarem cada vez mais efetivas.

Não se pode deixar de atentar para a importância e necessidade da alimentação correta dos dados epidemiológicos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – bem como os de quaisquer outros dados estatísticos que possam ser utilizados para fins de estudos – para maior credibilidade e efetividade de uso dos mesmos para estudos desta ordem.

Assim, este estudo contribuiu grandemente para esclarecer a situação da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Estado de Santa Catarina no referido período; mas, novamente, sugerem-se estudos semelhantes em continuidade a essas investigações. A necessidade é tamanha em se tratando de um quadro de doenças com alta mortalidade, com alta prevalência, com diversas complicações (principalmente as isquêmicas), com alto impacto social e até mesmo financeiro atualmente.

Ainda que as doenças cardiovasculares se apresentem como um desafio para as políticas públicas de saúde, é preciso valorizar as melhorias já ocorridas e vislumbrar as novas, a fim de promover ações mais efetivas para esse grupo de risco e potenciais grupos de risco.

Referências

BAENA, C. P. et al. Tendência de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em Curitiba (PR) no Período de 1998 a 2009. **Arq Bras Cardiol**, v. 98, n. 3, p. 211-217, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde (TABNET). 2016a. **Estatísticas vitais**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em 04 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde, Informações de saúde (TABNET). 2016b. **Demográficas e socioeconômicas**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em 04 jul. 2016.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.

CECCON, R. F. et al. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.5, p.1411-1416, 2013.

CUNHA, E. F. D. et al. Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 14, n. 1, p. 18-21, jan./mar, 2016.

FERREIRA, A. I. S.; FERREIRA, G. Prevalência de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares em uma Cidade do Sul de Minas Gerais nos Anos de 1999 a 2008. **Revista Ciências em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 01-10, 2012.

GALON, M. A. et al. Perfil clínico-angiográfico na Doença Arterial Coronariana: desfecho hospitalar com ênfase nos muito idosos. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 4, p. 422-429, 2010.

GODOY, M. F. et al. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Níveis Socioeconômicos na População de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 2, p. 200-206, 2007.

JESUS, A. V.; CAMPELO, V.; SILVA, M. J. S. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. **Rev. Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 25-33, 2013.

MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1225-1236, 2006.

OLIVEIRA, G. M. M.; SILVA, N. A. S.; KLEIN, C. H. Mortalidade Compensada por Doenças Cardiovasculares no Período de 1980 a 1999 - Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 5, p. 305-313, 2005.

VILLELA, L. C. M.; GOMES, F. E.; MELÉNDEZ, J. G. V. Tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares, isquêmicas do coração e cerebrovasculares. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 9, p.3134-41, set., 2014.

Dados para contato:

Autor: Lucas Corrêa Preis

E-mail: lucaspreis@yahoo.com

TRANSEXUALIDADE: UM OLHAR SOBRE SUAS DEFINIÇÕES E A VIOLÊNCIA

Educação e Promoção de Saúde

Aline Kemper¹; Gabriela Vidal¹; Lucas Silva¹; Miriam Fialho¹

¹ Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE

Resumo: Partindo de um projeto integrador de turmas de Psicologia, o documento aqui descrito tem por finalidade relatar e informar de maneira sucinta sobre violência transfóbica, explicando alguns conceitos sobre gênero, que ainda se encontram um pouco confusos no contexto atual da sociedade e atentando para a injustiça social, que são as agressões violentas ou discriminações sofridas por pessoas que apenas querem ter sua identificação própria disseminada em seus corpos, a intenção maior desse artigo é trazer uma discussão de um tema que mesmo emergente em nossa realidade social, tende a ficar camuflado para evitar conflito.

Palavras-chave: Violência transfóbica. Transição. Gênero. Transexualidade.

Introdução:

Buscando como referencial a história da humanidade vemos que o diferente sempre foi algo a se evitar, temer ou lutar contra, o desenvolvimento cultural de cada região fez com que diferentes pontos de vista do que é ser *normal* acabassem por se desenvolver e quando questões como gênero, sexo biológico e sexualidade são levantadas essas diferenças de entendimento cultural acabam por ficar ainda mais evidentes, o ponto máximo da negação das diversidades é a violência, que bloqueia a liberdade de expressão das pessoas com atentados físicos ou agressões de cunho moral.

Com um enfoque maior da realidade brasileira, quando falamos de desenvolvimento de gênero e enfoque da sexualidade, podemos notar o quão machista os ares do país são, a tendência a discriminação e até a violência são enormes, em um país onde até no mercado de trabalho é o sexo biológico que define o salário, infelizmente a realidade para pessoas transgênero que fogem do padrão de sexo binário não é das melhores, violência e exclusão social ainda agem fortemente e em um contexto ainda mais defasado o mercado de trabalho acaba por afunilar as oportunidades dessas pessoas.

Quando falamos de gênero podemos notar que se trata de um tema vasto e é possível se confundir com facilidade em meio a suas variantes e ramificações.

Gênero

Dantas define que transexual não é a pessoa, é uma experiência, onde indivíduos ultrapassam a fronteira da heteronormatividade, padrão de sexualidade que organiza a sociedade (DANTAS M.H. 2014). Para então compreender melhor as questões de transexualidade e gênero é interessante explicar, de uma maneira didática, alguns tópicos que ainda confundem as pessoas nesses aspectos.

Sexo é a classificação biológica caracterizada pelas características físicas do indivíduo, como os cromossomos e os órgãos genitais.

Sexualidade representa o conjunto de comportamentos que concernem à satisfação da necessidade e do desejo sexual. Pessoas transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais .

Gênero é um constructo psicossocial, é como a pessoa se identifica perante o mundo, como ela se sente na sociedade, não necessariamente está ligado ao sexo biológico, em seus extremos estão o masculino e o feminino, porém existe toda uma gama de variações multifacetadas entre os dois (LOURO, 2010).

Trângeneros pessoas de um grupo diversificado, que em graus diferentes, não se identificam com os comportamentos ou ações esperadas do gênero atribuído a elas por seu sexo biológico.

Cisgêneros pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quanto ao seu sexo biológico.

Travestis são indivíduos que vivenciam papéis de um gênero diferente do identificado com os seu sexo de nascimento, podem ser homens que se vestem e agem como mulheres ou vice-versa.

Transexuais buscam pela identificação com o sexo oposto através de modificações corporais, tratamentos hormonais e por fim sentem a necessidade de uma readequação genital para mudar seu sexo.

Drag Queens/Kings não são expressões de gênero e sim expressões puramente artísticas, englobam pessoas de diferentes gêneros, sexos e orientações sexuais, atores que optam por representar um personagem. (CHIDIAC, OLTRAMARI, 2004)

Minha definição de gênero tem duas partes e várias sub-partes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (SCOTT, J. 1986).

Para entendermos toda essa situação de transformação da sexualidade e compreender como isso afeta a realidade de um indivíduo que faça a cirurgia de redesignação sexual, precisamos nos voltar ao contexto histórico social, onde o patriarcado se faz extremo. *Ser homem* é vantajoso, tanto em contexto familiar, quanto no mercado de trabalho e na vivência das ruas. O homem comprovadamente ganha mais em seu trabalho, não necessita se *dar ao respeito* quando for se vestir pra ir as ruas e geralmente os homens são quem tem a última palavra em discussões familiares, por serem os líderes *do* hall familiar. O modelo patriarcal de família continua sendo utilizado como padrão em modelagem de criação sócio familiar e é ainda o que normatiza um *lar ideal* para muitas pessoas (NARVAZ, KOLLER, 2006)

Cabe destacar que o patriarcado não designa o poder do pai, mas o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: 1) as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e, 2) os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos. A supremacia masculina ditada pelos valores do patriarcado atribuiu um maior valor às atividades masculinas em detrimento das atividades femininas; legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia femininas; e, estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas (MILLET, 1970; SCOTT, 1995).

Embora a diferença salarial entre homens e mulheres tenha diminuído 12,1 pontos percentuais entre 1990 e 2014, as mulheres recebem, em média, apenas 83,9 unidades monetárias por 100 unidades monetárias recebidas pelos homens, de acordo com a CEPAL. Se a remuneração recebida por ambos os sexos por anos de

estudo são comparadas, observa-se que elas podem ganhar até 25,6% menos do que seus colegas do sexo masculino em condições semelhantes, disse que o instituto (O Globo, 2014).

Agora foque em uma pessoa que não possui identificação com o seu corpo e que junto com essa problemática precisa enfrentar uma padronização social do que é ser considerado ideal quanto a sua identidade sexual, além de toda problematização psicológica que a *disforia de gênero*³ já traz consigo, agora é necessário o enfrentamento de conceitos e ajustes sociais impostos ao indivíduo. Uma mulher transexual é vista como alguém que escolheu deixar de lado sua representatividade masculina e se tornar um ser enfraquecido socialmente, um homem transexual por sua vez seria sempre um homem incompleto, não podendo desfrutar do empoderamento social que esta masculinidade adquirida o concede.

Outro fator disseminante da intolerância quanto as diferentes expressões de gênero são as instituições que pregam discursos de ódio, referenciando suas crenças para a sociedade a fim de criar certas padronizações de indivíduos perfeitos, com intuito ou não, estes discursos acabam por influenciar pensamentos e comportamentos, gerando assim maior agressividade quanto ao *diferente*.

A partir da socialização em ambientes religiosos em que o discurso não apenas patologia, mas demoniza a homossexualidade, esses sujeitos desenvolvem conflitos interiores diversos com variados graus de gravidade, ensejando desde conflitos familiares e congregacionais até tentativas de suicídio. Dando intendem que constroem a impossibilidade de se relacionar com Deus, com a família de origem e com as pessoas por quem possuem desejos de ordem afetiva e sexual. (NOLETO, 2016).

Quanto a agressões ofensivas, pode-se mencionar o negar o acesso a um banheiro condizente com a identificação de gênero da pessoa, que muitas vezes precisa utilizar um banheiro masculino, por exemplo, sendo uma mulher, porque a sociedade a vê como um homem. Neste mesmo sentido, está o encaminhamento a presídios, onde também há a questão de ter que frequentar um presídio de gênero oposto ao do indivíduo (BARBOSA; SILVA, 2015).

³De acordo com o DSM V, a Disforia de gênero é caracterizada como: uma incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Além das agressões desse tipo, em nosso país as agressões físicas são ainda mais assustadoras, há relatos de pessoas trans., que sofreram agressões físicas de vários tipos, que declaram que esse medo da violência as faz ter medo de sair na rua, de exercer a liberdade de ir e vir (FREITAS et al., 2015).

Procedimentos Metodológicos

O tipo de pesquisa utilizado foi a pesquisa qualitativa, que neste caso busca analisar a complexidade do problema, possibilitando o entendimento de uma situação. A pesquisa também caracteriza-se como exploratória, pois tem como principal finalidade desenvolver e esclarecer ideias e conceitos, buscando a formulação de problemas mais precisos e hipóteses a serem estudadas em pesquisas posteriores (GIL, 2008).

Para o desenvolvimento do presente trabalho, definimos como orientação a pesquisa documental, que vale-se de materiais que como documentos oficiais, reportagens de jornal, relatórios de pesquisas, entre outros documentos. Também se utilizou de uma pesquisa bibliográfica, que trata-se de uma pesquisa feita com material já elaborado, constituído em geral de livros e artigos científicos (GIL, 2008).

Os materiais para elaboração foram pesquisados na Rede Mundial de internet, em sua maioria na base Scielo e Pubmed. Foram utilizadas as seguintes combinações de palavras chaves, primeiramente “transexualidade” e “violência”, porém estas resultaram em pouquíssimo material. Buscou-se então por “violência” e “sexualidade”. Estas resultaram em um maior número de artigos, onde analisou-se os resumos dos resultados coletando os artigos que tinham relação com a transexualidade no contexto da violência.

Além disso, foram utilizadas também algumas reportagens e matérias de jornais e revistas acerca do tema. Estes materiais foram obtidos em sites de notícias. Todos os materiais referenciados são de livre acesso a todos os interessados de forma gratuita.

Resultados e Discussão

Suspeitamos que reações agressivas e/ou violentas frente a transexualidade podem estar relacionadas ao não entendimento de que o processo de transexualidade é algo que vai além das limitações que o gênero binário impõe. É notável que no contexto social o diferente das normas hegemônicas é desqualificado e as pessoas

acabam por quere eliminar o “incômodo” que o *diferente* lhes causa, levando assim às agressões e diferentes violências para com as pessoas transgênero.

De acordo com Marieta Cazarré⁴ – Repórter da Agência Brasil, o Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo. Entre janeiro de 2008 e março de 2014, foram registradas 604 mortes no país, segundo pesquisa da organização não governamental (ONG) Transgender Europe (TGEU), rede europeia de organizações que apoiam os direitos da população transgênero.

Dados do Portal Brasil apontam que o estado do Mato Grosso, se destacou como o que recebeu o maior número de denúncias em todo o Brasil no ano de 2012, tendo um aumento de 1.657,14% com relação ao ano anterior. Também foi levado em consideração o perfil entre os agressores e as vítimas no País, nesse caso, constatou-se que, em 71,12% dos casos, os denunciante não conheciam as vítimas anteriormente; em 15,78% dos casos, a própria vítima efetuou a denúncia; e em 5,0% dos casos os denunciante trataram-se de conhecidos das vítimas (vizinhos, filhos, irmãos, companheiros, namorados e amigos).

Se fossem considerados casos de discriminação, violência psicológica e agressão física, o número de violações seria maior que o de denúncias já que uma mesma vítima pode sofrer mais de uma violação. A média de 2012 é de 3,23 violações para cada vítima. (Portal Brasil, 2013)

Embora os números de violência sejam elevados no Brasil, temos o exemplo do Estado do Rio grande do Sul, que em 2012 implantou a Carteira de Nome Social (CNS), este documento pode ser usado dentro do estado para que transexuais não precisem ser chamadas por seus nomes masculinos, tendo uma aparência feminina e vice-versa.

Tendo como base o cadastro de Carteira de Nome Social (CNS), a Secretaria de Segurança Pública do estado realizou um mapeamento sobre a violência sofrida por transexuais e travestis no ano de 2014. Conforme a reportagem divulgada pelo jornal Zero Hora em seu site, as ameaças representam 22% dos crimes que vitimaram a população *trans*. ao longo de toda a vida, seguido de lesões corporais (18,8%), roubos (18,6%) e furtos (17,7%).

Esses dados infelizmente não são 100% confiáveis, pois ao mesmo tempo em que esta identidade dá um pouco de dignidade aos usuários ela também mascara os

⁴Portal Brasil, 2013

números da violência. Muitos travestis chegam às delegacias e necrotérios com seus nomes da carteira social tornando impossível, muitas vezes, que seja feita ligação com o nome civil. Nos meios de comunicação é encontrado mais material sobre violência com travestis e transexuais pelo fato de serem mais suscetíveis à homofobia, pois muitas vezes trabalham prostituindo-se e se deparando com pessoas que os procuram somente para agredi-los. Como mencionado, a identidade tomada como normal seria a identidade masculina, branca, heterossexual, classe média, legítima e não problemática, excluindo assim todas que estão fora deste padrão (LOURO, 2010).

Estudos apontam que as diferenças de gênero e por entender que homens estão saindo de suas posições de heterossexuais dominantes e as mulheres deixando de ser frágeis e dóceis, estes devem ser punidos com o descaso e a eliminação em forma de violência. No Rio Grande do Sul existe a ONG Igualdade-RS, que busca aferir nomes sociais com nomes civis, na tentativa de tornar os números da violência, sob todas as formas, o mais real possível.

Já esta claro que o contexto atual de sociedade, visa uma mudança nos moldes masculino/feminino, mães independentes, famílias formadas por casais homoafetivos, mulheres líderes de seus empreendimentos, a realidade está se alterando procurando equilibrar as destoações que por muito tempo existem no mundo. A passos lentos, o culto do masculino vem sendo minimizado e a igualdade de gênero impulsionada, aí encontramos um importante patamar que vem ao auxílio de quem está em processo de transição sexual, com uma sociedade que não desvalorize as pessoas segundo seu gênero, é muito maior o conforto nos diversos estágios dessa transição.

Quanto aos profissionais das diferentes áreas da Psicologia, que devem prestar o acompanhamento de dois anos à pessoa em processo de transexualização, que conseguiram esse procedimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe estarem cientes do sigilo das informações, da delicadeza das questões de gênero no contexto atual da sociedade, da humanização do processo de transição e enxergar em sua atividade o **bem maior** que estão fazendo, quando ajudam pessoas a se encontrarem sadias ao finalmente poderem se identificar com seus corpos e compreenderem que por maior que seja a cobrança social, nunca houve nada errado em desejar uma mudança física para saciar suas necessidades psíquicas.

Considerações Finais

O processo de aceitação das diferentes maneiras de expressar o gênero ainda é lento, mas tem avançado de maneira satisfatória, em tempos de mídias e redes sociais, as discussões sobre esses assuntos se fazem cada vez mais facilitadas e presentes no dia-a-dia das pessoas, cabe a todos entendermos que respeito é o laço primordial do convívio social. Entender que o processo de transexualidade é mais do que um simples aparato estético se faz necessário ao analisar o tema.

Não devemos nos regradar e delimitar o que é normal ou não, devemos sim entender que o normal é se por diferente, pois cada indivíduo é único em sua maneira de estar no mundo, sendo por idealizações, movimentos ou estruturas corporais, cada pessoa é moldada unicamente para si e não devemos buscar que os outros satisfaçam nossas vontades em suas vidas.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM -5**. 5. ed. Porto Alegre: [s.n.].
- DANTAS M.H. Violência homofóbica: necessária visibilidade e combate, **Revista Includere / Caadis**, 2014.
- BARBOSA, B. R. S. N.; SILVA, L. V. Morte e Exclusão: Crimes Contra a Mulher. **Gênero & Direito**, n. 1, p. 114–136, 2015.
- CHIDIAC, Maria Teresa Vargas; OLTRAMARI, Leandro Castro. Ser e estar drag queen: um estudo sobre a configuração da identidade queer. **Estud. Psicol (Natal)**, v.9, n. 3, p. 471-478, 2004.
- FREITAS, A. L. D. et al. À margem da cidade: trajetórias de invisibilidade e exclusão de travestis em situação de rua. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 214–233, 2015.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 8 ed. Rio de Janeiro: VOZES, 2010.
- MILLET, K. **Sexual politics**. New York: Doubleday & Company, 1970.
- NARVAZ, M. G.; KOLLER S.H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicol. Soc**, Porto Alegre, v.18, n.1, jan./abr. 2006.

NOLETO R.S. Religião e sexualidade: dilemas contemporâneos brasileiros. **Cad. Pagu**, Campinas, n.46, jan./abr. 2016.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v.20, p.71-99, 1995.

SCOTT, J. W. "Gender: a useful category of historical analysis". **The American Historical Review**, v. 91, n.5. dez.1986.

SIROTHEAU M.B.; PINHEIRO M.D.C Transexualidade: a vivência dos sofrimentos da pessoa que reivindica ser aceita pelo gênero que pertence, independente da realização da cirurgia de transgenitalização, **Revista em foco**; v. 2, n. 24, 2015.

Dados para contato:

Autor: Aline Kemper

E-mail: alinekemperfacul@gmail.com

UM ESTUDO SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ACADÊMICOS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO LOCALIZADO AO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Educação e promoção de saúde

**Geison Antunes João¹; Sirli Resin¹; Luciano Corrêa¹; Karla Pickler Cunha¹;
Rodrigo Moraes Krue¹**

¹ Centro Universitário Barriga Verde-UNIBAVE

Resumo: O artigo que ora apresentamos tencionou identificar qual a realidade do consumo de substâncias psicoativas pelos acadêmicos de um Centro Universitário localizado ao Sul do Estado de Santa Catarina. Neste sentido, a pesquisa caracterizou-se de natureza exploratória, com o uso de um questionário fechado, aplicado à amostra de seiscentos e quatro acadêmicos das primeiras e últimas fases dos cursos de graduação da referida Instituição. A partir da análise dos dados coletados, foi possível perceber que a substância mais utilizada pelos estudantes é o álcool, seguida de medicamentos sem prescrição médica e a maconha. Correlacionado ao estudo, identificamos também que, em torno de 23% (vinte e três por cento) dos universitários participantes da pesquisa afirmaram que fazem uso de alguma substância e não veem a universidade como motivo para não utilização.

Palavras-chave: Universidade. Substâncias psicoativas. Estudantes universitários.

Introdução:

O artigo que ora apresentamos foi fruto de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC defendido em defesa pública no ano de 2015, a pesquisa tencionou identificar qual a realidade do consumo de substâncias psicoativas entre acadêmicos de um Centro Universitário localizado ao Sul do Estado de Santa Catarina.

Para isso, partiu-se do pressuposto que essas substâncias agem no Sistema Nervoso Central - SNC, alterando, principalmente, a função cerebral. Essa alteração pode ser proporcionada para fins recreativos ou farmacológicos, e dependendo da forma do uso, muitas das vezes causam dependência física e psicológica. Pesquisas recentes apontam que, na comunidade acadêmica, cresceu substancialmente nos últimos anos o uso de substâncias psicoativas, e os dados apontam ainda que o

consumo por essa parcela da população vem sendo maior do que na população em geral (TOCKUS; GONÇALVES, 2008).

Com base nisso, a problemática pensada constituiu-se em: qual é a realidade do consumo de substâncias psicoativas pelos acadêmicos de um Centro Universitário localizado ao Sul do Estado de Santa Catarina.

Nesse contexto, o objetivo geral deste artigo foi identificar a realidade do consumo de substâncias psicoativas pelos acadêmicos de um Centro Universitário localizado ao Sul do Estado de Santa Catarina este objetivo decore da evidencia empírica, pois inúmeras pesquisas apontam para um aumento do uso de substâncias psicoativas principalmente no universo acadêmico, desta forma esta pesquisa busca elucidar questões acerca do tema.

Objetivou-se também, verificar o perfil dos acadêmicos no que concerne o uso de substâncias psicoativas, identificando quais são as mais utilizadas; observando se, dentre aqueles que admitiram na amostra pesquisada, o uso de alguma substância psicoativa, se veem a universidade como motivo ao não uso de determinada substância.

A pesquisa possibilitou, ainda, identificar e avaliar como se encontra essa problemática no *locus* de investigação. Para tanto, utilizou-se como método de coleta de dados um questionário fechado, aplicado para 604 (seiscentos e quatro) acadêmicos, sendo 337 (trezentos e trinta e sete) das fases iniciais e 267 (duzentos e sessenta e sete) das fases concluintes, totalizando 20% (vinte por cento) dos acadêmicos da referida instituição.

A relevância do presente estudo se justifica pela importância de discussão do tema, isto é, o uso de substâncias psicoativas entre jovens vem se constituindo como preocupação social, uma vez que, denota um espaço tênue entre a experiência e o processo de dependência. As consequências sociais que as drogas acarretam segundo Medeiros *et al* (2013) são sobrecarga emocional e estados de tensão, evidenciados por mudanças comportamentais e questões de ordem financeira, devido ao agravamento da dependência e às frequentes hospitalizações. Ressaltando ainda que, nessa direção, organizações de pesquisa, planificam dados referentes ao tema, buscando identificar aspectos pertinentes para assim, discutir e criar novas políticas públicas que tragam melhorias para a saúde em geral.

Por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, percebemos que, no ano de 2012, o percentual de pessoas

frequentando a educação superior representa quase 30% da população brasileira na faixa etária de 18 a 24 anos, sendo um total de 7.305.977 matrículas (BRASIL, 2013).

O uso de substâncias psicoativas entre universitários é considerado alto, pois o acesso dos jovens às drogas é facilitado de acordo com Tockus e Gonçalves (2008, p. 185), os quais mostram que o consumo aumenta após a inserção na faculdade. Os índices de abuso de álcool e consumo de drogas ilícitas chegam a ser maiores na população universitária do que na população em geral. Ainda conforme os autores, a triagem do uso de substâncias é essencial para as políticas de promoção da saúde. Nesse sentido, para que sejam tomadas medidas preventivas, é essencial o levantamento de dados a respeito do uso de drogas na universidade, pois essas ações somente são eficazes quando fundamentadas na realidade de consumo.

Esta pesquisa se justifica também por meio da Resolução nº. 03 /GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005, que garante a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde. Dessa forma, corrobora com a política definida no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que concerne à inovação da abordagem aos usuários de drogas psicoativas, especialmente na população descrita anteriormente (BRASIL 2010).

Procedimentos Metodológicos

Este estudo caracterizou-se como pesquisa descritiva, as quais, segundo Marconi e Lakatos (2010) são utilizadas com o objetivo de conseguir informações acerca de um problema. O estudo descritivo nesta pesquisa foi efetuado por meio de uma abordagem quantitativa, que também é apresentado por Marconi e Lakatos (2010) como investigações de pesquisa empírica, cuja principal finalidade é o desenvolvimento ou análise das características de fatos e fenômenos e para tal utilizamos como técnica um questionário com perguntas fechadas.

A amostra foi composta por acadêmicos que compõem os 14 cursos de um Centro Universitário localizado ao Sul do Estado de Santa Catarina das fases iniciais e finais, compreendendo 20% do total de alunos da referida instituição. Desta forma, o artigo foi elaborado a partir da análise das respostas do questionário aplicado com 604 acadêmicos, sendo que, 337 foram respondidos por alunos das fases iniciais, que correspondem a 40% desta amostra. Das fases concluintes 267 acadêmicos responderam o questionário, representando 31%.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário fechado, que segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 184) “é constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito, o qual será sistematizado” por meio de planilhas do Excel.

Embora o tema abordado seja bastante difundido na mídia e há uma gama de estudos sobre o tema, atualmente, essa temática ainda é cercada de tabus e preconceito, assim, entende-se que, por respeitar os princípios éticos de sigilo e anonimato em pesquisa, não foi possível fazer uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para compreender essa necessidade pode-se citar um estudo realizado em 1999 “Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina UNESP” pesquisado por Corrêa, em que os pesquisadores utilizaram um questionário de auto resposta anônimo para a pesquisa, ressaltando a importância do sigilo. Desta forma, foi solicitada junto ao Conselho de Ética da instituição, a isenção do TCLE o qual teve o parecer favorável.

Lembrando ainda que, o estudo atendeu aos preceitos éticos, pois foi submetido e aprovado no Conselho de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, com o número CAAE 48435015.6.0000.5598, apresentando, para efeitos de garantia da ética, os seguintes documentos: a) Carta de apresentação do acadêmico estagiário; b) Declaração de Ciência e Concordância das Instituições envolvidas.

Resultados e Discussão

Esta pesquisa foi elaborada visando abordar os acadêmicos que compõem os diversos cursos nas fases iniciais e finais, compreendendo 20% do total da população da instituição selecionada para compor o estudo. Desta forma, o artigo foi elaborado a partir da análise das respostas do questionário aplicado com 604 acadêmicos de um Centro Universitário sendo que 337 foram respondidos por alunos das fases iniciais, que correspondem a 40% desta população. Das fases concluintes, 267 acadêmicos responderam o questionário, representando 31% dos acadêmicos, sendo que, 61% dos respondentes foram do gênero feminino e 39% do masculino.

Na sequência, apresentaremos as análises dos dados obtidos para cada questão.

Perfil dos acadêmicos

Tabela 1 – Perfil dos acadêmicos

Perfis Acadêmicos	Fases Iniciais (337) (2º Fases)	Fases Concluintes (267) (10º e 8º)
Sexo	59% Mulheres	64% Mulheres
Idade	41% Homens 78% 16 a 21	36% Homens 54% 22 a 27
Renda Familiar	45% Entre 02 e 04 salários mínimos	41% Entre 02 e 04 salários mínimos
Trabalham	77.7% Têm outra ocupação	78% Têm outra ocupação
Religião	81.3% Praticam	90.2% Praticam

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Observou-se que o perfil dos entrevistados tanto nas fases iniciais como nas concluintes as mulheres se destacaram, 45% dos entrevistados têm renda familiar de 2 a 4 salários mínimos, destes acadêmicos, 77.7% trabalham durante o dia e são praticantes de alguma crença, com 81,3% nas fases iniciais e 90,2% nas fases concluintes.

Substâncias mais utilizadas

Tabela 2 – Prevalência do uso de substâncias psicoativas por acadêmicos

Substâncias psicoativas	Acadêmicos fases iniciais	Acadêmicos fases concluintes	Levantamento Nacional 2010*
Álcool	65.4%	65.7%	88.2%
Medicação sem prescrição	10.6%	8.4%	38.1%
Maconha	10.7%	5.3%	26.1%
Cigarro	9.2%	5.3%	46,7%
Drogas Sintéticas	6.2%	2.6%	2.2%
Cocaína	2.4%	1.4%	7.7%
Crack	0	0	1,2%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, conforme dados da amostra pesquisada, vêm ao encontro das demais pesquisas feitas em diversas universidades pelo País. O exemplo do levantamento nacional sobre o uso de álcool e outras drogas entre universitários de 2010, em que 88,2% da amostra revelaram ter feito o uso de álcool alguma vez na vida (BRASIL 2010). Sendo este, a substância mais utilizada pelos acadêmicos.

a amostra das fases iniciais, o índice é de 65.4% afirmando fazer uso de álcool. Deste total, 61% relataram fazer uso de álcool nos finais de semana, 35.6% ocasionalmente e 3.2% relataram o consumo diário. Entre os acadêmicos concluintes não há diferença significativa no percentual de consumo de álcool, pois 65.7% dos entrevistados afirmaram fazer uso. A ingestão de álcool é feita nos finais de semana por 54.3% dos entrevistados, 44.6% ocasionalmente e 1.1% diariamente.

Vale ressaltar, de acordo com dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga, que o álcool é uma substância psicoativa depressora do organismo e tem como principais efeitos, dependendo da dose ingerida, euforia e relaxamento, acompanhado de desinibição, e com o aumento da dose, há diminuição dos reflexos, assim como a dificuldade de manutenção do equilíbrio. Além dos efeitos biológicos temos também psíquicos e sociais, que estão associados aos problemas com a dependência e crises de abstinência (BRASIL 2014).

Para Abreu *et al* (2010), o uso de álcool também está associado, muitas vezes, a acidentes de trânsito, e aproximadamente 70% dos acidentes violentos com mortes, no trânsito, o álcool é considerado o principal responsável.

Em segundo lugar, como substância mais utilizada por acadêmicos das fases finais, está a medicação sem devida prescrição médica, utilizada por 8.4% dos entrevistados. Deste percentual, 40.9% fazem uso diariamente e 59.1% ocasionalmente. É importante ressaltar que, 4.6% afirmam ter utilizado algum medicamento sem a devida prescrição. Entre os acadêmicos ingressantes, os medicamentos vêm na terceira posição como substância mais utilizada, ou seja, 10.6% dos respondentes afirmam fazer uso de medicação psicoativa sem prescrição médica. Destes, 34% fazem uso diário, 62.9% fazem a ingestão de algum medicamento ocasionalmente e um 1% nos finais de semana.

É importante ressaltar que esta pesquisa se refere expressamente ao uso de medicações utilizadas de forma incorreta, sem a prescrição médica. Embora o número de estudantes que fazem uso de medicamentos seja expressivo, ele está abaixo do

que é encontrado no País de acordo com o levantamento nacional sobre o uso de álcool e outras drogas entre universitários realizado no ano de 2010 (BRASIL, 2010). E que, segundo o estudo, há grande risco na utilização deste tipo de medicação sem o acompanhamento especializado, pois a intoxicação, por ingestão, não precisa ser feita por uma dose muito grande, e também, como outra droga, causa dependência física e psicológica.

Ainda conforme dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas afirma que, dependendo do tipo de fármaco utilizado, podemos ter vários efeitos, a exemplo do anticolinérgico, que tem como efeito sensação de bem-estar, aumento da sociabilidade; dos barbitúricos que causam relaxamento e sonolência, e também, temos a classe dos benzodiazepínicos, com igual efeito do último citado (BRASIL, 2014).

O uso de maconha por acadêmicos das segundas fases alcança a segunda posição, com 10.7% admitindo o uso. Encontramos o uso diário de maconha entre 25% dos acadêmicos das fases iniciais. O uso é ocasional para 52.8% dos entrevistados. Já para 22.2% acontece nos fins de semana. Entre os estudantes das décimas e oitavas fases, que fazem o uso de canabinoides, temos 5.3% dos entrevistados. O uso de maconha aparece em terceiro lugar, após a medicação sem prescrição médica, sendo 84.6% ocasionalmente e 15.4% diariamente.

Vale ressaltar que, 4.1% dos acadêmicos já utilizaram esta substância. Lembramos que não há quantidade segura para qualquer tipo de substância psicoativa, pois a droga vai agir de diferentes formas, variando de pessoa para pessoa conforme também a quantidade.

Segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a maconha, substância proibida por lei, é a mais utilizada (BRASIL, 2014). Dados de uma pesquisa realizada em 2005 apontam que, a cada 100 brasileiros, aproximadamente, 9% já haviam utilizado uma vez na vida. Este número muda quando fixamos a idade entre 18 e 24 anos, podendo chegar a 17%. Nessa pesquisa, o índice de acadêmicos que admitiram já ter feito uso de maconha fica em 12% maior que a população em geral. O índice de usuários dessa substância também pode ser considerado pequeno se levarmos em conta o levantamento nacional sobre o uso de álcool e outras drogas entre universitários de 2010, em que 26,1% da amostra descreve já ter utilizado a maconha alguma vez na vida (BRASIL, 2010).

Os efeitos da maconha segundo Brasil (2014) estão atrelados à quantidade de substâncias ingeridas, pois em doses pequenas a maconha distorce os sentidos e a percepção, já em altas doses há possibilidade de experimentar sensações desagradáveis, podendo gerar confusão mental, paranoia, pânico e agitação. Seus efeitos em longo prazo podem causar dependência tanto física como psicológica.

O cigarro ficou na quarta colocação no ranque de substâncias psicoativas mais utilizadas, tanto nas fases iniciais como nas concluintes. Este dado difere de pesquisas realizadas com universitários por Tuckus e Gonçalves (2008), os quais apontam em seus estudos que a segunda substância mais utilizada por 39% dos participantes da pesquisa, ao menos uma vez na vida, foi o cigarro.

Essas pesquisas também corroboram com a questão da população acadêmica utilizar mais substâncias psicoativas do que a população em geral. Levantamentos realizados em 2001 e 2005 realizados pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas indicam que o álcool e o tabaco são as substâncias mais utilizadas pela população, 1/5 da população relataram ter utilizado tabaco.

E ainda podemos trazer os índices da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do levantamento nacional sobre o uso de álcool e outras drogas entre universitários de 2010, o qual indica que o uso de cigarros ficou entre 46,7% dos acadêmicos entrevistados. Entre os universitários entrevistados para esta pesquisa, 11% admitiram ter consumido esta substância (BRASIL 2010).

Nas fases iniciais, o cigarro atinge 9.2% de consumidores. Entre eles, 19.4% fazem uso diário, 64.5% ocasionalmente e 16% nos finais de semana. Nas fases concluintes, o número de usuários passa para 5.3%. O uso diário é feito por 15.4% dos entrevistados e ocasionalmente por 84.6% desta amostra da pesquisa.

As drogas sintéticas estão em quinto lugar entre as substâncias mais utilizadas, tanto nas fases iniciais quanto as concluintes. Nos acadêmicos das segundas fases observou-se o uso em 6.5%, sendo que, 2.7% já experimentaram, mas não mantiveram o uso. Entre aqueles que fazem o uso, 50% são nos finais de semana, 45% ocasionalmente e 5% diariamente.

Entre os acadêmicos em fases finais dos cursos, as drogas sintéticas foram apontadas por 2.6% dos respondentes. O que aponta o declínio do consumo desta substância em relação aos alunos das fases iniciais. Ainda entre os acadêmicos das fases finais, 83% fazem uso ocasionalmente e 16.7% nos finais de semana. Esta pesquisa demonstra que os universitários das segundas fases estão acima da média

brasileira no que diz respeito ao uso de drogas sintéticas, pois o levantamento nacional de 2010 revela que 2,2% dos universitários entrevistados já fizeram o uso de drogas sintéticas uma vez na vida conforme dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL 2010).

A cocaína é uma das drogas menos utilizadas pelos entrevistados, tanto das primeiras fases quanto nas concluintes. Afirmam já terem feito uso de cocaína, a amostra das fases iniciais, 2.4% dos entrevistados. E, 1.2% dos acadêmicos relataram que apenas experimentaram a droga em questão. Nas fases concluintes este índice também cai para 1.4%. E metade destes afirmaram que só experimentaram. Estes índices são menores do que o feito em pesquisa com universitários brasileiros em 2010, em que 7,7% dos entrevistados relataram ter utilizado cocaína em algum momento da vida (BRASIL, 2010).

O consumo de crack foi nulo nos acadêmicos concluintes. Nas fases iniciais, apenas 0.6% da amostra relatou ter utilizado em algum período da vida a substância psicoativa em questão. Também ficou abaixo do índice divulgado em pesquisa com universitários brasileiros, em que 1,2% da população da pesquisa afirmaram ter contato com o psicotrópico (BRASIL 2010). Dessa forma, podemos constatar também a diminuição do uso de substâncias psicoativas com o passar das fases na faculdade e uma maior idade cronológica dos entrevistados.

Relação uso de substância x universidade

Por meio de uma das questões que os universitários responderam, buscamos junto aos que admitiram o uso de alguma substância psicoativa, perceber se veem a faculdade (enquanto lugar social) como um motivo para não consumir alguma substância. Conforme a análise das respostas, esta pergunta se mostrou bastante pertinente, pois dos acadêmicos que fazem uso de substâncias psicoativas, muitos admitiram ser diariamente.

Dessa forma, com relação ao uso de substância e ingressar na faculdade, 77% da amostra revelaram que sim, não fazem ingestão da substância psicoativa antes de ingressar para faculdade. Entretanto, 23% relataram que a universidade não é critério para abstinência. Podemos verificar, com isso, que uma parcela dos acadêmicos entrevistados desta pesquisa já esteve em sala de aula sob o efeito de alguma substância psicoativa. Levando esta análise para a fases iniciais, cerca de 75% dos acadêmicos que admitiram o uso, afirmaram que deixaram de usar a substância para

ingressar na faculdade. Já nas fases finais, 78% dos acadêmicos que afirmaram utilizar substâncias psicoativas, deixaram de fazer o uso antes de ingressar na faculdade.

Considerações Finais

Observamos no estudo realizado que grande parte da população universitária faz uso de alguma substância psicoativa, e que este dado vem ao encontro das pesquisas, que apontam um maior consumo de drogas, por universitários.

Após a análise dos dados, podemos ressaltar que o álcool é a substância mais utilizada por acadêmicos, tanto das fases iniciais quanto das concluintes. Este dado também vem ao encontro das pesquisas sobre o tema feito no Brasil, em que o álcool é um grande problema que afeta toda a população, principalmente, quando visto sob a ótica da saúde e do trânsito, visto que a mesma é também socialmente aceita. As pesquisas apontam ainda que, em segundo lugar está o tabaco, o que em nosso estudo, configurou-se 4^a lugar como substância mais utilizada, perdendo para o uso de maconha e medicamentos sem prescrição médica.

Vale ressaltar também que, o uso de substâncias psicoativas é maior pelos acadêmicos das fases iniciais em relação a todas as drogas, principalmente em de drogas sintéticas, em que 6.5% da amostra revelaram utilizar a substância, enquanto 2.6% dos concluintes também afirmaram fazer uso das mesmas. Para responder o porquê de este fato ocorrer, sugere-se pesquisas com o caráter longitudinal, que é um método que visa analisar as variações nas características dos mesmos elementos em um determinado período de tempo. Importante ressaltar também, as dificuldades encontradas no que diz respeito a material teórico recente sobre drogas relacionado ao meio acadêmico.

Por fim, esta pesquisa traz contribuições não apenas às áreas da psicologia, como também, para os cursos das áreas da saúde, a exemplo de farmácia, e enfermagem, em que os profissionais dessa área podem estar envolvidos com políticas de prevenção e assistência dos indivíduos que buscam uma recuperação, desta forma estes profissionais devem estar cientes da realidade do consumo de substâncias psicoativas da região onde atua.

Este estudo também pode ser utilizado pela instituição participante, uma vez que serve como primeiro passo para políticas de combate e prevenção ao uso de

substâncias psicoativas, tanto nas comunidades como nas universidades sendo estas um local de formação de opinião.

Referências

ABREU, Ângela Maria Mendes; LIMA, Jose Mauro Braz de; MATOS, Ligia Neres and PILLON, Sandra Cristina. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, p. 513-520, 2010.

BRASIL. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GRE/IPQ-HC/FMUSP**; Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. – 6. ed. – Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-INEP. **Censo da Educação Superior 2013**. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/apresentacao/2014/colativa_censo_superior_2013.pdf. Acesso em 03 dez. 2015.

DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA - UNIFESP/EPM. **Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool.HTML> Acesso em 28 de abril de 2015.

LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS / Brasília, Presidência da República, **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2010. Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao_no_brasil.pdf> Acesso em: 30/12/2015

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p

MEDEIROS, Katrucky Tenório et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicol. estud.** v.18, n.2, p. 269-279, 2013.

TOCKUS, Deborah; GONCALVES, Priscila Samaha. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 57, n. 3, p. 184-187, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 dez. 2015.

Dados para contato:

Autor: Sirli Resin

E-mail: sirliresin@gmail.com